

Ontworpen door verpleegkundigen
voor verpleegkundigen

UITGEBREIDE MONDHYGIËNE MET BEHULP VAN MONDZOR GKITS - EEN KOSTENBESPARENDE MANIER OM INFECTIES VAN DE ONDERSTE LUCHTWEGEN TE VOORKOMEN

Kolonisatie van bacteriën in de orofarynx is een van de oorzaken van infecties van de onderste luchtwegen

- Maatregelen voor een goede mondhygiëne helpen het aantal gekoloniseerde bacteriën in de mond te verminderen en voorkomen de verspreiding van de infectie van de mondholte naar de onderste luchtwegen.^{1,2}
- VAP-pathogenen koloniseren in het mondslijmvlies en de tandplaque van mechanisch beademde patiënten.^{1,4,5}

Belangrijke feiten over VAP:

- Meestvoorkomende zorginfectie op de intensive care⁵ met een prevalentie van 9-27% onder beademde ic-patiënten.^{6,7,8}
- Sterftecijfer door VAP: tussen 7 en 30%⁹; extra kosten: € 16.000-33.000 per besmette patiënt¹⁰; en tot wel 14 dagen langer ziekenhuisverblijf.¹¹

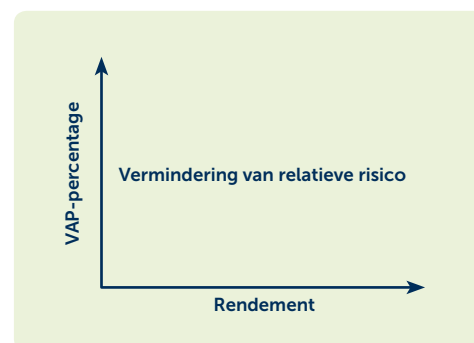


Mondzorgkits verminderen VAP en leiden tot kostenbesparingen¹²

- Uit een casestudy onder patiënten van het Royal Preston Hospital kwam naar voren dat na het gebruik van HALYARD* Mondzorgkits het percentage VAP-infecties was afgenomen van 19,8 VAP-dagen per 1000 beademingsdagen in het 4^e kwartaal van 2010 naar 13,7 VAP-dagen per 1000 beademingsdagen in het 4^e kwartaal van 2011; een afname van 31%.¹²
- Verminderd gebruik van antibiotica en een korter verblijf op de intensive care leidt tot aanzienlijke kostenbesparingen.¹⁴

Bepalen van het rendement van nieuwe maatregelen ter preventie van VAP

Om ziekenhuizen te helpen het rendement te bepalen van een nieuw hulpmiddel of een nieuwe maatregel in een VAP-preventieprogramma, is een kostenmodel ontwikkeld dat gebaseerd is op twee hoofdpunten¹³:



Op basis van het VAP-percentage en de vermindering van het relatieve risico toont het model het extra geld dat op basis van kostenneutraliteit kan worden besteed aan maatregelen ter preventie van VAP, zoals nieuwe hulpmiddelen.

Rendement van een maatregel op basis van VAP-percentage en vermindering van het relatieve risico²

VAP-PERCENTAGE	VERMINDERING VAN RELATIEVE RISICO									
	5%	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
1%	7	14	21	28	35	42	49	56	63	70
2%	14	28	42	56	70	84	98	112	126	140
4%	28	56	84	112	140	168	196	224	252	280
6%	42	84	126	168	210	252	294	336	378	420
8%	56	112	168	224	280	336	392	448	504	560
10%	70	140	210	280	350	420	490	560	630	700
15%	105	210	315	420	525	630	735	840	945	1,050
20%	140	280	420	560	700	840	980	1,120	1,260	1,400

De bedragen (€) verwijzen naar het gemiddelde extra bedrag dat, uitgaand van kostenneutraliteit op basis van een VAP-kostenpost van € 14.000, aan een maatregel kan worden besteed, per 10 dagen mechanische beademing. VAP, beademingsgerelateerde pneumonie.

Hoe kunnen mondzorgkits bijdragen aan verbetering van de patiëntresultaten en vermindering van de kosten op de intensive care?

Een praktisch voorbeeld van een berekening voor een intensive care die HALYARD* Mondzorgkits introduceert:

- Huidig VAP-percentage = 4%
- Vermindering van VAP door de introductie van HALYARD* Mondzorgkits = 30%¹³
- Extra investering in mondzorgkits, bij kostenneutraliteit = € 150 per 10 dagen mechanische beademing = € 15 per dag

HALYARD* Mondzorgkits: mondhygiëne van hoge kwaliteit

Verbeterde patiëntresultaten¹⁴

- Lager VAP-percentage
- Korter ziekenhuisverblijf
- Verminderd gebruik van antibiotica

Hogere efficiëntie¹⁴

- Kortere opstellingstijd dus tijdsbesparing
- Gestandaardiseerde en gebruiksvriendelijke componenten
- Meer gemak en hygiëne bij het verwijderen van secreties met de innovatieve zelfreinigende omhulde Yankhauer

Betere naleving van mondzorgprotocollen

- Garandeert praktijkstandaardisatie
- Consistente mondzorg van dezelfde hoge kwaliteit door alle verpleegkundigen
- Snelle visuele beoordeling van de naleving van mondzorgprotocollen



1. Senol G1, Kirakli C, Halliçolar H. In vitro antibacterial activities of oral care products against ventilator-associated pneumonia pathogens; Am J Infect Control. 2007 Oct;35(8):531-5. 2. Abidis, RF. Oral care in the intensive care unit: A review. J. Contemp Dent Pract 2007 January;18(1):076-082. 3. O'Keefe-McCarthy S. Evidence-based nursing strategies to prevent ventilator-acquired pneumonia. Dynamics, The Official Journal of the Canadian Association of Critical Care Nurses. Spring 2006 Vol. 17, Number 1. 4. Panknin HT. Prevention of ventilator-associated pneumonia: review of national and international guidelines. Pflege Z 2006 Aug;59(8):suppl 2-8. 5. Vincent et al. sepsis in european intensive care units: Results of the SOP study. Critical care medicine 2006. 6. Ibrahim et al. the occurrence of ventilator associated pneumonia in a community hospital* Risk factors and clinical outcomes CHEST August 2001 vol. 120 no.2. 7. Craven DE, Steger KA. Nosocomial pneumonia in mechanically ventilated adult patients; epidemiology and revention in 1996. Semin Respir Infect. 1996. 8. Rello J et al. Epidemiology and outcomes of VAP in large US database. CHEST 2002. 9. Report on the burden of Endemic Health care associated infections worldwide. 10. Bercault, N., & Boulain, T. (2001). Mortality rate attributable to ventilator-associated nosocomial pneumonia in an adult intensive care unit: A prospective case-control study. Crit Care Med, 29(12), 2303. (The exchange rate applied for \$ to € conversion is \$ 1.4 = € 1). 11. Eber et al. Arch Intern Med 2010;170:347-53. 12. Case Study report on the usage KimVent* Oral Care kits from Royal Preston Hospital, UK. 13. Wyncoll D, Camporota L: Number needed to treat and cost-effectiveness in the prevention of ventilator-associated pneumonia. Critical Care 2012, 16:430. 14. Pivkina et al; Impact of efficient Oral Care on pathophysiological mechanisms of developing Ventilator associated Pneumonia; Clinical Pathophysiology, vol. 3/2014, pages 53-57.(Article in Russian).

Stuur voor meer informatie een e-mail naar customerservice.bnl@hyh.com of ga naar www.halyardhealth.nl.

