

Kracht, trots en trauma

Verloskundigen over baringspijn

Kristel Zeeman

De visie van Nederlandse verloskundigen komt in discussies en artikelen over baringspijn maar mondjesmaat aan de orde. In de publieke opinie worden hun opvattingen soms karikaturaal neergezet als hardvochtig en calvinistisch. Maar wat is daar van waar? Hoe kijken zij aan tegen baringspijn en hoe gaan ze ermee om? Wat zouden ze graag anders willen zien? Drie praktiserende verloskundigen en twee redacteurs van het TvV gingen in gesprek over pijn.

Deelnemers aan de discussie: Anne-Marika Smit, verloskundige in het AMC in Amsterdam, Astrid Berkhout, verloskundige in het Kennemer Gasthuis in Haarlem; Irena Veringa verloskundige in een eerstelijnspraktijk in Leidschendam-Voorburg, tevens onderzoeker baringspijn; Suze Jans en Kristel Zeeman, verloskundigen en redacteurs van het Tijdschrift voor Verloskundigen.

Eigenlijk zouden we discussiëren over een paar stellingen, maar die bleken overbodig. Al direct kwam het gesprek spontaan en gepassioneerd op gang. Want wie anders dan verloskundigen weten en zien zoveel van baringspijn? Het is onmogelijk de discussie in zijn geheel te plaatsen. Op deze pagina's daarom, na een introductie, de meest in het oog springende thema's.

*“Een vroedvrouw is aan veel gewoon.
Aan schreien, angst en pijn; bloed en afgrijzen.
Waar andere vrouwen in onmacht vielen of weglieden,
moesten wij blijven en ons werk doen,
rustig, als had men niets levends onder de handen
en geen hart dat mee lijdt en bloedet.”*
Citaat van een oude Duitse vroedvrouw, Lisbeth Burger,
in haar boek: 'Als de ooeivaar komt. Lief en leed uit de
praktijk van een vroedvrouw'. Amsterdam, Uitgeverij
Andries Blitz, jaartal onbekend. Herinneringen dateren
uit een periode van 40 jaar vanaf 1887.

Worstelen

De verloskundigen signaleren een verandering in de manier waarop vrouwen aankijken tegen pijn tijdens de bevalling. Baringspijn is niet langer iets dat zij vanzelfsprekend accepteren. Vrouwen zijn nu banger dan vroeger, of in elk geval praten ze meer over die angst. De verloskundigen worstelen met het recht dat vrouwen hebben - volgens de nieuwe richtlijn - op pijnbehandeling als ze daarom vragen. Zij maken zich er zorgen over dat op die manier vaak fysiologische baringen pathologisch worden. Daarnaast hebben de verloskundigen het gevoel dat het 'recht op pijnbehandeling' hun professionele begeleiding in zekere zin dwarsboomt. Zij weten hoe zij vrouwen door moeilijke momenten heen kunnen slepen en zien achteraf de kracht en de trots. Maar een vraag om pijnstilling kunnen en willen ze niet negeren. Want ze spreken ook openhartig over die keren dat zij de draagkracht van een vrouw niet goed inschatten, met een mogelijk trauma als gevolg. Wat ze missen zijn goede methodes om vrouwen prenataal en tijdens de partus te begeleiden bij hun (vragen over) pijn.

Pijnanalyse

Irena is degene met de meeste ervaring op dat gebied. Zij houdt in haar praktijk een speciaal pijnspreekuur, waarin ze met vrouwen spreekt over hun individuele beleving en verwachting van pijn. Een dergelijke 'pijnanalyse' voor of tijdens de baring kan de verloskundige helpen om haar zorg zoveel mogelijk op de cliënte af te stemmen. Ook pleit zij voor een goede definitie die verloskundigen en artsen kan helpen te begrijpen wat baringspijn precies is en hoe je ermee om kunt gaan. Als je de pijn van de bevalling alleen als zintuiglijke waarneming beschouwt, kom je snel uit bij pijnbehandeling. Maar er zijn ook affectieve en cognitieve aspecten aan baringspijn waaraan je niet voorbij kunt gaan (zie ook het interview met Ben van Cranenburgh, elders in dit tijdschrift).

