Progressa™ Bettsystem

Mobilität fördern. Komplikationen vermeiden.

Enhancing outcomes for
patients and their caregivers.

Hill-Rom

Die Anforderungen in der Intensivpflege werden Jahr für Jahr komplexer und anspruchsvoller.

Die Herausforderungen

Die Problemstellungen sind für Intensivstationen in aller Welt gleich: Verbesserung der Pflegequalität bei gleichzeitiger Kostensenkung, Verkürzung des Krankenhausaufenthalts und weniger Wiederaufnahmen sowie die Verhinderung vermeidbarer Stürze oder Komplikationen wie Krankenhausinfektionen, Muskelschwund oder Dekubitus.

Die Lösung

Dass eine sichere, frühzeitige Mobilität Patienten hilft, schneller wieder gesund zu werden, ist durch klinische Studien hinreichend belegt.[1-6] Hill-Rom stellt dafür ein komplettes, integriertes Angebot klinischer Hilfsmittel bereit, das die frühzeitige Mobilisation von Patienten unterstützt und eine sichere und effiziente Pflege ermöglicht.

Unser Grundkonzept

Das Konzept Mobility is Life™ bildet die Grundlage, auf der Hill-Rom seine Lösungen entwickelt und herstellt. Wir haben uns zum Ziel gesetzt, Ergebnisse für Patienten und Pflegekräfte zu optimieren, indem wir neue Wege zur schnellen Genesung von Patienten erschließen.

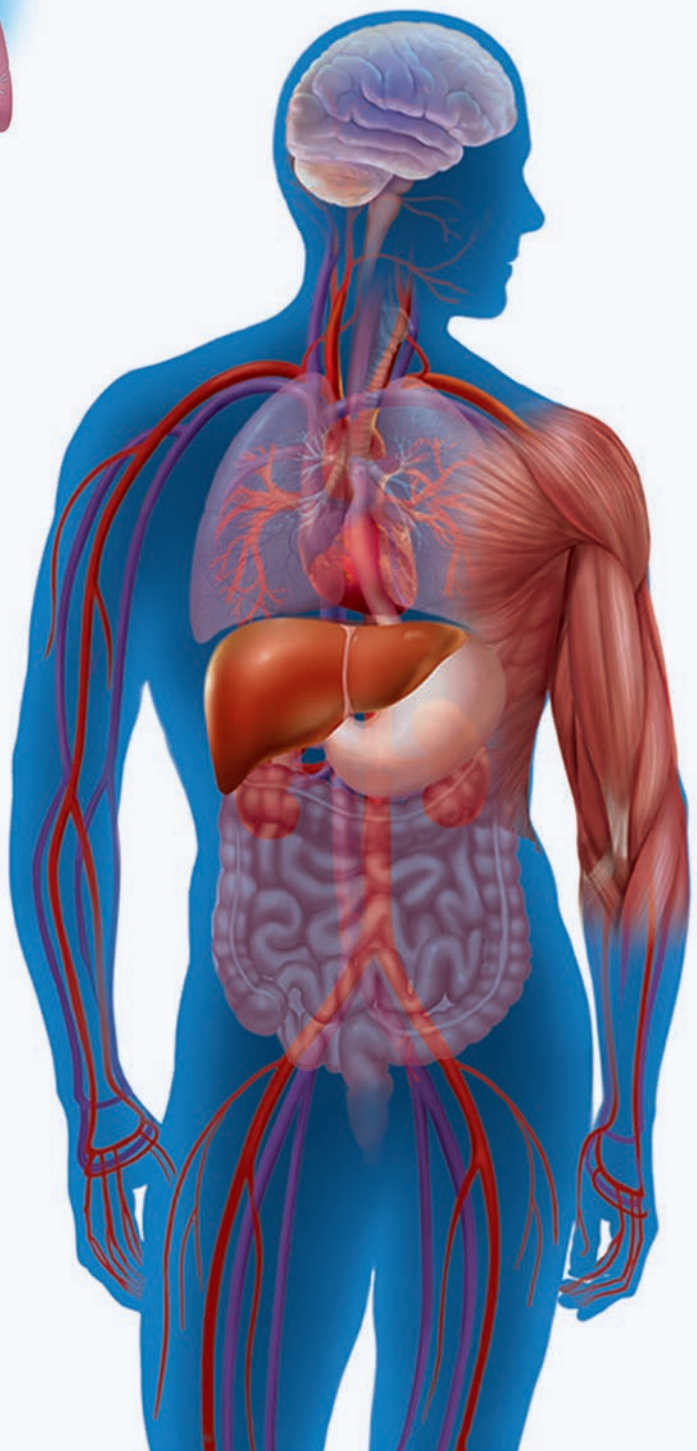
Die Folgen der Immobilität

Neurologisch

Delir tritt bei bis zu 80% aller Intensivpatienten auf und verursacht pro Patient Mehrkosten in Höhe von bis zu 46.000 Euro (60.000 US-Dollar) pro Jahr. [25]

