



Dr. Caroline Van Holsbeke, gynaecoloog: "Als je beslist om een baby te vroeg op de wereld te zetten, moet je dit in de best mogelijke omstandigheden laten gebeuren."

Foto: v.l.n.r. dr. Anke Thaens, dr. Tinne Mesens en dr. Caroline Van Holsbeke

MIC VIERT TWINTIGJARIG BESTAAN

“NIEUW IS DAT WE NU OOK AMBULANTE ZORG VIA TELEMONTORING KUNNEN AANBIEDEN”

Afgelopen maand vierde de Maternal Intensive Care (MIC) haar twintigjarig bestaan. Op de MIC worden zwangeren met ernstige problemen en hoog risico zwangerschappen opgevolgd. Samen met de Neonatale Intensive Care (NIC) vormt de dienst het Perinataal Centrum van het ZOL, dat patiënten aantrekt vanuit de hele provincie en verder.

De oprichter van de MIC is Jo Vandeurzen, toenmalig voorzitter van het ziekenhuis. Dr. Hubert Vandeput, die later medisch directeur van het ZOL werd, was de eerste MIC-arts. Hij werkte samen met één vroedvrouw. Momenteel werken er 12,5 vroedvrouwen en drie artsen op de MIC, namelijk dr. Caroline Van Holsbeke, dr. Tinne Mesens en dr. Anke Thaens.

Dr. Van Holsbeke werkt al 15 jaar op de MIC, in het begin samen met dr. Gyselaers die nu vooral de ambulante hoog risico zwangeren opvolgt.

Dr. Van Holsbeke: “De MIC is vanaf het begin mijn ding geweest omdat deze zwangeren heel veel extra zorgen nodig hebben. Bij de meeste zwangerschappen doet de natuur gewoon zijn werk en verloopt alles goed maar bij hoogrisicozwangerschappen is gespecialiseerde medische hulp wel echt noodzakelijk.”

Waarom is de MIC destijds opgericht?

Dr. Van Holsbeke: “We hadden al een dienst Neonatologie waar baby’s met ernstige problemen vanaf de geboorte verzorgd worden.

Maar om erkend te worden als Perinataal Centrum moet je ook zwangeren met ernstige problemen en hoogrisicozwangerschappen kunnen opvangen en intensief bewaken. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan patiënten met bloeddrukproblematiek, ernstige bloedingen voor of na de bevalling, intra-uteriene groeiachterstand van de baby enz. Als complementaire dienst is daarom – nu twintig jaar geleden – de Maternal Intensive Care opgericht.”

Was er een grote nood aan de begeleiding van probleemzwangerschappen?

Dr. Van Holsbeke: “Voorheen had je geen gespecialiseerde zorg in Limburg en moesten de zwangeren met ernstige problemen naar Leuven of Roccoort. Intussen heeft Limburg een eigen perinataal centrum dat in het ZOL gelokaliseerd is. De pathologie die in dit centrum behandeld wordt, is gelukkig niet zo veel voorkomend, vandaar dat het geen zin heeft om meerdere centra per provincie te hebben. We krijgen daarom verwijzingen uit de meeste Limburgse ziekenhuizen.”

Hoe kan je hulp bieden bij een risicozwangerschap?

Dr. Van Holsbeke: “Door de zwangerschap zo veel als mogelijk te verlengen op een manier die veilig is voor moeder en kind. En zorgvuldig te beslissen wanneer het juiste moment er is om de mama te verlossen. Daar moet heel goed over nagedacht worden en ouders moeten hierin begeleid worden. Het is een totaal ander verhaal wanneer een kind op 25 of bijvoorbeeld op 35 weken geboren wordt.”

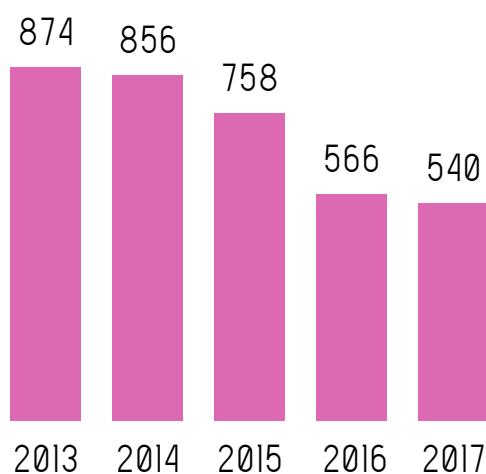
“Als je beslist om een baby te vroeg op de wereld te zetten, moet je dit in de best mogelijke omstandigheden laten gebeuren. Je bereidt bijvoorbeeld de longen van het kindje voor met medicatie om ze een extra rijpingsboost te geven. Een aantal uren voor de bevalling geven we ook medicatie om de kwetsbare hersenen en de hersenbloedvaten te beschermen en te vermijden dat de baby een hersenbloeding krijgt.”