Vroedvrouwenkennis en -kunde

De verloskundigen benadrukken om daarnaast niet voorbij te gaan 'vroedvrouwelijke' kennis en kunde. Als we meer tijd en rust nemen voor de begeleiding tijdens de bevalling zou de vraag naar pijnbehandeling wel eens een stuk lager kunnen liggen. En we moeten blijven vertrouwen op onze mensenkennis en intuïtie wanneer

we vrouwen bijstaan, ook al lijkt dat niet meer van deze tijd. Dit betekent overigens niet dat verloskundigen er te makkelijk van uit mogen gaan dat zij wel weten wat de cliënt nodig heeft. Neem haar vraag serieus en ga – ook tijdens de partus – een gesprek aan met de cliënt. Probeer er achter te komen waaraan zij het meest behoefte heeft: is dat steun, uitleg of een epiduraal?

Definitie van Lowe uit 2002: “De ervaring van baringspijn is een complexe, subjectieve, multidimensionale reactie op sensorische stimuli die optreden tijdens de bevalling”. [Lowe NK, 2002]

Thema: Nederlandse vrouwen en pijn

Kristel: “Nederlandse vrouwen hebben veel ervaring met mentale pijnbestrijding, zij zouden goed kunnen omgaan met pijn, volgens emeritus hoogleraar en anesthesist Ben Crul. Vinden jullie dat ook?”

Astrid: “Ja dat vind ik ook, maar ik denk dat het minder wordt. Het idee van: ‘in smart zult gij kinderen baren’, gaat er echt af. Dat vind ik eigenlijk jammer, omdat ik het voor vrouwen heel versterkend vind om een kind te baren met pijn. Tegelijkertijd zie ik ook vrouwen die pijn hebben waar ze niet meer mee om kunnen gaan. Dan is het ook heel terecht dat iemand pijnbestrijding krijgt.”

Wat mij in de praktijk opvalt is dat vrouwen, die zeggen: ‘ik kan heel goed omgaan met pijn’, juist mensen zijn die helemaal niet goed tegen pijn kunnen. Is dat iets wat jullie herkennen?”

Anne-Marika: “Ja, of dat de partner zegt: ‘ze is geen pieperd hoor, ze heeft een hele hoge pijngrens’. Misschien zijn dat mensen die van te voren erg bezig zijn met de vraag: hoe ga ik met pijn om? Terwijl de mensen die zeggen: ‘ik ben best een aansteller’ het juist vaak heel goed doen.”

Irena: “Ik denk dat die **vrouwen** wel goed aangeven dat ze een hoge pijndrempel hebben, maar belangrijker is wat ze kunnen verdragen. Wat is hun pijntolerantie? Je ziet vaak dat **vrouwen** met een lage pijndrempel, die dus snel pijn voelen, geleerd hebben om daarmee om te gaan en daardoor een hoge pijntolerantie hebben ontwikkeld”.

Astrid: “Ja, het is hoe je ermee om gaat. Ik zeg altijd: je hebt geen blinde darmontsteking, je gaat een kind baren. Daar heb je toch wel een beetje pijn voor over! Dat is mijn insteek, maar dat lijkt wel niet meer van deze tijd. En vrouwen zijn ook zo bang, dat valt me echt op.”

Anne-Marika: “En ze worden bang gemaakt.”

Kristel: “Denken jullie dat mensen banger zijn dan vroeger?”

Astrid: “Absoluut! Ik ben nu twintig jaar verloskundige; ik vind vrouwen banger. En ik ben niet de enige. Ervaren gynaecologen waar ik laatst mee sprak signaleerden hetzelfde”.

Anne-Marika: “Het kan ook zo zijn dat ze het nu meer mogen uitspreken. Nu mag je over pijn praten. Tien jaar geleden was dat nog niet zo, toen moest je het er maar mee doen.”

Thema: Werken met baringspijn

Vlees in de kuip

Irena: “Tot drie jaar geleden wist ik niets over pijn, helemaal niets.”

Kristel: “Is dat zo? Hoe heb je dat dan al die jaren gedaan?”