Respiratorisch

VAP*-bedingt kann es zu einer 10 bis 12 Tage längeren Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation mit Kosten von 9.000 bis 19.000 Euro (12.000 bis 25.000 US-Dollar) pro Patient kommen .[9]



Dermal

Die durchschnittlichen Behandlungskosten für einen Dekubitus im Stadium III bzw. IV betragen in der Akutversorgung 33.000 Euro (43.000 US-Dollar) – bei einer zusätzlichen Aufenthaltsdauer von vier Tagen. [13]

Kardiovaskulär

Orthostatische Intoleranz, Abbau kardialer Funktionen und ein Plasmaverlust von 15% [19]

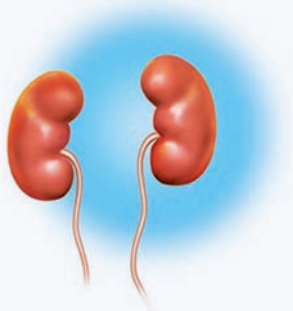
Metabolisch

Insulinresistenz und negative Stickstoffbilanz

* VAP = Ventilator-assoziierte Pneumonie

Muskuloskelettal

Die muskuloskelettalen Auswirkungen betreffen die Muskelstärke – mit einem Verlust von 50% in den ersten 3 bis 5 Wochen bei nur 6% übungsbedingter Muskelregeneration pro Woche. [3, 26, 27]

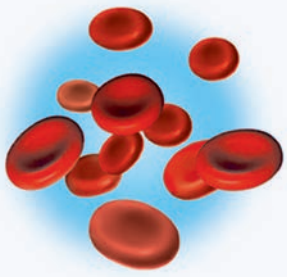


Renal

Harnverhalt, Harnstau bzw. Urolithiasis

Gastrointestinal

Obstipation und Koprostase



Hämatologisch

Anämie

Immobilität erhöht das Risiko lebensgefährlicher Komplikationen und psychologischer Beschwerden und hat signifikant negative Auswirkungen auf den klinischen Verlauf von Patienten.

Die klinischen Aspekte fehlender Mobilität treten bei der Akutpflege von Patienten, wie etwa auf Intensivstationen, noch deutlicher zutage.

Gründe für eine frühzeitige Mobilisation

Folgen der Immobilität sind in erster Linie eine längere Aufenthaltsdauer und höhere Behandlungskosten. Daneben besteht für die Pflegekräfte aber auch ein erhöhtes Risiko für berufsbedingte Verletzungen. [11]

Folgen der Immobilität sind also:

- Längere Beatmungsdauer
- Längere Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation
- Längere Krankenhausaufenthaltsdauer
- Höhere Sterberaten

Es ist hinreichend belegt, dass die Umsetzung eines frühzeitigen Mobilisationsprogramms, wie z. B. des Progressive Mobility™-Programms von Hill-Rom, den Aufenthalt auf der Intensivstation verkürzen, Kosten senken und Gesundheit und Wohlergehen des Patienten verbessern kann. [1–6]

Die ökonomischen Auswirkungen eines technologiebasierten Programms zur progressiven Mobilisation sind signifikant

Bei gesunden wie bei schwer kranken Erwachsenen stellt sich bereits nach drei bis fünf Tagen Bettruhe ein messbarer Muskelschwund ein. In bis zu 50% aller Fälle nehmen die Körperfunktionen von Patienten zwischen der Aufnahme im Krankenhaus und ihrer Entlassung ab. [3]

Atemwegskomplikationen aufgrund von Immobilität sind der Hauptgrund für die Wiederaufnahme auf die Intensivstation. Häufig verdoppeln Sie die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthalts und erhöhen die Mortalität um bis zu 10%. [12]
Auch im Krankenhaus erworbene Druckgeschwüre treten häufig auf und sind mit hohen Kosten verbunden. Auf Intensivstationen erwerben ca. 4,5% aller Patienten einen derartigen Dekubitus, und die durchschnittlichen Behandlungskosten im Stadium III–IV betragen mehr als 33.000 Euro (43.000 US-Dollar). [13, 14]

Die Einführung eines Programms zur progressiven Mobilisation in Kombination mit neuesten Technologien trägt wesentlich zur Erreichung besserer klinischer und finanzieller Ergebnisse bei.

Welche positiven Ergebnisse liefern sie?

