Progressa™ Bed Systeem

Meer mobiliteit. Sneller herstel.

Enhancing outcomes for
patients and their caregivers.

Hill-Rom

De zorgomgeving van de intensive care wordt elk jaar complexer en veeleisender.

De uitdagingen

Overal ter wereld hebben Intensive Care (IC) afdelingen te maken met vergelijkbare uitdagingen en dezelfde basisbehoeften: verbeterde kwaliteit van de zorg en kostenbeheersing; kortere verblijfsduur en minder heropnamen; en eliminatie van vermijdbare terugval of complicaties zoals ziekenhuisinfecties, spieratrofie en decubitus.

De oplossing

De gedachte dat veilige en vroege mobiliteit patiënten helpt om sneller te herstellen, wordt ondersteund door gepubliceerd klinisch bewijs.[1-6] Hill-Rom neemt een unieke positie in met een complete, geïntegreerde portfolio van oplossingen en klinische ondersteuning die een vroegtijdige mobiliteit stimuleren en veilige, efficiënte zorg mogelijk maken.

Onze basis

Het concept Mobility is Life™ vormt de basis van waaruit Hill-Rom oplossingen ontwikkelt en vervaardigt, met als missie het verbeteren van de resultaten voor patiënten en zorgverleners door nieuwe manieren te zoeken om het herstel van patiënten te bespoedigen.

De gevolgen van immobiliteit

Zenuwstelsel

Tot 80% van de patiënten op de intensive care ontwikkelt een delier en de extra zorgkosten daarvoor kunnen oplopen tot $60.000 per jaar [25]

Ademhaling

Door VAP* kan het verblijf op de intensive care met 10-12 dagen toenemen en $12.000-25.000 per patiënt kosten [9]

Huid

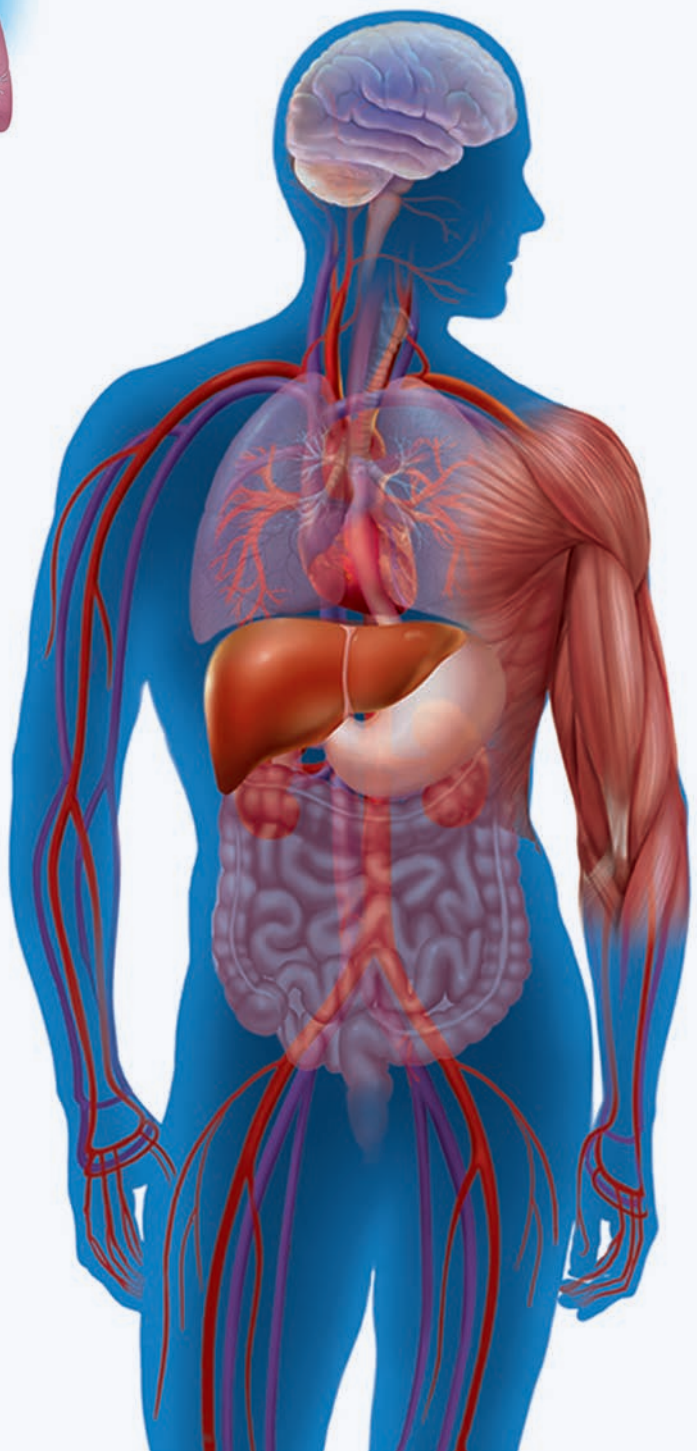
De gemiddelde zorgkosten voor decubitus categorie III of IV in de acute zorg bedragen $43.000 en het verblijf wordt gemiddeld met 4 dagen verlengd [13]