Irena: “Ik heb vrouwen begeleid zoals ik dacht dat het goed was, maar niet altijd met succes. Vrouwen bij wie ik dacht dat het goed ging, bleken achteraf een slechte ervaring te hebben gehad. En ook andersom.”

Anne-Marika: “Ik heb ook wel de ervaring met vrouwen, waarbij ik dacht dat ik dat goed deed en dat ik achteraf

terugkreeg: ‘je hebt niet goed geluisterd of gezien hoe ernstig ik de pijn heb ervaren’. Dat was nog voordat vrouwen zelf voor pijnbehandeling konden kiezen. Ik zie nu in hoe belangrijk een goede ervaring is en dan denk ik: die vrouw heeft echt een trauma opgelopen; ik had haar misschien een medicamenteuze oplossing moeten aanbieden.”

Astrid: “Ik probeer vrouwen te ondersteunen zodat ze minder bang zijn en krachtig, sterk genoeg om te baren. Voor mij hangt het gesprek over pijnbehandeling af van de vrouw die ik voor me zie. Is het iemand met grote angstogen of iemand

die er vol vertrouwen tegenaan kijkt? Je kijkt ook wat voor vlees je in de kuip hebt.

Irena: "Maar hoe weet je wat voor vlees je in de kuip hebt?"

Astrid: "Nou dat weet je natuurlijk nooit helemaal zeker, maar ik vertrouw wel op mijn ervaring en intuïtie."

Irena: "Ik denk dat we daar langzamerhand vanaf moeten..."

Astrid: "Nou daar ben ik het toch niet helemaal mee eens. Je kunt je eigen ervaring, die je in de jaren hebt opgebouwd, niet zomaar aan de kant schuiven."

Suze: "Dat is ook heel belangrijk en kun je nooit uitwissen, maar je moet ook niet op voorhand menen te weten: oh, dat is zo iemand."

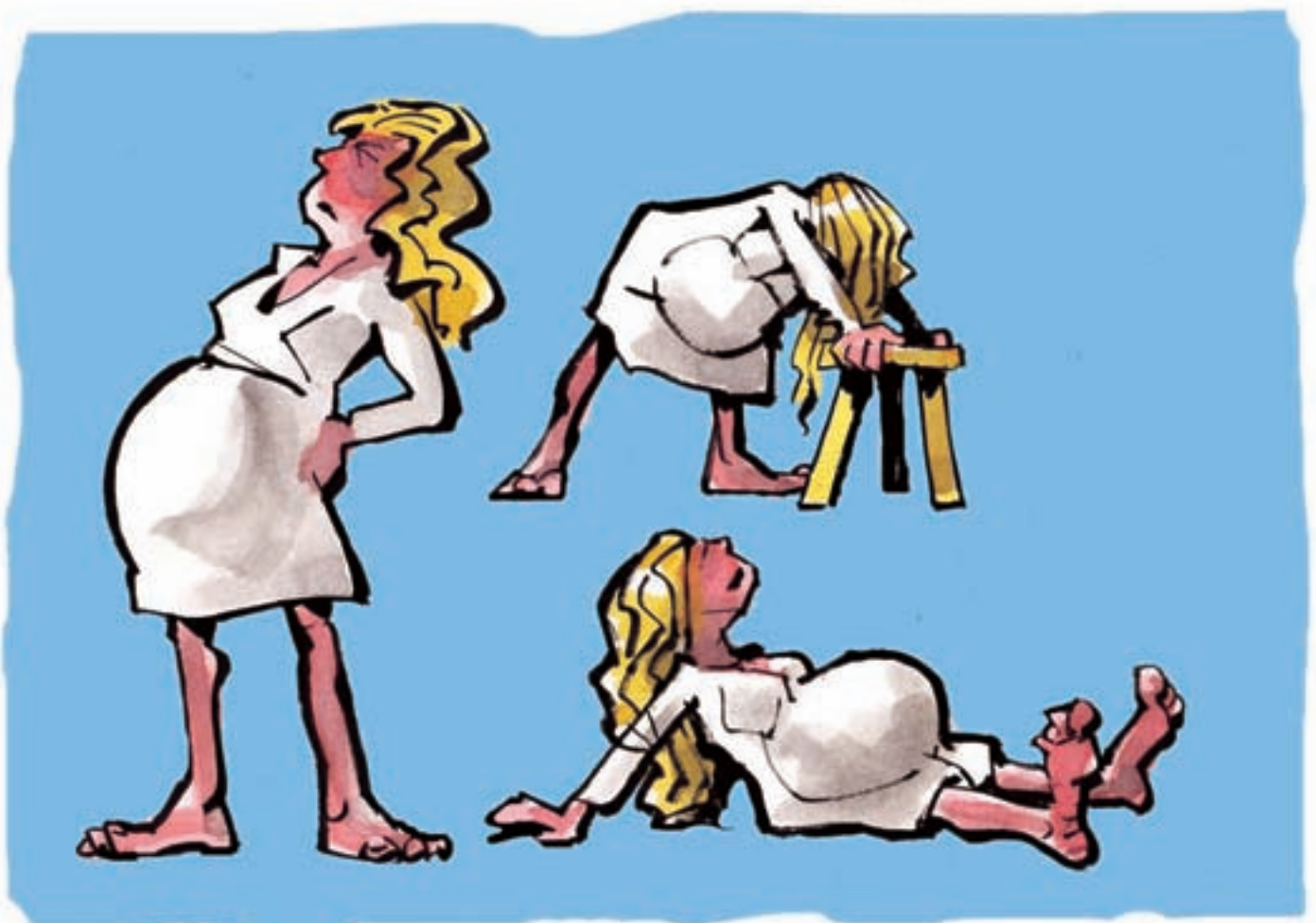
Astrid: "Nee, maar dat bedoel ik ook niet. Ik ga gewoon het gesprek met ze aan. Zo deed ik laatst de bevalling bij een vrouw die eerder twee kinderen spontaan had gebaard en nu moest worden ingeleid. Ze zag er erg tegenop. Ik heb toen gelijk gezegd: 'als jij dat wilt, is er iets voor de pijn'. Maar ze wilde het graag op eigen kracht doen. Op een gegeven moment zei ze: ik denk dat ik dat nu wel wil'. Toen vroeg ik of het erger was dan de vorige twee keren. Ze zei: 'nee, eigenlijk is het niet erger, ik kan nog wel even doorgaan'.