“De zorg voor onze populatie en het nemen van belangrijke beslissingen is het werk van een uitgebreid multidisciplinair

JAAROVERZICHT CIJFERS MIC

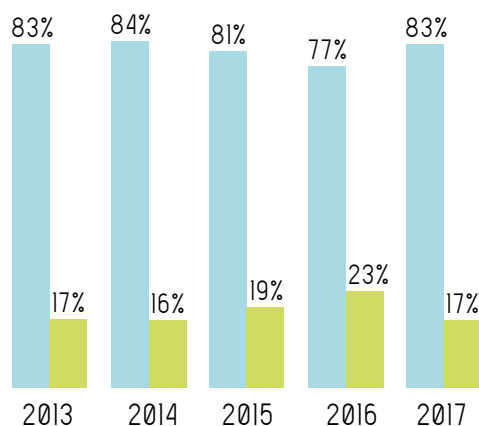


AANTAL MIC OPNAMES



AANTAL EIGEN MIC OPNAMES

AANTAL TRANSPORTEN



team. Dat bestaat uit de drie MIC-artsen, de vier neonatologen, de psychologen, de vroedvrouwen en de maatschappelijk werkster. Wekelijks komen we samen om al onze patiënten te bespreken.”

“Naast de medische zorg is ook de psychologische zorg heel belangrijk bij ons. Ouders krijgen niet altijd goed nieuws. Soms is hun kindje gehandicapt of overlijdt het. Zij moeten hierbij zo goed als mogelijk begeleid worden.”

Wat zijn de meest voorkomende pathologieën?

Dr. Van Holsbeke: “We volgen veel patiënten op waarvan de baby een groeiachterstand heeft of moeders met bloeddrukproblematiek zoals pre-eclampsie of HELLP-syndroom (Hemolysis Elevated Liver enzymes and Low Platelets).”

Wat zijn de grootste veranderingen in de loop der jaren?

Dr. Van Holsbeke: “Een groot verschil met 20 jaar geleden en vandaag is het ‘actief beleid’ dat we – in samenspraak met de ouders – vanaf 24 weken zwangerschap voeren. Actief beleid betekent dat we het welzijn van de baby intensief bewaken en de baby verlossen wanneer hij of zij in nood komt.”

“Vroeger begonnen we daar pas over na te denken vanaf 26 - 27

weken zwangerschapsduur omdat de kans op (gezonde) overleving heel klein was. Die verschuiving was mogelijk dankzij de enorme vooruitgang in de neonatale zorg.”

“Niet dat er nu standaard een actief beleid gevoerd wordt vanaf 24 weken zwangerschap. Maar vanaf dan wordt met de ouders overlegd en gevraagd wat zij wensen. Actief ingrijpen bij problemen om de baby te redden of de natuur zijn gang laten gaan, wetende dat er een redelijk risico op handicap of niet overleven bestaat.”

Jullie maken ook al gebruik van medische apps?

Dr. Van Holsbeke: “Een ander groot verschil met vroeger is dat we nu ook ambulante zorg kunnen aanbieden. Als zwangeren vroeger een hoge bloeddruk hadden op de raadpleging, werden ze opgenomen en bleven ze soms weken op de afdeling. Nu kunnen we hen telemonitoring aanbieden waarbij ze geijkte bloeddrukmeters mee naar huis krijgen die via hun tablet of smartphone met ons verbonden zijn. Zo kunnen we vanuit het ziekenhuis de thuissituatie dagelijks opvolgen.”

“We zijn ook met onderzoek bezig om het bewegen van de baby en het hebben van contracties via telemonitoring op te volgen. Maar dit onderzoek is nog in een experimentele fase.”



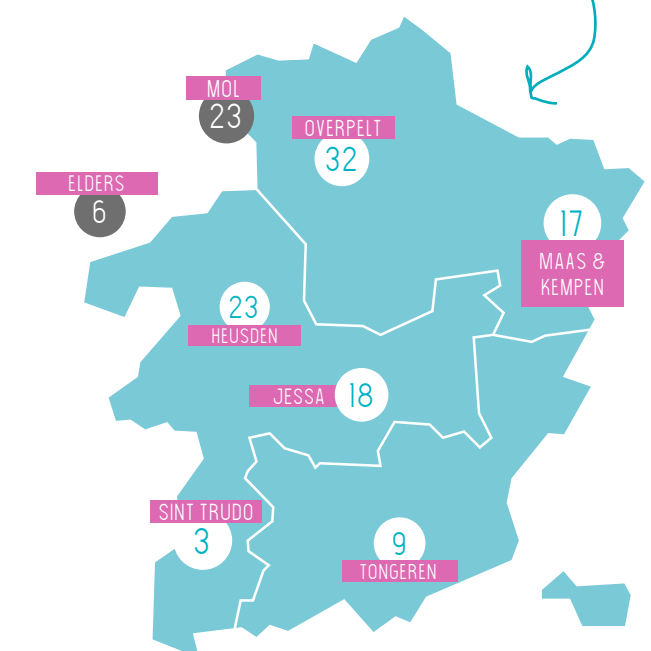
Afdeling Maternele Intensieve Zorgen

Hoe lang verblijven de zwangeren gemiddeld op de afdeling?