Hart- en vaatstelsel

Orthostatische intolerantie, cardiale deconditionering en 15% verlies van plasmavolume [19]

Metabolisme

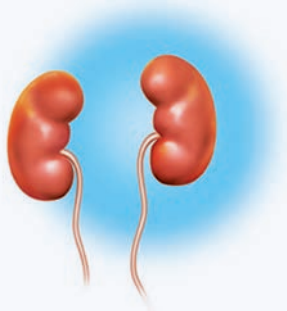
Insulineresistentie en een negatieve stikstofbalans



* VAP = Ventilator Acquired Pneumonia (beademingspneumonie)

Skelet en spierstelsel

Skelet en spierstelsel: 50% verlies van kracht in de eerste 3-5 weken met slechts 6% herstel per week door oefeningen [3, 26, 27]

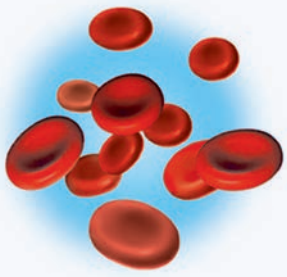


Nieren

Urineretentie, stase en/of calculi

Maag-darmstelsel

Constipatie en fecale impactie



Hematologie

Anemie

Immobiliteit verhoogt het risico op het ontwikkelen van levensbedreigende complicaties en psychische problemen, en heeft een significant negatieve impact op het herstel van de patiënt.

De klinische problemen als gevolg van een gebrek aan mobiliteit zijn groter in omgevingen met een zeer acute zorgbehoefte, zoals de intensivecareafdeling.

Waarom vroeg mobiliseren?

De gevolgen van immobiliteit zijn onder andere een langer verblijf en hogere behandelkosten en voor de zorgverleners neemt het risico op werkgerelateerd letsel toe.[11]

Immobiliteit kan leiden tot:

- Een langere periode aan de beademing
- Een langer verblijf op de IC
- Een langer verblijf in het ziekenhuis
- Een hoger sterftecijfer

Het is bewezen dat de implementatie van een programma voor vroegtijdig mobiliseren op de IC, zoals het Progressive Mobility™ Programma van Hill-Rom, het verblijf op de afdeling kan verkorten, de kosten kan verlagen en de gezondheid en het welzijn van de patiënt kan verbeteren.[1–6]

De economische impact van een programma voor progressief mobiliseren met de bijbehorende technologie is aanzienlijk

Spieratrofie is al meetbaar na drie tot vijf dagen bedrust bij zowel gezonde als ernstig zieke volwassenen. Tot wel 50% van de patiënten ervaart een functionele achteruitgang tussen het moment van ziekenhuisopname en het moment van ontslag.[3]

Respiratoire complicaties door immobiliteit vormen de belangrijkste reden voor heropname op de intensive care, waardoor het ziekenhuisverblijf vaak twee keer zo lang wordt dan gemiddeld, en het sterftecijfer vaak tot 10% hoger wordt.[12] Bovendien zijn de kosten en de prevalentie van in het ziekenhuis opgelopen decubitus hoog. Het percentage in het ziekenhuis opgelopen decubitus in de IC-sector is ongeveer 4,5% en de gemiddelde kosten van decubitus categorie III-IV bedragen meer dan $43.000.[13, 14]

Door een programma voor progressief mobiliseren met technologische innovaties te implementeren, kunnen de klinische en financiële resultaten worden verbeterd.

Wat zijn de voordelen?

In het onderzoek van dr. Winkelman werd de impact op het resultaat voor de IC-patiënt beoordeeld door een programma voor progressief mobiliseren toe te passen met technologisch innovatieve, therapeutische bedden en liftsystemen voor patiënten.[6]

- Het gemiddelde verblijf op de IC nam af met **5 dagen**.
- Het gemiddelde aantal beademingsdagen nam af met **3 dagen**.
- De eerste activiteit van de patiënt was **3,5 dagen eerder**.

Economische impact van vroegtijdig mobiliseren op de intensive care

De kostenbesparing door een korter verblijf op de IC bedroeg $11.507 (gebaseerd op gemiddelde kosten van $3.968 per dag).