In der von Dr. Winkelman durchgeführten Studie wurden ein Programm zur progressiven Mobilisation sowie innovative therapeutische Betten und Patientenlifter-Lösungen verwendet und deren Einfluss auf Intensivpatienten untersucht. [6]

- Die Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation war im Durchschnitt **5 Tage kürzer.**
- Die durchschnittliche Anzahl an Beatmungstagen **verringerte sich um 3 Tage.**
- Die erste Patientenaktivität fand **3,5 Tage früher statt.**

Ökonomische Auswirkungen einer frühzeitigen Mobilisation auf der Intensivstation

Die mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation einhergehenden Kosteneinsparungen betrugen 8.851 Euro (11.507 US-Dollar) (bei angenommenen Durchschnittskosten von 3.052 Euro (3.968 US-Dollar) pro Tag).

- Die Kosteneinsparungen dank einer kürzeren Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation beliefen sich auf etwa 10.000 Euro (13.000 US-Dollar).
- Die mit weniger Beatmungstagen einhergehenden Kosteneinsparungen betrugen ungefähr 8.500 Euro (11.000 US-Dollar), wenn Patienten früher mobilisiert werden.

Kosteneinsparungen dank Umsetzung eines Programms zur frühzeitigen Mobilisation auf der Intensivstation [1]

Kosteneinsparungen pro reduziertem Tag Aufenthaltsdauer (AD) auf der Intensivstation für eine Station mit durchschnittlich 500 Patienten pro Jahr		**Kosteneinsparungen pro eingespartem Beatmungstag für eine Intensivstation mit durchschnittlich 200 beatmeten Patienten pro Jahr**	
Verringerte AD auf der Intensivstation	1 Tag	Eingesparte Beatmungstage	1 Tag
Intensivpflegekosten/Tag	2.450 Euro (3.184 US-Dollar)	Zusätzliche Kosten für die mechanische Beatmung/Tag	1.172 Euro (1.522 US-Dollar)
Einsparungen bei der Intensivpflege/Patient	2.450 Euro (3.184 US-Dollar)	Einsparungen für die Beatmung/Patient	1.172 Euro (1.522 US-Dollar)
Anzahl der Intensivpatienten/Jahr	500	Anzahl der beatmeten Patienten/Jahr	200
Jährliche Einsparungen durch kürzere AD auf der Intensivstation	1,22 Mio. Euro (1,59 Mio. US-Dollar)	Jährliche Einsparungen für die Beatmung	234.388 Euro (304.400 US-Dollar)
Potenzielle jährliche Einsparungen insgesamt: 1,46 Mio. Euro (1,90 Mio. US-Dollar)			

Verwendung eines PUMP-Algorithmus („Progressive Upright Mobility Protocol Plus“) in Kombination mit innovativer Technologie auf einer neurologischen Intensivstation[5]

PUMP:

- Es wurde ein Mobilitätspaket entwickelt, das u. a. den 11-stufigen PUMP-Algorithmus enthält, der wie folgt voranschreitet: 45-Grad-Oberkörperhochlagerung -> Teilweises Sitzen -> Vollständiges Sitzen -> Stehen auf einer Stelle -> Drehen zum und Sitzen im Stuhl -> Transfer zwischen Bett und Stuhl -> Gehen immer längerer Strecken mit zunehmender Eigenständigkeit.
- Zusätzliche Mobilitätshilfen wurden angeschafft.
- Interdisziplinäre Schulungen wurden veranlasst.

Die Ergebnisse bei Verwendung eines Mobilisationsprogramms[5]:
Die Mobilität wurde bei Neuro-Intensivpatienten um 300% gesteigert.
Die Aufenthaltsdauer auf der neurologischen Intensivstation wurde um 13% verringert.
Die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus verringerte sich erheblich von 12 auf 8,6 Tage.
Nosokomiale Infektionen wurden um 60% verringert.
Die Rate für Ventilator-assoziierte Pneumonie (VAP) verringerte sich erheblich von 2,14 je 1.000 Tagen auf 0.

Ist Ihr Programm zur frühzeitigen Mobilisation so effizient wie möglich?