Dr. Van Holsbeke: "Dat hangt af van de pathologie. Moeders die vroegtijdig hun vliezen breken, liggen hier soms weken lang. Voor hen gaan we nu een ambulante zorgproject opstarten. Ze mogen naar huis als er na een aantal dagen geen problemen optreden zoals een infectie, een bloeding of contracties... De gespecialiseerde vroedvrouwen van onze afdeling zullen hen vanaf dan thuis bezoeken en zo zorgen voor een goede opvolging."

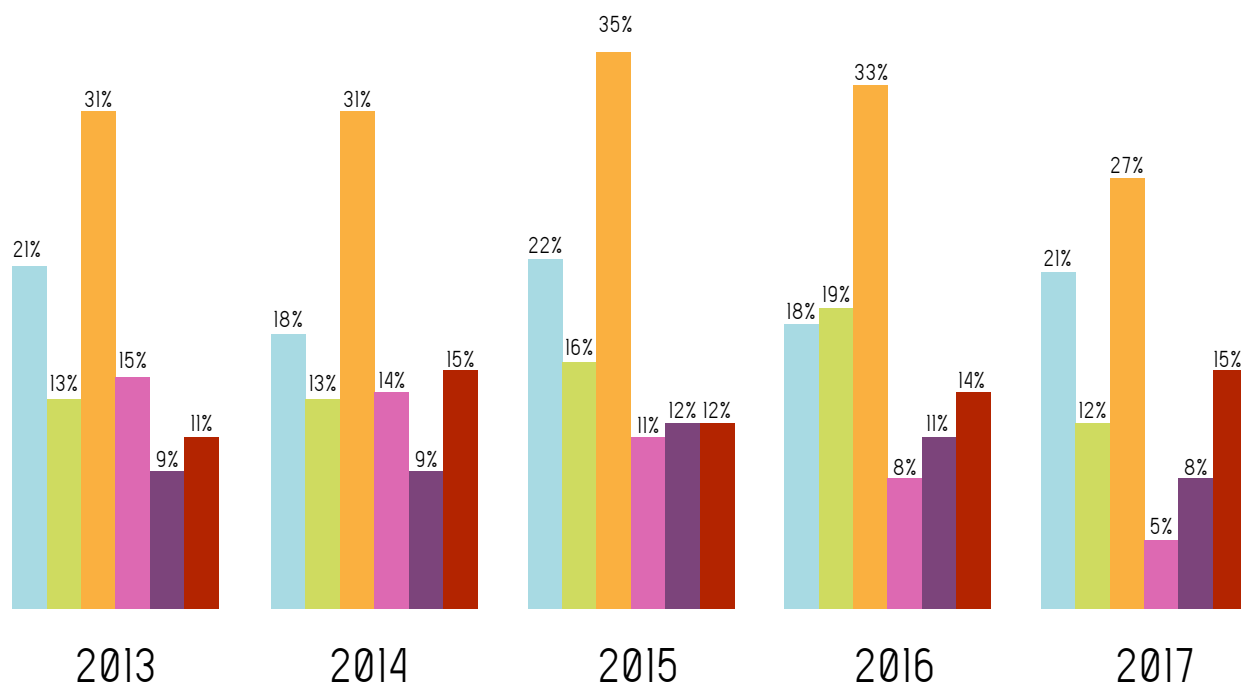
"Hoewel sommige zwangeren echt wel lang verblijven op onze afdeling kunnen we globaal stellen dat de gemiddelde ligduur een week is. Velen kunnen dan naar huis omdat de situatie gestabiliseerd is of omdat ze thuis kunnen opgevolgd worden. Of ze worden terug naar hun verwijzend ziekenhuis gebracht als ze de 34 weken zwangerschap gehaald hebben. Vanaf dan zijn perifere ziekenhuizen immers perfect in staat om de baby op te vangen als hij geboren wordt."

131 TRANSPORTEN IN 2017





TYPES PATHOLOGIE BIJ TRANSPORT



AANTAL INTRA-UTERIENE
TRANSPORTEN

126



Multidisciplinair team MIC