- De kostenbesparing als gevolg van een korter verblijf op de IC bedroeg circa $13.000.
- Voor patiënten die vroeger werden gemobiliseerd, bedroeg de kostenbesparing op beademingsdagen ongeveer $11.000.

Kostenbesparing door implementatie van een programma voor vroegtijdig mobiliserenop de IC[1]			
Kostenbesparing per dag dat er korter verbleven wordt op de IC op een afdeling met gemiddeld 500 patiënten per jaar		Kostenbesparing per bespaarde beademingsdag op een intensive care met een gemiddelde van 200 beademde patiënten per jaar	
Korter verblijf op IC	1 dag	Minder beademingsdagen	1 dag
Kosten IC/dag	$3,184	Kosten beademing/dag	$3,968
Kostenbesparing IC/patiënt	$3,184	Kostenbesparing beademing/patiënt	$3,968
Aantal IC-patiënten per jaar	500	Aantal beademde patiënten per jaar	200
Jaarlijkse besparing op verblijfsduur IC	$1,592,000	Jaarlijkse besparing op beademing	$793,600
Mogelijke gecombineerde jaarlijkse besparing: $2.385.600			

Gebruik van een Progressive Upright Mobility Protocol Plus (PUMP) en bijbehorende technologie op een neuro-intensivecareafdeling [5]

PUMP:

- Er werd een mobiliteitsbundel toolkit ontwikkeld met het PUMP-algoritme: een algoritme met 11 stappen, dat loopt van hoofdeinde van het bed op 45° -> deels zitten -> volledig zitten in bed -> rechtop staan -> draaien en op een stoel gaan zitten -> verplaatsing -> wandelen met toenemende afstand en mate van onafhankelijkheid.
- Er werden aanvullende mobiliteitshulpmiddelen aangeschaft.
- Er werd een interdisciplinaire training gestart.

Resultaten van een mobiliteitsprogramma [5]:
De mobiliteit van de patiënten op de neuro intensive care nam toe met 300%.
De lengte van het verblijf op de neuro intensive care werd gereduceerd met 13%.
De lengte van het verblijf in het ziekenhuis nam aanzienlijk af, van 12 tot 8,6 dagen.
Het aantal ziekenhuisinfecties nam af met 60%.
Het VAP-cijfer nam sterk af van 2,14 per 1.000 dagen tot nul.

Is uw programma voor vroegtijdige mobilisatie efficiënt genoeg?

Patiënten die in het ziekenhuisbed moeten blijven zonder regelmatige lichamelijke activiteit, kunnen ernstige fysieke en psychische problemen ontwikkelen, zoals een ICU acquired weakness, beademingspneumonie (VAP), decubitus, vermindering van de spiermassa en delirium.[3,7–10]

Pathologische ICU acquired weakness

Ernstige polyneuropathie of myopathie is een neurologische aandoening waardoor patiënten acuut en ernstig ziek worden en langer dan 24 uur op de intensive care moeten verblijven. Deze aandoening treft de zenuwen en de spieren.

- Het afbouwen van de beademing wordt vertraagd en de rehabilitatie van de patiënt wordt in gevaar gebracht.
- Het verblijf op de IC en in het ziekenhuis wordt aanzienlijk langer en het sterftecijfer wordt hoger.[7]

Risicofactoren zijn onder meer:

- Sepsis
- Ontstekingsreacties
- Meervoudig orgaanfalen
- Verhoogd glucosegehalte in het bloed
- Gebruik van steroïden of neuromusculaire blokkers, die bijdragen aan de pathologische, op de IC ontwikkelde zwakte.

Beademingspneumonie (VAP)

Beademingspneumonie (VAP, Ventilator Acquired Pneumonia) is een van de meest voorkomende complicaties in het ademhalingsstelsel die kunnen optreden als gevolg van immobiliteit.

- Het VAP-cijfer ligt gemiddeld rond 15,8 per duizend beademingsdagen, waardoor het ziekenhuisverblijf met 12 dagen wordt verlengd.
- Het sterftecijfer neemt toe met circa 15%.[9]
- De extra zorgkosten bedragen ongeveer $40.000 tot $90.000 per patiënt.[28]

Uw zorgomgeving op de intensive care wordt elk jaar complexer en veeleisender.

De druk om méér te doen met minder is momenteel een van de grootste uitdagingen voor zorgverleners. Omdat de middelen vaak beperkt zijn, hebben zorgverleners de juiste hulpmiddelen nodig om hun efficiëntie te vergroten en zo meer te kunnen doen per dienst. Door de hogere werkdruk moeten zorgverleners steeds meer tijd besteden aan taken die niet rechtstreeks met de zorg voor de patiënt te maken hebben.