En ze beviel zonder pijnbehandeling van een kind van vijfenhalve kilo. Trots dat ze was!"

Irena: "De tevredenheid over de bevalling hangt ook samen met de hormonale cascade die de pijn teweeg brengt in de hersenen. Door zelf aangemaakte oxytocine voel je je tevredener, prettig. Door dopamine en adrenaline krijg je moed en kracht om door te gaan. Door in te grijpen in het natuurlijke proces, bijvoorbeeld met epiduraal of bijstimulatie verstoort je die cascade, maak je bijvoorbeeld minder eigen endorfinen aan. **Voordat je gaat ingrijpen, wat soms noodzakelijk is, moet je eerst nadenken: is het nuttig?"**

Astrid: "En ik denk dat je veel winst zou behalen als je van te voren mensen voorlicht over pijn en hoe je ermee om kunt gaan."

Irena: "Ja, ik doe veel aan voorbereiding. In mijn eigen praktijk hou ik ook een pijnspreekuur, waarvan **vrouwen** gebruik kunnen maken als ze meer willen weten over pijn. Ik bied geen oplossingen, ik maak alleen een analyse en kan dingen benoemen. De bedoeling is eigenlijk dat doordat de vrouw begrijpt wat in haar omgaat, ze een eigen controle-mechanisme gaat ontwikkelen."



Thema:

Verloskundige als pijnspecialist

Irena: "Wij als verloskundigen zouden specialist moeten worden op het gebied van pijn. Dan moeten we wel weten hoe pijn biologisch gezien werkt. Maar ook wat de maatschappelijke en evolutionaire relevantie van baringspijn is. Juist met argumenten over de werking van de hersenen kunnen we overtuigend zijn in de discussie met andere medici. Dat is ook wat fysiotherapeuten hebben gedaan en zij zijn specialisten geworden in de behandeling van pijn. Ik denk dat wij precies hetzelfde zouden kunnen doen. De neurobiologische benadering heeft daarnaast ook alles te maken met psychologie, met goede begeleiding, bekrachtiging van de vrouw etcetera, maar dat is te soft voor de harde buitenwereld."