Bei Patienten, die über einen längeren Zeitraum ans Bett gefesselt sind und sich nicht genügend bewegen können, treten oft ernsthafte körperliche und psychologische Beschwerden, wie eine auf der Intensivstation erworbene Schwäche (IAW), Ventilator-assoziierte Pneumonie (VAP), Dekubitus, Muskelschwund und Delir auf.[3,7–10]

Pathologische auf der Intensivstation erworbene Schwäche (IAW)

Polyneuropathien und Myopathien, die aufgrund einer schwer-akuten neurologischen Störung auftreten und Nerven und Muskeln betreffen, erfordern einen Aufenthalt auf der Intensivstation von mehr als 24 Stunden.Die Folgen sind:

- Verzögerung bei der Beatmungsentwöhnung und Beeinträchtigung der Rehabilitation
- Signifikante Erhöhung der Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation und im Krankenhaus sowie höhere Sterberaten.[7]

Risikofaktoren sind u. a.:

- Sepsis
- Inflammatorisches Response-Syndrom
- Multiorganversagen
- Erhöhte Blutzuckerwerte
- Einsatz von Steroiden oder neuromuskulären Blockern (die zur Entstehung einer auf der Intensivstation erworbenen Schwäche (IAW) beitragen)

Ventilator-assoziierte Pneumonie (VAP)

Ventilator-assoziierte Pneumonie ist eine der Hauptkomplikationen, die sich immobilitätsbedingt auf das respiratorische System auswirken können.

- Die durchschnittliche VAP-Rate liegt bei 15,8 pro 1.000 Beatmungstagen, was sich in einer um 12 Tage verlängerten Krankenhausaufenthaltsdauer niederschlägt.
- Die Sterberate ist um ca. 15% erhöht.[9]
- Die erhöhten Pflegekosten betragen ungefähr 31.000 bis 69.000 Euro (40.000 bis 90.000 US-Dollar) pro Patient.[28]

Die Anforderungen in der Intensivpflege werden Jahr für Jahr komplexer und anspruchsvoller.

Eine der größten Herausforderungen für Pflegekräfte besteht in dem zunehmenden Kosten- und Leistungsdruck. Da die Ressourcen in vielen Fällen begrenzt sind, erfordert dies entsprechende Hilfsmittel, damit in jeder Schicht noch effizienter gearbeitet werden kann. Der Anstieg des Arbeitspensums bedeutet auch einen immer größeren Zeitaufwand für die Erledigung von Aufgaben, die nicht zur Patientenpflege gehören.

Die Verlegung von Patienten ist eine körperlich anstrengende und zeitintensive Aufgabe, durch die Pflegekräfte zugleich dem hohen Risiko muskuloskelettaler Verletzungen ausgesetzt werden.[21,22] So ist die Hälfte aller berufsbedingten Verletzungen bei Pflegekräften auf das Heben von Patienten zurückzuführen.[11] Pflegekräfte müssen also ein optimal abgestimmtes Gleichgewicht zwischen einer möglichst effizienten Arbeitsweise und der Einhaltung von Sicherheitsprotokollen auf der Intensivstation finden.

Eine verbesserte Mobilisation hat einen positiven Einfluss auf die Genesung der Patienten.

- Eine deutliche Verbesserung der Arbeitsergonomie für die Pflegekräfte und eine Zeitersparnis um 84,7%[15]
- Anstieg der Häufigkeit durchgeführter Mobilisationen um 48,5%[15]
- Anzahl der zur Vertikalisierung erforderlichen Pflegekräfte um 45% geringer als bei der Standardmobilisation
- Um 38% geringere Zeitspanne zwischen Extubation und voller Mobilisation mit Verlassen des Bettes[16]

Die klinische Pflege schwer kranker Patienten ist eine komplexe Aufgabe, die mit körperlichen Anstrengungen und rechtlichen Herausforderungen verbunden ist.

Pflegekräfte sehen sich mit einer Reihe zunehmender Herausforderungen konfrontiert:

- Patienten werden generell älter, gleichzeitig aber immobiler und schwächer.
- Der räumlich begrenzte Arbeitsbereich füllt sich mit immer mehr Geräten.
- Pflegekräfte müssen das Risiko der im Krankenhaus erworbenen Komplikationen möglichst gering halten.
- Die erfolgte Behandlung und Pflege müssen äußerst genau dokumentiert werden.

Patienten- und Umfeldmerkmale werden als Hindernisse für die Mobilisation von Intensivpatienten empfunden.[3]

Patienten müssen verstehen, dass eine frühzeitige Mobilisation entscheidend für ihre Genesung ist. Patienten mit Schmerzen können Medikamente verabreicht werden, die Mobilisation ist allerdings unerlässlich. Die Aufklärung von Patienten und die Ausbildung von Pflegekräften sind die Schlüssel zum Erfolg.

Zu den Merkmalen, die als Hindernisse für die Mobilisation von Intensivpatienten empfunden werden, gehören:

- Zu starke Sedierung von Intensivpatienten
- Intensivpatienten empfinden die Mobilisation als unangenehm
- Potenzielle Gefahr der Dislokation des Gefäßzugangs
- Keine ausreichenden Mitarbeiter und technologischen Ressourcen
- Potenzielle hämodynamische Instabilität

Das Progressive Mobility™ Programm

Immobilität erhöht das Risiko lebensgefährlicher Komplikationen und hat negative Auswirkungen auf den klinischen Verlauf von Patienten, die Aufenthaltsdauer und die Behandlungskosten.