Het verplaatsen van de patiënt is een fysiek zware en tijdrovende taak met een hoog risico op musculoskeletaal letsel.[21, 22] Bijna de helft van de werkgerelateerde letsels bij zorgverleners wordt veroorzaakt door het tillen van patiënten.[11] Zorgverleners zoeken een goede balans tussen het leveren van een efficiënte dienstverlening en het naleven van veiligheidsprotocollen binnen de zorgomgeving van de intensive care.

Verbetering van het mobilisatieproces heeft een positieve impact op het herstel van de patiënt

- Een aanzienlijke ergonomische verbetering voor zorgverleners, met 84,7% vermindering van benodigde tijd [15]
- Een toename van de frequentie van mobilisatie met 48,5% [15]
- Een vermindering van 45% in het aantal zorgverleners dat per verticalisatie nodig is, vergeleken met standaardmobilisatieprocedures
- Reductie van de tijdsperiode van extubatie tot volledige mobilisatie uit het bed met 38% [16]

Klinische zorg voor ernstig zieke patiënten is complex met zowel fysieke als wettelijke uitdagingen

Zorgverleners komen voor steeds meer uitdagingen te staan:

- De patiënt populatie wordt steeds ouder, kwetsbaarder en minder mobiel.
- Er komt steeds meer apparatuur in een beperkte werkomgeving te staan.
- De verantwoordelijkheid om het risico dat patiënten complicaties ontwikkelen in het ziekenhuis, te minimaliseren.
- De behoefte aan een grote nauwkeurigheid bij het documenteren van de behandeling en de geleverde zorg.

Waargenomen patiënt- en milieugerelateerde barrières voor het mobiliseren van de patiënt op de intensive care [3]

Het is van belang dat patiënten begrijpen dat een vroege mobiliteit belangrijk is voor hun herstel. Als de patiënt pijn heeft, kan er medicatie worden toegediend, maar mobilisatie is van essentieel belang. Opleiding is een van de sleutelfactoren voor succes.

Mogelijke barrières voor het mobiliseren van patiënten op de intensive care:

- IC-patiënten op de intensive care zijn te zwaar gesedeerd.
- C-patiënten op de intensive care vinden het niet fijn om gemobiliseerd te worden.
- Door mobilisatie bestaat het risico dat er lijnen losraken.
- Er zijn niet voldoende menselijke en technologische middelen.
- Kans op hemodynamische instabiliteit.

Progressive Mobility Programma

Immobiliteit betekent een hoger risico op levensbedreigende complicaties en heeft daardoor invloed op het resultaat van de patiënt, de duur van het verblijf en de kosten van de behandeling.

Het Progressive Mobility Programma, exclusief aangeboden door Hill-Rom, is gebaseerd op evidence-based methoden die een vroege mobilisatie van de patiënt ondersteunen zonder de veiligheid van de patiënt en de zorgverlener in gevaar te brengen.

- Biedt verhoogde veiligheid voor patiënt en zorgverlener door geïntegreerde functionaliteit en liftsysteem. [23, 24]
- Helpt zorgverleners een optimale therapeutische positie te waarborgen, bewezen therapieën toe te passen en de mobiliteit te herstellen.
- Draagt bij aan het minimaliseren van het risico op cardiovasculaire, respiratoire, metabolische en musculaire aandoeningen, alsmede het risico op delirium.

Hill-Rom Progressive Mobility Programma

Breathe

Zorgt ervoor dat patiënten effectief kunnen ademen en geen complicaties ontwikkelen door immobiliteit tijdens deze kritieke fase

Hoofdeinde > 30°/Alarm

Behoudt een optimale hoek van het hoofdeinde van het bed volgens het VAP-preventieprotocol

Continue Laterale Rotatietherapie (CLRT)

Helpt pulmonale secreties te mobiliseren en verhoogt de doorbloeding om complicaties met betrekking tot de ademhaling te voorkomen [2]

Percussie- en Vibratietherapie

Verbetert de efficiëntie van de ademhaling

Tilt

De patiënt psychisch voorbereiden op een zittende en staande positie met slechts een druk op de knop

Hoofdeinde > 45°/Alarm

Behoudt een optimale hoek van het hoofdeinde van het bed volgens het VAP-preventieprotocol

18° anti-Trendelenburg-kanteling

Zorgt voor orthostatische conditionering

Sit

Deze positie ondersteunt een betere ademhaling en helpt de patiënt zich psychisch voor te bereiden op de staande positie

Partial Chair

Gedeeltelijke zitstand zorgt voor een betere gaswisseling

Chair® Egress

Maakt expansie van de longen mogelijk

StayInPlace™

Voorkomt verschuiving van de patiënt, minimaliseert de noodzaak om de patiënt opnieuw te positioneren

Een betere mobiliteit kan bijdragen aan een sneller herstel van ernstig zieke patiënten. [3]

De voordelen van een programma voor progressief mobiliseren

Stand

Maakt het mogelijk voor de patiënt om te proberen overeind te komen terwijl, indien nodig, aanvullende ondersteuning kan worden gegeven

Chair® Egress

Ontwikkelt de spierkracht van de patiënt

Sit-to-Stand-liftsystemen

Dragen een gedeelte van het gewicht, bij de beweging van zitten naar staan.