Anne-Marika: "Ik voel inderdaad dat hier heel veel potentiële kansen voor de verloskundige liggen. Maar dit weekend heb ik weer dienst en we zijn nu al bijna zover dat we bij het begin van iedere baring zeggen: 'als je dat echt wenst, kan je wat krijgen voor de pijn'. Maar dat voelt nog steeds ongemakkelijk voor mij. Omdat er bijna bij elke bevalling een moment komt waarop de vrouw zegt: 'ik trek het gewoon niet meer' of: 'los het voor me op'. We kunnen dus wel mooi

praten over hoe we het 't liefst zouden willen aanpakken in de toekomst, maar hier lopen we dagelijks tegenaan. Ik vind het moeilijk om tijdens een fysiologische baring andere methoden te adviseren, als ze vraagt om medicamenteuze pijnbehandeling. Ik wil dan zeggen: je hebt 8 cm ontsluiting, alles gaat normaal, doe het nou niet! Want ik weet dat het je zo'n enorm goed en trots gevoel kan geven als je het zelf doet. Maar ze heeft de keuzevrijheid en wat als ik het niet aan haar geef en ze heeft misschien een traumatische ervaring?"

Irena: "Wat je op zo'n moment zou moeten doen is een pijnanalyse. Dan kun je onderzoeken of er nog een rekmogelijkheid is of niet. Kun je nog coachen, of is het moment voor pijnbestrijding daar?"

Suze: "Kun je dat dan nog? Op het moment dat ze bij wijze van spreken zegt: snij het er maar uit!"

Irena: "Je kunt tijdens de baring ook nog tot een gesprek komen, door vragen te stellen over de pijn. En dan voelt de vrouw zich begrepen, want je komt tot haar sensorische ervaring van de pijn, maar ook tot wat **ze** voelt, denkt en weet over pijn. Als ze zich serieus genomen voelt in haar pijn, dan weet ze achteraf ook dat de beslissing die er genomen is, op dat moment waarschijnlijk voor haar de juiste was."

Thema: Definitie van pijn

Irena: "We discussiëren in Nederland nu veel over pijn. Ik denk dat we een grote stap terug moeten doen en eerst de definitie van baringspijn helder moeten krijgen."

Anne-Marika: "Maar pijn is toch gewoon pijn, dat hoeft je toch niet nader te definiëren? Het is er gewoon en daar moet je mee zien te dealen."

Irena: "Je moet begrijpen uit welke componenten pijn bestaat. Dan kun je daar je begeleiding en behandeling op afstellen. Als we altijd spreken over pijn vanuit onze eigen ervaring, dan reageren we niet op ontwikkelingen om ons heen."

Suze: "Is dat ook niet het lastige van pijn? Doordat pijn voor iedereen anders is, is het moeilijk om te definiëren."

Irena: "En toch is het binnen de fysiotherapie en revalidatie-geneeskunde gelukt om pijn, chronische pijn, te definiëren."

Suze: "Is er een internationale definitie van baringspijn?"

Irena: "Nee, die is er niet echt. Wel heeft Nancy Lowe er een gepubliceerd, die in de CBO-richtlijn wordt gebruikt.

Die is aardig goed, maar niet compleet. Ik denk dat we eerst een definitie van Nederlandse baringspijn in de markt moeten zetten. Ik werk daar nu aan, samen met een aantal anderen, en de KNOV is daarbij welkom. Het zou een definitie moeten zijn die toepasbaar is in de Nederlandse maatschappij, voor Nederlandse vrouwen. De definitie moet wel telkens geëvalueerd worden, want de maatschappelijke gedachte over pijn is zeer dynamisch."

Astrid: "Wat is precies het doel van zo'n definitie?"

Irena: "We spreken nu eigenlijk alleen over het sensorische component van pijn. Maar in alle boeken staat dat pijn drie onlosmakelijke dimensies heeft: sensorisch, affectief en cognitief. We houden ons dus grofweg gezegd bezig met een derde van het fenomeen pijn. Als je weet welk component van baringspijn het meest aanwezig is bij de vrouw, weet je ook welke begeleiding of behandeling het beste past bij die vrouw op dat moment." (zie kader).

