

Goed gebruik transferhulpmiddelen

In dit artikel gaan we in op het goed gebruiken van transferhulpmiddelen om het aantal klachten van het bewegingsapparaat bij zorgverleners terug te dringen. Landelijk wordt dit onder andere ondersteund door het invoeren van de Praktijkrichtlijnen, het transferprotocol, het denken in mobiliteitsklassen, transferhandboeken en de ruim 10.000 ErgoCoaches die naast hun gewone zorgtaken het aandachtsveld 'ergonomie' hebben. Deze maatregelen zijn terug te vinden in de arbocatalogi van de diverse branches. We werken hierna twee technieken in detail uit (het aanbrengen van de sling en de transfer van lig naar zit met een passieve tillift).

GEZONDE GRENZEN

Het toepassen van de juiste transferhulpmiddelen en de juiste transfertechniek is essentieel om fysieke belasting van zorgverleners binnen acceptabele, gezondheidkundige grenzen te houden. We kunnen op deze manier klachten van het bewegingsapparaat, verzuim en arbeidsongeschiktheid voorkomen. Nu uit onderzoek blijkt dat er in 2025 bij ongewijzigd beleid maar voor 60% van de cliënten volledige zorg beschikbaar is (of dat er dan nog maar 60% zorg voorhanden is voor alle cliënten), is zuinig zijn op het nu beschikbare personeel een absolute prioriteit.¹ Gelukkig wordt dit ook door de sociale partners herkend. Na de arboconvenanten zijn er nu de arbocatalogi die zorginstellingen helpen om een structureel beleid te voeren om klachten van het bewegingsapparaat van hun medewerkers te voorkomen. Als handen en voeten van dit beleid zien we steeds vaker de zogeheten ErgoCoaches: 'gewone' zorgverleners die

NICO KNIBBE EN HANNEKE KNIBBE

zijn bewegingswetenschappers en daarnaast resp. voorlichtingskundige en fysiotherapeut. Beiden zijn werkzaam bij onderzoeks- en adviesbureau LOCOmotion.

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel:

- weet u wat op landelijk niveau de theoretische achtergronden zijn van ergonomisch werken in de zorg;
- hebt u een goede indruk hoe dit in de praktijk uitgewerkt wordt;
- weet u waar u aanvullende informatie kunt vinden.

TREFWOORDEN

arboconvenant, arbocatalogus, transferhulpmiddel, praktijkrichtlijn, ErgoCoach, transferprotocol, mobiliteitsklassen, transfertraining, gebruikboekje, tiljuk, passieve tillift, sling

Praktijkrichtlijnen in het kort



Als de cliënt kan (gaan) staan maar steun nodig heeft, enigszins kan steunen op één of twee benen, de bedoeling begrijpt en geen schouderproblemen heeft dan is er een stalift of een vergelijkbaar opstahulpmiddel nodig.



Als de cliënt veel steun nodig heeft bij het uit de stoel of bed komen en niet of nauwelijks gewicht kan nemen op de benen en/of er zijn problemen met de schouders, dan is er een passieve tillift nodig.

Figuur 1 Praktijkrichtlijnen in het kort

naast hun zorgtaken een specialisme op het gebied van ergonomie hebben. Momenteel zijn er zorgbreed ruim 10.000 van deze zorgverleners geregistreerd.

PRAKTIJKRICHTLIJNEN

Een eerste pijler van de landelijke aanpak om de klachten van het bewegingsapparaat bij zorgverleners aan te pakken zijn de Praktijkrichtlijnen fysieke belasting. Deze richtlijnen geven precies aan wanneer een bepaalde handeling, bijvoorbeeld tillen, wassen op bed, of het aantrekken van steunkousen, te zwaar wordt. Met andere woorden, wanneer fysieke belasting overgaat in fysieke overbelasting. Wanneer dat laatste het geval is, geven de Praktijkrichtlijnen aan welk type (til)hulpmiddel er gebruikt moet worden. We schrijven met opzet 'moet', want de Arbeidsinspectie controleert de naleving ervan. De Praktijkrichtlijnen zijn opgesteld voor de GGZ, ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorginghuizen, thuiszorg, gehandicaptenzorg en de ambulancezorg. Hoewel er per branche detailverschillen zijn, is de kern hetzelfde (zie fig. 1). Meer informatie is te vinden in de op internet beschikbare arbocatalogi van de diverse branches of op www.ergocoaches.nl. Aan de bekendheid van deze Praktijkrichtlijnen moet met name 'aan het bed' nog het nodige worden gedaan. De meeste zorgverleners zijn niet in detail op de hoogte, of hebben slechts een vage notie van het bestaan daarvan.