Move

Patiënten in deze fase zijn zwak maar wel in staat om mee te werken, en hebben van de arts de opdracht gekregen om uit bed te komen

Chair Egress Sit-to-Stand-liftsystemen

Ondersteunen de patiënt om uit bed te komen

Liko®-systemen voor opstaan en tillen

Maken het voor patiënten die in staat zijn om te lopen gemakkelijker om steeds grotere afstanden af te leggen

Door een programma voor progressief mobiliseren met technologische innovatie te implementeren, kunnen de klinische en financiële resultaten worden verbeterd.

Onderzoek toont aan: patiënten kunnen sneller van de beademing af, VAP komt minder vaak voor, verminderd risico op huidletsel en een reductie van delirium.

Resultaten bij IC-overlevenden gemiddeld (BI 95%)	*Zonder vroegtijdige mobilisatie***	*Met vroegtijdige mobilisatie***	*Verbetering (aantal dagen uit bed)*
Aantal dagen tot eerste keer uit bed*	11.3	5.0	6.3
Aantal dagen verblijf op IC*	6.9	5.5	1.4
Aantal dagen verblijf in ziekenhuis*	14.5	11.2	3.3

* Aangepast voor BMI, acute fysiologie en chronische gezondheidsevaluatie II, en voor vasopressoren
** Alleen patiënten die overleefden tot aan ontslag uit het ziekenhuis werden meegenomen in de resultatenanalyse.

De druk om méér te doen met minder is momenteel een grote uitdaging in de gezondheidszorg.

Het Progressa Bed Systeem, ontwikkeld in samenwerking met verpleegkundigen, artsen en therapeuten, komt tegemoet aan de veranderende behoeften van zorgverleners, patiënten en zorginstellingen en ondersteunt de implementatie van het Progressive Mobility Programma van Hill-Rom.

Met behulp van de geïntegreerde functionaliteit van het Progressa Bed Systeem en het liftsysteem kunnen zorgverleners een optimale therapeutische positie waarborgen, bewezen therapieën toepassen en de mobiliteit herstellen, om zo het risico op cardiovasculaire, respiratoire, metabolische en musculaire aandoeningen en het risico op delirium te minimaliseren.

Het Progressa Bed Systeem is méér dan een bed: het is een therapeutisch hulpmiddel dat als een naadloze verlenging van het zorgteam opereert.

Bovendien is het platform van het Progressa Bed Systeem dusdanig flexibel dat u het bed kunt configureren naar uw behoeften en kunt upgraden als deze behoeften veranderen.

Progressa maakt het mogelijk vroege mobiliteit op effectievere wijze te implementeren. Hierdoor worden in het ziekenhuis opgelopen complicaties, die een zware last vormen voor de patiënt, diens familie en zorgverleners, voorkomen.

Rechts: Mark Verhagen, *Intensive Care verpleegkundige*
Links: Pieter Vaes, *Intensive Care verpleegkundige*
St. Elisabeth Ziekenhuis – Tilburg, Nederland

Het Progressa Bed Systeem biedt keuze uit een reeks matrasopties

Raadpleeg de brochure Technische Specificaties voor meer informatie.

Progressa Prevention Surface
(Non-powered Air)

Progressa Therapy Surface
(Powered Air)

Progressa Pulmonary Surface
(Powered Air)

Efficiëntie

IntelliDrive®- transportsysteem*
Eén zorgverlener kan het bed eenvoudig en veilig verrijden met nauwkeurige stop- en draaibedieningen.

Graphical Caregiver Interface (GCI)®
Deze kantelbare, grafische interface zorgt voor een betere ergonomie voor de zorgverlener en kan worden voorgeprogrammeerd of op maat worden ingesteld om therapieën aan te passen.

HandsFree®-reanimatiehendel
Deze hendel, die met de voet wordt bediend, verlaagt de hoofd- en kniegedeelten en verhoogt het voetgedeelte in één beweging.

Hulp bij uitstappen
Helpt de patiënt om te gaan zitten bij het verlaten van het bed aan de zijkant.