Baringspijn: dimensies en functie

Baringspijn heeft drie dimensies: een sensorische (waarneming met de zintuigen), affectieve (emoties door de pijn) en cognitieve (gedachten als gevolg van de pijn) dimensie. Cognitieve en emotionele componenten van baringspijn spelen een belangrijke rol in de pijnbeleving. Baringspijn wordt dus niet bepaald door de intensiteit alleen. De perceptie van baringspijn hangt onder andere af van psychische, contextuele en culturele factoren.

Baringspijn heeft verschillende functies. De pijn:

- signaleert de voortgang, knelpunten en complicaties tijdens de baring;
- richt de aandacht van de barende vrouw dwingend op het eigen lichaam;
- heeft een invloed op baringsgedrag, bijvoorbeeld wel of niet persen;
- lokt empathie en ondersteuning uit;
- zet talrijke (in principe) nuttige stressmechanismen in werking: de stijging van catecholamine-, cortisol- en oxytocinespiegels in het bloed is belangrijk voor de voortgang van de baring en werkt motiverend en prestatieverhogend.

Bron: www.baringspijn.nl/baringspijn, geraadpleegd op 12 januari 2011.

Thema: Belang van continue begeleiding tijdens de baring

Anne-Marika: "Wat ik nog mis in deze discussie is dat we een vrouw zouden moeten garanderen dat ze vanaf een centimeter of 4-5 niet meer alleen is. Ik vind dat een soort basisvoorwaarde voor een bevalling. Zou dan de vraag naar pijnbehandeling (medicamenteus of anderszins) niet heel anders worden? Misschien dat we die angst en stijgende vraag naar pijnbehandeling voor een deel zelf veroorzaakt hebben – ook door omstandigheden hoor -, door bij 7 cm nog even een kraamvisite te gaan doen. Of in de klinische setting tussen verloskamers te rennen en piepers op te nemen. Ik zou vrouwen graag willen kunnen aanbieden dat ik er gewoon ben als ze dat prettig vinden. Maar ik kan dat niet op dit moment. Soms wel in de nachtdienst, maar nooit tijdens de vroege dienst."

Kristel: "Dus het komt erop neer dat je vaak geen begeleiding kunt aanbieden, maar wel altijd een epiduraal."

Anne-Marika: "Ja, mijn antwoord is dus vaak een epiduraal, terwijl het eigenlijk zo zou moeten zijn dat een vrouw bevalt met de steun van een verloskundige en dat ze vanuit die situatie al dan niet om pijnbestrijding kan vragen."

Kristel: "Hoe is dat voor jou in de eerstelijns Irena?"

Kun jij er voor mensen zijn als zij dat nodig hebben?"

Irena: "Ja, ik doe mijn best. Ik blijf zo veel mogelijk bij de vrouwen, ook na overdracht voor epidurale anesthesie."

Anne-Marika: "Maar dat kan niet in alle eerstelijnspraktijken. Praktijken met vier verloskundigen en 600 bevallingen per jaar, kunnen dat niet garanderen. Ik vraag me af of er niet een maximum gesteld moet worden voor de hoeveelheid vrouwen die een verloskundige onder haar hoede heeft tijdens een dienst."

Astrid: "Ik heb wel het idee dat ik voldoende tijd heb om mensen te begeleiden. En het is in ons ziekenhuis de bedoeling dat de verpleegkundigen één-op-één-zorg gaan geven. Maar ja, tegelijk is er geen geld om het team uit te breiden, dat is een heel groot probleem. Als je dit 'omgaan met pijn' goed wilt aanpakken, moet je er een grote pot geld tegenaan gooien."

Irena: **Misschien is dit zo, maar naast je aanwezigheid kun je ook andere dingen aanbieden.** Bijvoorbeeld mindfulness en hypnose. Dat zijn methoden, waarvan **bewezen is dat ze de werking van de hersenen beïnvloeden.** Ons repertoire is nog maar beperkt, we moeten dit uitbreiden."

Referenties

[1] Lowe, N.K. The Nature of Labor Pain. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2002 (186)5, Supplement , Pages S16-S24. ■