TRANSFERPROTOCOLLEN IN ZORGDOSSIERS

Een tweede pijler van een effectief preventiebeleid fysieke belasting is het zogeheten transferprotocol (fig. 2).³ Op een transferprotocol staat per cliënt exact aangegeven hoe de transfers dienen te verlopen. In principe zou een dergelijk protocol standaard in elk zorgdossier moeten zitten. Afhankelijk van het type zorg (kortdurend, langdurend) wordt dit bij de opname ingevuld en regelmatig, bijvoorbeeld bij elke cliëntbespreking, langsgelopen. Bij de kortdurende zorg is een dergelijke procedure meestal niet zinvol. Daarom wordt er daar steeds vaker gewerkt met bijvoorbeeld standaard postoperatieve protocollen waarin ook de transfer-problematiek is verwerkt. Dit laatste type protocol is dus niet cliëntspecifiek maar aandoeningspecifiek. Het invullen van de transferprotocollen kunnen de zorgverleners zelf doen, eventueel met assistentie van een ErgoCoach of gespecialiseerde paramedici. Met een goed ingevuld transferprotocol worden zorgverleners tegen overbelasting beschermd en wordt de cliënt steeds op dezelfde, optimale wijze begeleid. De afspraken op basis van de Praktijkrichtlijnen zijn op deze manier teamafspraken geworden, waarin ook de afspraken met de cliënt en zijn of haar eventuele mantelzorger integraal verwerkt zijn. Ze zijn helder, concreet en toetsbaar. Deze eenduidigheid maakt het stap voor stap invoeren en bekrachtigen van de Praktijkrichtlijnen



Als de cliënt steun nodig heeft bij de transfers binnen de grenzen van het bed, daarbij zelf beperkt kan bewegen en/of zorg op bed nodig heeft, dan is altijd een elektrisch hoog-laag bed noodzakelijk en vaak ook een glijzeil of kleine hulpmiddelen (zoals een papegaai).



Als de cliënt hulp nodig heeft bij het aan- of uittrekken van steunkousen van drukklasse 2 of hoger, moet er een aan- en uitrek-hulpmiddel worden gebruikt. Een glad kousje voldoet niet.



Als de cliënt wondverzorging krijgt, zorg dan voor een goede werkhoogte (gebruik een wondverzorgingskrukje, hoog-laag douchestoel, elektrisch hoog-laag bed of een vergelijkbare oplossing).








Gebruik een in hoogte verstelbare douchestoel, of een vergelijkbare oplossing, als de cliënt zittend wordt gedoucht.

Kijk op www.arbocatalogusvvt.nl voor de complete versie van de Praktijkrichtlijnen.

Daar vindt u ook de Praktijkrichtlijnen voor medewerkers van de ondersteunende diensten.

KENMERKEN TRANSFERPROTOCOLLEN

- Ze concretiseren Praktijkrichtlijnen.
- Er is balans tussen kwaliteit van arbeid en kwaliteit van zorg.
- Past arboconvenant toe in elk zorgproces.
- Voor de cliënt is er duidelijkheid en eenduidigheid in het handelen.
- De cliënt heeft meer gelegenheid mee te werken.
- De cliënt wordt steeds op dezelfde vertrouwde wijze begeleid.
- Ze helpen vallen en ongelukken voorkomen.
- Er wordt (verplicht) stilgestaan bij elke (potentieel) fysiek zware handeling.
- Transferproblemen worden een teamprobleem.
- Invallers weten direct wat de bedoeling is als ze bij een cliënt zorg komen verlenen.
- Ze stimuleren bewustwording van risico's en opbouw van kennis in de organisatie.