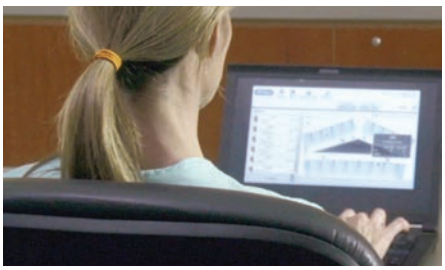
Veiligheid

Hoofdeinde-alarm
Geeft een waarschuwing als de hoek van het hoofdeinde van het bed onder 30° of 45° komt.

Obstacle Detect®-systeem
Stopt de neergaande beweging van het bed en beweegt het bed omhoog als er een object wordt gedetecteerd tussen het bovenste frame en het basisframe.

Uit-bed-alarm met 3 niveaus
Voor de veiligheid van de patiënt: 3 alarmniveaus afhankelijk van de toestand van de patiënt.

Connectiviteit



Het Hill-Rom Progressa Bedsysteem biedt ingebouwde mogelijkheden om verbinding te maken met een zusterpost** op afstand voor informatieoverdracht.

Hierdoor kunt u gebruikmaken van de volgende functies:

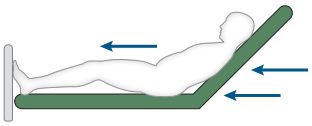
- Uit-bed-alarmering op afstand
- Oproepwaarschuwingen voor verpleegkundigen

* Optie
** Afhankelijk van het model, uw locatie en zorginstelling

Het corrigeren van verschuivingen van de patiënt is een fysiek zware en tijdrovende taak met een hoog risico op musculoskeletaal letsel.[21, 22]

StayInPlace-technologie is uitsluitend beschikbaar op het Progressa Bed Systeem

Zonder de StayInPlace-technologie kan er door een schuinstaand hoofdeinde van het bed druk worden uitgeoefend op de onderrug van de patiënt, waardoor deze naar het voeteneinde van het bed kan schuiven.

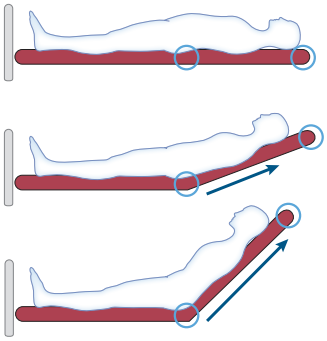


De StayInPlace-technologie zorgt ervoor dat het frame én het matras van het Progressa Bed Systeem langer worden als het hoofdeinde omhoog wordt gebracht.

StayInPlace is een belangrijke innovatie. Door deze baanbrekende technologie wordt voorkomen dat de patiënt gaat schuiven en wordt de noodzaak om de patiënt opnieuw te positioneren geminimaliseerd. StayInPlace reageert dynamisch op de hoek van het hoofdeinde. De technologie is ontworpen om de tilbelasting voor de zorgverlener te verminderen en rugklachten te voorkomen, en ook om te vermijden dat de patiënt onnodig pijn lijdt door herpositioneren. Bovendien wordt hierdoor het risico op decubitus kleiner.

StayInPlace

- Ontworpen om verschuiven van de patiënt te voorkomen en de noodzaak om de patiënt opnieuw te positioneren te minimaliseren.
- Reageert dynamisch op de hoek van het hoofdeinde van het bed.
- Ontworpen om de tilbelasting voor de zorgverlener te verminderen en het risico op decubitus te reduceren.
- Door de noodzaak om de patiënt opnieuw te positioneren te minimaliseren, neemt de benodigde tijd voor verpleging af.



De StayInPlace-technologie wordt niet geactiveerd als de patiënt op de buik ligt.

Als het hoofdeinde van het bed omhoog wordt gebracht, wordt de oppervlakte onder het bovenlichaam van de patiënt door de StayInPlace-technologie vergroot.

Door de StayInPlace-technologie worden de hoofdgedeelten van het frame en het oppervlak samen vergroot om te corrigeren voor de natuurlijke verlenging van het lichaam als de patiënt rechtop zit.

"De StayInPlace-functie is zonder twijfel een van de belangrijkste voordelen. Als het bed omhoog wordt gezet, schuift de patiënt niet naar beneden, maar blijft deze veilig en comfortabel liggen, zonder druk op de rug."

Volledige flexibiliteit om te voldoen aan de behoeften op elke intensive care

Het Progressa Bed Systeem is het enige bedsysteem voor de intensive care dat voldoet aan de behoeften van patiënten op verschillende IC-afdelingen door de mogelijkheid tot upgraden en configureren.

Het Progressa Bed Systeem kan worden geconfigureerd en geüpgraded zodat het voldoet aan de vele verschillende vereisten binnen een ziekenhuis, terwijl het continu een superieure gebruikerservaring biedt. U kunt de totale eigendomskosten beperken door ÉÉN leverancier te kiezen en zo de kosten voor onderhoud, reserveonderdelen en training te verlagen.