Das Progressive Mobility Programm, das ausschließlich von Hill-Rom angeboten wird, beruht auf evidenzbasierten Methoden zur Unterstützung der frühzeitigen Patientenmobilisation – ohne negative Auswirkungen auf die Sicherheit von Patienten und Pflegekräften. Es ermöglicht:

- Mehr Sicherheit für Patient und Pflegekraft dank integrierter Funktionalität und Lifter-System[23, 24]
- Unterstützung der Pflegekräfte im Hinblick auf optimale Therapielagerungen, evidenzbasierte Therapien und eine Wiederherstellung der Mobilität
- Unterstützung bei der Reduzierung des Risikos von kardiovaskulären, Atem-, Stoffwechsel- und die Muskeln betreffenden Störungen sowie von Delir

Das Progressive Mobility Programm von Hill-Rom

Breathe

Stellt sicher, dass Patienten effektiv atmen können und während dieser kritischen Phase keinerlei immobilitätsassoziierte Komplikationen entwickeln.

OKH > 30°/OKH-Alarm

Sorgt für einen optimalen Winkel der Oberkörperhochlagerung (OKH) in Übereinstimmung mit den Protokollen für die VAP-Prävention.

Kontinuierliche laterale - Rotationstherapie (CLRT)

Fördert die Lösung von pulmonalen Sekreten und unterstützt den Blutfluss, um pulmonale Komplikationen zu vermeiden.[2]

Perkussion & Vibration (P&V) Therapien

Verbessern die Atemeffizienz.

Tilt

Dient dazu, den Patienten mit nur ein paar Knopfdrücken physiologisch auf die sitzende und stehende Haltung vorzubereiten.

OKH > 45°/OKH-Alarm

Sorgt für einen optimalen Winkel der Oberkörperhochlagerung (OKH) in Übereinstimmung mit den Protokollen für die VAP-Prävention.

18° Anti-Trendelenburg-Lagerung/ Kipptisch-Lagerung

Ermöglicht die orthostatische „Konditionierung".

Sit

Diese Lagerung ermöglicht eine bessere Atmung und hilft den Patienten gleichzeitig, sich physiologisch an die aufrechte Haltung zu gewöhnen.

Teilweise Sitzposition

Erleichtert den Gasaustausch.

Full Chair® - Aufrechte Sitzposition

Ermöglicht die Lungenausdehnung.

StayInPlace™

Macht die Verlegung von Patienten unnötig und sorgt dafür, dass Patienten seltener neu positioniert werden müssen.

Die stufenweise Mobilisation kann selbst bei schwer kranken Patienten eine schnellere Genesung bewirken.[3]

Die Vorteile eines Programms zur progressiven Mobilisation

Stand

Ermöglicht Patienten Stehversuche mit Unterstützung (falls erforderlich).

Aussteigeposition

Dient zur Entwicklung der Patientenstärke.

Aufstehhilfen

Unterstützen die partielle Gewichtsbelastung.

Move

Patienten auf dieser Stufe sind schwach, können aber aktiv mitmachen und Aufgaben außerhalb des Bettes erfüllen.

Aussteigeposition und Aufstehhilfen

Dienen zur Erfüllung von Aufgaben außerhalb des Bettes.

Liko®-Aufstehhilfen und -Transferlösungen

Erleichtern Patienten das Gehen von immer größeren Strecken.

Auf einen Punkt gebracht, trägt die Einführung eines Programms zur progressiven Mobilisation in Kombination mit neuesten Technologien zur Erreichung besserer klinischer und finanzieller Ergebnisse bei.

Studien belegen, dass Patienten früher ohne Beatmung auskommen – und das bei geringerer VAP-Rate, einem geringeren Risiko für Hautschädigungen und einer Verringerung von Delir.

Ergebnisse von Überlebenden auf der Intensivstation (Mittleres KI: 95%)	*Ohne frühzeitige Mobilisation***	*Mit frühzeitiger Mobilisation***	*Verbesserung (Tage außerhalb des Bettes)*
Tage bis zum erstmaligen Verlassen des Bettes*	11,3	5,0	6,3
AD auf der Intensivstation (Tage)*	6,9	5,5	1,4
AD im Krankenhaus (Tage)*	14,5	11,2	3,3

* Angepasst gemäß BMI, APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation)-Score II und Vasopressoren.
** In der Ergebnisanalyse wurden nur nach der Krankenhausentlassung überlebende Patienten berücksichtigt. AD = Aufenthaltsdauer

Der zunehmende Kosten- und Leistungsdruck ist eine der größten Herausforderungen im Gesundheitswesen.

