

Vragen van het lid Arib (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het beschikbaar stellen van pijnstilling tijdens de bevalling (2040513390).  
(Ingezonden 20 april 2005).

1

Hebt u kennisgenomen van het artikel en het bericht over het beschikbaar stellen van epidurale analgesie (pijnstilling, ruggenprik) tijdens de bevalling? 1)

1

Ja.

2

Wat vindt u van het feit dat in Nederland bij slechts 10% van de bevallingen pijnstilling wordt toegediend en dat Nederland achterloopt ten opzichte van andere westerse landen, die minder terughoudend zijn met het toedienen van pijnstilling bij de bevalling?

2

Uw conclusie dat Nederland achterloopt deel ik niet. Vergelijking van percentages tussen landen geeft nog geen beeld van de kwaliteit van zorg. Zo ligt het aantal keizersneden in Nederland ongetwijfeld lager dan in een aantal ons omringende landen. De grondslag van het anders zijn van Nederland ten opzichte van andere landen ligt in de organisatie van de verloskundige zorg, waarin de thuisbevalling een groot goed is. Deze organisatie is opgebouwd volgens drie zorglijnen; Verloskundigen en huisartsen vormen de eerste lijn, Gynaecologen de tweede en verloskundige high care de derde lijn. Voor de Nederlandse verloskundige zorg is de fysiologische bevalling de basis. Deze beleidslijn draagt bij aan niet-medicaliserende begeleiding van de zwangerschap en bevalling. In Nederland is men derhalve terughoudender met het voorschrijven van medicatie of behandelingen dan in landen om ons heen. Dat vind ik op zich een groot goed.

3

Klopt het dat problemen als het ontbreken van een financiële vergoeding voor de ingreep en de belasting van de anesthesiologen, met name buiten kantooruren, een rol spelen bij het onthouden van pijnstilling aan vrouwen in ziekenhuizen? Zo ja, wat vindt u hiervan?

3

Dit is niet correct. Er zijn verschillende vormen van pijnstilling waarbij verschillende specialismen betrokken zijn. De gynaecoloog kan zelf opiaatachtige stoffen intramusculair toedienen. De anesthesioloog komt in beeld indien er epidurale analgesie nodig is. In de DBC-zorgprofielen is rekening gehouden met alle zorg die er rond deze DBC verleend wordt. Deze omvat dus ook de bijdrage van de anesthesiologie voor pijnstilling, maar ook voor bijvoorbeeld manuele placentaverwijdering. In iedere DBC zijn daarvoor de gemiddelde bijdragen opgenomen.

4

Deelt u de mening dat anesthesiologen in dienst ook 's nachts bereikbaar behoren te zijn voor het toedienen van epidurale analgesie, evenals bij elke andere acute verrichting? Zo ja, waarom gebeurt dit niet? Heeft dit te maken met de onduidelijke tariefstructuur? Zo ja, hoe wordt nu de 10% van epidurale analgesie vergoed? In geval er geen heldere tariefstructuur hiervoor bestaat, bent u dan bereid het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) opdracht te geven hiervoor een beleidsregel te ontwikkelen?

4

Bij centra die tweedelijns verloskundige zorg aanbieden, dient een anesthesioloog als zorgverlener beschikbaar te zijn voor medisch noodzakelijke ingrepen zoals manuele

placentaverwijdering onder narcose, of medisch noodzakelijke pijnstilling. Ik beschik niet over signalen dat deze aanwezigheid voor medisch noodzakelijke interventies niet geborgd is. Voor de tariefstructuur verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 3.

5

Deelt u de mening dat het beschikbaar zijn van epidurale analgesie een van de kwaliteitsindicatoren bij ziekenhuizen behoort te zijn, zodat de Inspectie voor de Gezondheidszorg hierop ook kan toezien?

5

Ik ben van mening dat indicatoren iets moeten zeggen over de kwaliteit van zorg. Verder ben ik van mening dat de administratieve lasten beperkt dienen te worden. Welke indicatoren zich daar het best voor lenen is onderwerp van gesprek tussen ziekenhuizen, beroepsgroepen en de inspectie. Het ministerie is daarom ook geen partij geweest in de samenstelling van de huidige indicatorenset.

6

Deelt u de mening van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) dat specialisten, ziektekostenverzekeraars en beleidsmakers niet langer mogen uitdragen dat een ruggenprik tijdens de bevalling een luxe is, en dat ook in Nederland moet gelden dat een verzoek van een vrouw om epidurale analgesie gehonoreerd moet worden, ongeacht het tijdstip waarop het verzoek gedaan wordt?

6

Welke mening partijen uitdragen is hun eigen verantwoordelijkheid. Het ministerie is slechts betrokken bij de afweging welke binnen de beroepsgroep gebruikelijke zorg als aanspraak in het kader van de zorgverzekering wordt opgenomen. Op dit moment is er nog geen gemeenschappelijke landelijke richtlijn die een uitspraak doet over epidurale analgesie bij de bevalling. Indien deze gemeenschappelijke richtlijn ontwikkeld wordt, dient deze door alle betrokken partijen onderschreven te zijn.

1) Medisch Contact en RTL-4 nieuws, 14 april jl.