Het Progressa Bed Systeem kan worden geconfigureerd voor de huidige situatie in uw instelling en biedt de flexibiliteit om te worden aangepast aan toekomstige, veranderende behoeften.

- Upgrade het systeem of configureer opnieuw aan de hand van veranderende behoeften en budgetten.
- Door ÉÉN leverancier te kiezen, worden de onderhouds- en trainingskosten gereduceerd zodat de totale eigendomskosten beperkt blijven.

Unieke kenmerken en functionaliteit voor een veilige mobilisering van IC-patiënten

Vroege mobilisering is een bewezen strategie waardoor het patiëntresultaat wordt verbeterd en het verblijf op de intensive care wordt verkort.
Het Progressa Bed Systeem biedt unieke kenmerken en functionaliteit waarmee zorgverleners de IC-patiënten effectief vooruit kunnen helpen van een vlakke positie/rugligging naar het verlaten van het bed op een veilige, eenvoudige wijze, en steeds vaker als de patiënt dit verdraagt.[15–16]

Klinische efficiëntie dankzij het Progressa Bed Systeem:

- Maakt de afzonderlijke stappen van progressieve mobiliteit gemakkelijker op elk herstel- en tolerantieniveau van de patiënt.
- Draagt aanzienlijk bij aan het verkorten van het verblijf op de intensive care.
- Maakt progressieve mobiliteit mogelijk en verkleint tegelijkertijd het risico op bijwerkingen, zoals het losraken van lijnen.
- Verkort de tijdsperiode tot de eerste keer uit bed.

Volledige controle en ondersteuning van het Progressive Mobility Programma

Het Progressa Bed Systeem is ontwikkeld in samenwerking met zorgverleners, ondersteunt de naleving van protocollen met het Progressive Mobility Programma en helpt zorgverleners om te voldoen aan de veiligheidsprotocollen. Het systeem geeft de zorgverlener maximale controle om de veiligheid te verbeteren, de connectiviteit uit te breiden en de efficiëntie te vergroten.

Met de connectiviteitsfuncties kunnen zorgverleners de meeste gegevens documenteren zonder bij het bed weg te gaan.

- Snelle documentatie bij het bed
- Minder fouten in de documentatie

Hill-Rom is een toonaangevend bedrijf op het gebied van medische technologie met meer dan 10.000 werknemers wereldwijd. Wij werken samen met zorgverleners in meer dan honderd landen en in alle zorgomgevingen, en richten ons daarbij op oplossingen voor patiëntenzorg die de klinische en economische resultaten verbeteren op vijf kerngebieden: **bevordering van mobiliteit, wondverzorging en -preventie, bewaking en diagnostisering van patiënten, chirurgische veiligheid en efficiëntie en respiratoire gezondheid.** De mensen, producten en programma's van Hill-Rom werken samen met één doel voor ogen: elke dag, wereldwijd, verbeteren we resultaten voor onze patiënten en hun zorgverleners.

mobility is life™

Hill-Rom is ervan overtuigd dat het concept van vroegtijdig mobiliseren van patiënten en het stimuleren van zelfstandigheid de levenskwaliteit verbetert, zowel in het ziekenhuis als thuis.

Het Progressa-bed kan in verschillende omgevingen worden gebruikt, inclusief, maar niet beperkt tot, acute zorg, waaronder intensive care, medium care, medische / chirurgische afdelingen, acute en subacute zorg met hoge scherpte, post-anesthesie afdeling (PACU) en secties van de afdeling spoedeisende hulp (SEH).

Medisch hulpmiddel (93/42 / EEG): Klasse Im,

Klasse IIa voor therapie en pulmonaire oppervlakken Notified Body: Polskie Centrum Badan I Certyfikacji S.A. (PCBC) CE1434

Schaalclassificatie (EN 45501): Klasse III

Fabrikant: Hill Rom Holdings, Inc. - 1069 State Route 46 East - Batesville, IN 47006 - Verenigde Staten

Europese vertegenwoordiger: Hill Rom S.A.S. - BP 14 ZI du Talhouët 56330 Pluvigner Frankrijk

Dit medische hulpmiddel is een gereguleerd gezondheidsproduct dat op grond van deze regulering is voorzien van een CE-markering. Hill-Rom adviseert u de gedetailleerde instructies voor een veilig en correct gebruik die bij de medische hulpmiddelen worden geleverd, zorgvuldig te lezen. Het personeel van de zorginstellingen is verantwoordelijk voor correct gebruik en onderhoud van deze medische hulpmiddelen.