Das Progressa Bettsystem, das in enger Zusammenarbeit mit Pflegepersonal, Ärzten und Therapeuten entwickelt wurde, wird den sich ständig ändernden Anforderungen von Pflegenden, Patienten und Einrichtungen gerecht und unterstützt die Einführung des Progressive Mobility-Programms von Hill-Rom.

Dank der integrierten Funktionalität des Progressa Bettsystem und unseren Liko® Lifter-Systemen werden Pflegekräfte bei optimalen Therapielagerungen, evidenzbasierten Therapien und der Wiederherstellung der Mobilität unterstützt, was auch das Risiko von kardiovaskulären, Atem- und Stoffwechselstörungen sowie von Muskeln betreffenden Störungen und Delir minimiert.

Das Progressa Bettsystem ist somit nicht nur ein Bett, sondern vielmehr der nahtlos integrierte, verlängerte Arm des Pflegepersonals.

Außerdem ist das Progressa Bettsystem so flexibel ausgeführt, dass es ganz nach Bedarf konfiguriert, erweitert und an Ihre sich ändernden Bedürfnisse angepasst werden kann.

Progressa ermöglicht es, eine frühzeitige Mobilisation effektiver in die Praxis umzusetzen und trägt so dazu bei, Komplikationsrisiken auf Intensivstationen zu verringern – eine wesentliche Erleichterung für den Patienten, seine Angehörigen und nicht zuletzt für das Pflegepersonal.

Rechts: Mark Verhagen, *Intensivpflegekraft*
Links: Pieter Vaes, *Intensivpflegekraft*
St. Elisabeth Hospital – Tilburg, Niederlande

Das Progressa™ Bettsystem bietet eine Reihe an Therapieauflagen:

Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte den Technischen Spezifikationen.

Progressa™ Prevention
(nicht-energetisches Auflagesystem)

Progressa™ Therapy
(luftbetriebenes Therapieauflagesystem)

Progressa™ Pulmonary
(luftbetriebenes Therapieauflagesystem)

Effizienz

IntelliDrive™-Transportsystem*
Eine einzige Pflegekraft kann das Bett mittels präziser Stopp- und Drehsteuerung sicher und unkompliziert bewegen.

Grafische Benutzerober-fläche für das Pflegepersonal
Die innovative, grafische Benutzeroberfläche für die Pflegekraft sorgt für ein Plus an Arbeitsergonomie und kann zudem vorprogrammiert oder therapiebezogen angepasst werden.

HandsFree®-CPR-Steuerung
Die Steuerung mit Fußbedienung senkt die Kopf- und Kniestütze ab und erhöht die Fußstütze – bequem in einem Schritt.

Seitliche Ausstiegshilfe
Ermöglicht den Patienten im Rahmen des Progressive Mobility-Programms zu sitzen.

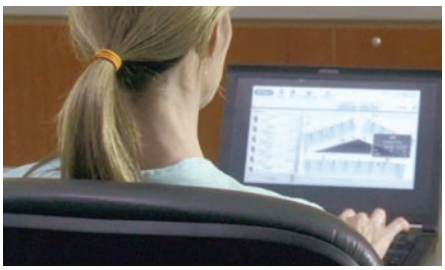
Sicherheit

Oberkörperhochlagerung- Alarm
Sofortige Alarmierung bei einer Oberkörperhochlagerung mit einem Winkel von weniger als 30 bzw. 45 Grad.

Obstacle Detect™-System
Verhindert das Absenken und erhöht das Bett automatisch bei Erkennung eines Hindernisses zwischen Grundgestell und oberem Rahmen.

Bettausstiegsalarm in 3 Stufen
Drei Alarmstufen in Abhängigkeit vom Zustand des Patienten – für das Plus an Patientensicherheit.

Konnektivität



The Hill-Rom Progressa Bed System offers built-in capabilities for connecting to a remote nurse station** for the transmission of information.

This includes:

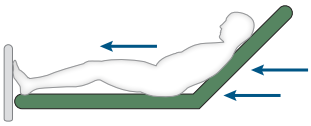
- Remotely transmitting bed exit alerts
- Nurse call alerts

* Optional erhältlich
** Dependent on model selected, geographical market and healthcare facility

Die Verlegung von Patienten ist eine körperlich anstrengende und zeitintensive Aufgabe, durch die Pflegekräfte zugleich dem hohen Risiko von Verletzungen des Bewegungsapparates ausgesetzt werden [21, 22]

Die StayInPlace Technologie ist ausschließlich mit dem Progressa Bettsystem erhältlich

Ohne StayInPlace-Technologie kann aufgrund des Winkels der Oberkörperhochlagerung Druck auf den unteren Rückenbereich des Patienten ausgeübt werden, was zu einer Verlagerung in Richtung Fußende des Bettes führen kann.

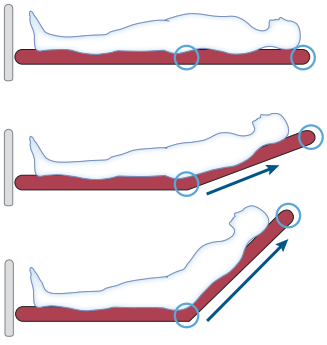


Dank StayInPlace Technologie des Progressa Bettsystems „verlängern" sich Rahmen und Auflage bei Hochstellung der Rückenlehne automatisch.

Eine wichtige Innovation: StayInPlace ist eine bahnbrechende Technologie, die Patienten dabei unterstützt, eine optimale Position einzuhalten, um die Bewegung zum Fußende des Bettes einzuschränken und die somit dafür sorgt, dass diese seltener repositioniert werden müssen. Durch die dynamische Anpassung an die Oberkörperhochlagerung des Patienten unterstützt die Entwicklung der StayInPlace-Technologie dabei, die durch das Anheben von Patienten entstehende Belastung für die Pflegenden zu reduzieren. Hierdurch können Rückenverletzungen der Pflegekräfte sowie unnötige, umlagerungsbedingte Schmerzen für den Patienten vermieden werden. Zugleich verringert die StayInPlace-Funktion das Risiko von Dekubiti.

StayInPlace

- Wurde entwickelt, um die Bewegung von Patienten zum Fußende des Bettes einzuschränken und somit die Notwendigkeit zur Umlagerung von Patienten zu verringern.
- Passt sich automatisch dem Winkel der Oberkörperhochlagerung des Patienten an.
- Reduziert die durch das Heben von Patienten entstehende Belastung des Pflegepersonals sowie das Risiko von Dekubiti.
- Kann aufgrund der deutlich minimierten Notwendigkeit zur Repositionierung von Patienten den pflegerischen Arbeitsaufwand reduzieren.



Die StayInPlace-Technologie ist in einer flachen Position des Patienten nicht aktiviert (z.B. Bauch- und Rückenlage).

Bei einer Hochstellung der Rückenlehne erhöht die StayInPlace -Technologie die Auflagefläche des Oberkörpers des Patienten.

Die StayInPlace-Technologie verlängert gleichzeitig die Kopfteile des Rahmens und der Therapieauflage und passt das System somit an die natürliche Verlängerung des Körpers beim aufrechten Sitzen an.

„Die StayInPlace-Technologie ist zweifelsohne einer der größten Vorteile dieses Systems. Selbst beim Hochstellen des Bettes verbleibt der Patient darin sicher, komfortabel und ohne Verrutschen in seiner Position – und das ohne Auflagedruck am Rücken."

Höchste Flexibilität für die Anforderungen sämtlicher Intensivpflege-Umgebungen

Das Progressa Bettsystem ist die einzige verfügbare Bettsystemlösung für Intensivstationen, die dank ihrer Erweiterbarkeit und Konfigurierbarkeit jeglichen Anforderungen von Intensivpatienten in unterschiedlichen Intensivpflege-Umgebungen gerecht wird.

So kann das Progressa Bettsystem individuell konfiguriert und erweitert werden, um den unterschiedlichen Anforderungen in einem Krankenhaus gerecht zu werden, und bietet dabei stets ein ausgezeichnetes Benutzererlebnis. Die Inanspruchnahme eines EINZIGEN Anbieters und die damit einhergehende Senkung der Wartungs-, Ersatzteil- und Schulungskosten führt zu niedrigeren Gesamtbetriebskosten.

Das Progressa Bettsystem kann flexibel gemäß ihren heutigen Anforderungen ausgeführt und an jegliche Anforderungen angepasst werden.