Hill-Rom behoudt zich het recht voor zonder kennisgeving wijzigingen aan te brengen in het ontwerp, de specificaties en de modellen. De enige garantie die Hill-Rom biedt, is de expliciete schriftelijke garantie die wordt verleend op de verkoop of verhuur van haar producten.

©2019 Hill-Rom Services, Inc. ALLE RECHTEN VOORBEHOUDEN.

Doc. Nr.: 5NL126301-04, 14 Oktober 2019

Niet alle producten/opties zijn in alle landen beschikbaar. Voor meer informatie over dit product of een dienst kunt u contact opnemen met uw plaatselijke Hill-Rom-vertegenwoordiger of onze website bezoeken:

www.hill-rom.com

1. Dasta JF, et al. Daily cost of an intensive care unit day: the contribution of mechanical ventilation. Crit. Care Med. 2005; 33:1266-1271.
2. Bailey P, et al. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. Crit. Care Med. 2007; 35:139-145.
3. Morris PE, et al. Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. Crit. Care Med. 2008; 36:2238-2243.
4. Schweickert WD, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomized controlled trial. Lancet. 2009; 373:1874-1882.
5. Titsworth WL, et al. The effect of increased mobility on morbidity in the neurointensive care unit. J. Neurosurg. 2012; 116:1379-1388.
6. Winkelman C. Bed rest in health and critical illness: a body systems approach. AACN Adv. Crit. Care. 2012; 20:254-266.
7. Hermans G, et al. Clinical review: critical illness polyneuropathy and myopathy. Crit. Care. 2008;12:238.
8. Nigam Y, et al. Effects of bed rest 3: musculoskeletal and immune systems, skin and self-perception. Nurs. Times. 2009;105:18-22.
9. Rosenthal VD, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 36 countries, for 2004-2009. Am. J. Infect Control. 2012;40:396-407.
10. Vasilevskis EE, et al. Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and weakness-crossing the quality chasm. Chest. 2010;138:1224-1233.
11. Brophy et al. Reducing incidence of low-back injuries reduces cost. Jul/Aug 2001.
12. Rosenberg AL, Watts C. Patients readmitted to ICUs*: a systematic review of risk factors and outcomes. Chest. 2000; 118:492-502.
13. VanGilder C, et al. Poster. WOCN. 2012 (abstr. 6007).
14. CMS. Fed Regist. 2008; 73:48433-49084. CMS Office of Public Affairs. Fact sheet: CMS proposes additions to list of hospital-acquired conditions for fiscal year 2009. Baltimore, MD: Centers for Medicare & Medicaid Services; 4/14/08. CMS quality measurement programs characteristics. CMS website. Accessed 2/26/13. http://www.cms.gov/medicare/quality-initiatives-patient-assessment-instruments/qualitymeasures/downloads/cmsqualitymeasurementprogramscharacteristics. pdf
15. Comparison of Caregiver time necessary for Patient positioning using the TotalCare® Bed vs. a Standard Bed, Tampa General Hospital, Tampa, FL.
16. Comparative study TotalCare Bed vs. Standard Bed: Analysis of physiological parameters in patients after coronary bypass procedures; Emory Hospital, Atlanta, Georgia.
17. Fortney SM, et al. Handbook of Physiology. Cpt. 39 - The Physiology of bed rest. 2011.
18. Graves N, et al. Infect Control Hosp. Epidemiol. 2005.
19. Knight J, et al. Nurs Times. 2009.
20. Scott RD. The Direct Medical Costs of HAIs. CDC. 2009.
21. U.S. Bureau of Labor Statistics: 2009 survey of occupational injuries and illnesses.
22. U.S. Bureau of Labor Statistics: Injuries, illnesses, and fatalities: frequently asked questions.
23. Nelson A, Baptiste A. Evidence-based practices for safe patient handling and movement. Online J Issues Nurs. 2006;4(1):55-69. doi:10.1385/BMM:4:1:55.
24. Dickerson D, Gruden M, Duck J, et al. Beyond Getting Started: A Resource Guide for Implementing a Safe Patient Handling Program in the Acute Care Setting. 2006.
25. AACN practice alert: delirium assessment and management. http://www.aacn.org/WD/practice/docs/practicealerts/delirium-practice-alert-2011.pdf. Accessed 2/25/13.
26. De Jonghe B, et al. Paresis acquired in the intensive care unit: a prospective multicenter study. JAMA. 2002;288:2859-2867.
27. De Jonghe B, et al. Respiratory weakness is associated with limb weakness and delayed weaning in critical illness. Crit Care Med. 2007;35:2007-2015.
28. Current Controversies in VAP :Pickett K: ICU Management, 2008. Clinical and Economic Consequences of VAP: A Systematic review: Safdar N etal CCM 2005.

Enhancing outcomes for patients and their caregivers.® Hill-Rom