- Je nach Bedarf und Budget erweiterbar bzw. konfigurierbar
- EIN Anbieter sorgt für geringere Wartungs- und Schulungskosten und führt damit zu einer einfacheren Verwaltung der Gesamtbetriebskosten

Innovative und einzigartige Funktionen für eine sichere Mobilisation von Intensivpatienten

Eine frühzeitige Mobilisation trägt erwiesenermaßen zu besseren klinischen Ergebnissen bei und verringert die Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation. Dank der einzigartigen Funktionen des Progressa Bettsystem kann das Pflegepersonal Intensivpatienten effektiv dabei unterstützen, das Bett aus der liegenden Position heraus häufiger und auf gefahrlose Weise eigenständig zu verlassen – und das in jeder Phase und Stufe.[15–16]

Durch das Progressa Bettsystem wird klinische Effizienz ermöglicht:

- Erleichtert die einzelnen Schritte der progressiven Mobilisation bei Patienten jeglicher Verfassung und Toleranz
- Leistet einen signifikanten Beitrag zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation
- Fördert die progressive Mobilisation bei gleichzeitiger Risikominimierung von unerwünschten Ereignissen (wie z. B. Dislokation des Gefäßzugangs)
- Verkürzt die Zeitspanne bis zum erstmaligen Verlassen des Bettes

Volle Kontrolle und Unterstützung durch das Progressive Mobility-Programm

Das Progressa Bettsystem, das in enger Zusammenarbeit mit Pflegekräften entwickelt wurde, unterstützt die Einhaltung von Sicherheitsprotokollen und den Protokollen des Progressive Mobility-Programms. Es verleiht dem Pflegepersonal somit volle Kontrolle – für mehr Sicherheit, bessere Integration und optimierte Arbeitsabläufe.

Die Möglichkeit zur Integration mit anderen Systemen ermöglicht es den Pflegekräften, ihren Dokumentationsanforderungen bequem und bettseitig nachzukommen.

- Zeitnahe, bettseitige Dokumentation
- Weniger dokumentationsbedingte Fehler

Hill-Rom ist ein weltweit führendes Medizintechnik-Unternehmen, das mehr als 10.000 Angestellte auf der ganzen Welt beschäftigt. Gemeinsam mit Gesundheitsanbietern in über 100 Ländern und in allen Bereichen des Gesundheitswesens konzentrieren wir uns auf Versorgungslösungen zur Verbesserung der klinischen und wirtschaftlichen Ergebnisse in fünf Kernbereichen: **Förderung von Mobilität, Wundversorgung und -vorbeugung, Patientenüberwachung und Diagnostik, Sicherheit und Effizienz in der Chirurgie und Atemwegsgesundheit.** Die Menschen, Produkte und Programme von Hill-Rom verfolgen nur ein Ziel: Jeden Tag rund um die Welt optimieren wir die Ergebnisse für Patienten und ihre Pflegekräfte.

mobility is life™

Hill-Rom lebt das Mobility is Life™-Konzept, das durch eine frühzeitige Mobilisation und die Förderung der Eigenständigkeit von Patienten wesentlich zu deren Lebensqualität beiträgt – im Krankenhaus sowie in ihrer gewohnten Umgebung.

Das Progressa-Bett kann in einer Vielzahl an Umgebungen eingesetzt werden. Zu diesen zählen unter anderem die Akut- und Intensivpflege, die Überwachungs- und progressive Pflege, die medizinische/chirurgische, intensivmedizinische subakute Versorgung, die Aufwachstation nach der Anästhesie und Bereiche der Notfallabteilung.
Medizinprodukt (93/42/EWG): Klasse Im,
Klasse IIa Therapieauflagen Therapy und Pulmonary Benannte Stelle: Polskie Centrum Badan I Certyfikacji S.A. (PCBC) CE1434
Waagen-Klassifizierung (EN 45501): Klasse III
Hersteller: Hill-Rom Holdings, Inc. – 1069 State Route 46 East – Batesville, IN 47006 – USA
EU-Vertretung: Hill-Rom S.A.S. – BP 14 Zi du Talhouët 56330 Pluvigner, Frankreich

Dieses Medizinprodukt unterliegt gesetzlichen Bestimmungen und ist dementsprechend mit dem CE-Zeichen versehen. Hill-Rom empfiehlt, die umfassenden Begleitdokumentationen der Medizinprodukte zu deren sicheren und ordnungsgemäßen Gebrauch sorgfältig durchzulesen. Für den ordnungsgemäßen Gebrauch und die Wartung dieser Medizinprodukte ist das Personal der Gesundheits- bzw. Pflegeeinrichtungen verantwortlich.

Hill-Rom behält sich das Recht vor, ohne Ankündigung Änderungen an Design, Spezifikationen und Modellen vorzunehmen. Die einzige Garantie von Hill-Rom ist die ausdrückliche schriftliche Garantie, die sich auf den Kauf oder die Vermietung der Produkte bezieht.

©2019 Hill-Rom Services, Inc. ALLE RECHTE VORBEHALTEN.
Dok.-Nr.: 5DE126301-04, 14 October 2019

Nicht alle Produkte/Optionen sind in allen Ländern verfügbar. Weitere Information zu diesem Produkt bzw. Services erhalten Sie bei Ihrem Hill-Rom Ansprechpartner vor Ort oder auf unserer Website:

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®