Mobiliteitsklasse	Zelfstandig	Risico fysieke overbelasting	Cliënt actief?	Mobiliteit stimuleren gewenst?
	Ja	Nee	Ja	Ja
	Nee	Nee	Ja	Ja
	Nee	Ja	Ja	Ja
	Nee	Ja	Nee	Ja
	Nee	Ja	Nee	Nee

Figuur 2 Mobiliteitsklassen

gemakkelijker. Het transferprotocol vertaalt als het ware de Praktijkrichtlijnen naar de concrete situatie bij elke cliënt. Bijkomend voordeel is dat er steeds meer kennis en ervaring wordt opgebouwd in de teams. Er moet immers bewust nagedacht en overlegd worden over de optimale techniek. Er moet immers iets ingevuld worden en dat moet veilig zijn. Landelijke monitoring geeft aan dat het percentage verpleeg- en verzorgingshuizen dat gebruikmaakt van transferprotocollen is gestegen van 42 in 2001 naar 75 in 2007.²

MOBILITEITSKLASSEN

Een derde pijler is de verdeling van cliënten op basis van hun mobiliteit in vijf zogeheten mobiliteitsklassen. Bij het kiezen van het juiste hulpmiddel of de juiste transfertechniek is de mobiliteit van de cliënt zeer bepalend. Naarmate de cliënt minder kan, is er immers meer begeleiding nodig en neemt de kans op fysieke overbelasting van de zorgverlener toe. De achterliggende oorzaak van de verminderde mobiliteit (ms, reuma, Alzheimer, etc.) is hier minder van belang. Het gaat uiteindelijk om het resultaat van de aandoening: verminderde mobiliteit. De indeling van cliënten in de vijf mobiliteitsklassen is enerzijds gekoppeld aan gangbare indelingen voor de mobiliteit van cliënten en anderzijds aan de gezondheidskundige gevolgen daarvan voor de fysieke belasting van zorgverleners.⁴ Voor de basisindeling van de mobiliteitsklassen verwijzen we naar het schema in figuur 4, waarin de vijf elkaar uitsluitende categorieën zijn weergegeven. We lichten ze hierna kort toe.

BASISINDELING IN MOBILITEITSKLASSEN

- A. De cliënt is in staat om de handeling zelf uit te voeren, met of zonder het gebruik van hulpmiddelen of (speciale) aanpassingen.
- B. De cliënt is niet in staat om de handeling zelfstandig uit te voeren, maar de hulp die hierbij nodig is, brengt geen risico van fysieke overbelasting voor de zorgverlener met zich mee. De hulp kan bestaan uit aanwijzingen, maar ook uit bijvoorbeeld lichte hulp bij het opstaan. De hulp kan worden gegeven in combinatie met hulpmiddelen en/of aanpassingen (zoals een papegaai).
- C. De cliënt is niet in staat om de handeling zelfstandig uit te voeren. De hulp die hierbij nodig is, zou (zonder maatregelen) risico van fysieke overbelasting voor de zorgverlener met zich meebrengen. Het is nodig gebruik te maken van hulpmiddelen die de taak van de zorgverlener fysiek gezien aanvaardbaar maken door deze taak (deels) over te nemen. De cliënt kan hieraan wel zelf een fysieke bijdrage leveren. Meestal is die eigen bijdrage zeer gewenst, zowel voor de cliënt zelf als voor de zorgverlener. De hulp die nu gegeven wordt, is bijvoorbeeld de transfer met een actieve tillift of stalift.
- D. De cliënt is niet in staat om de handeling zelfstandig uit te voeren. De hulp die hierbij nodig is, brengt, zonder speciale maatregelen, risico van fysieke overbelasting voor de zorgverlener met zich mee. Het is nodig gebruik te maken van hulpmiddelen die de taak van de zorgverlener fysiek gezien aanvaardbaar maken door deze taak (deels) over te nemen.



ARBOCATALOGI

- voor de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg: www.arbocatalogusvvt.nl
- voor de ziekenhuizen: www.betermetarbo.nl
- voor de gehandicaptenzorg: www.profijtvanarbobeleid.nl
- voor de GGZ: www.arbocatalogusggz.nl

HANDBOEKEN

- Handboek Transfers (www.diligent.nu)
- Mol IM. Tillen in de thuiszorg. Maarssen: Elsevier, 2003
- Bente A van. Verplaatsingstechnieken. Hardenberg: Paraad uitgeverij, 2005
- Gebruiksboekje (www.goedgebruik.nl)

De cliënt kan hieraan zelf slechts een zeer beperkte of vrijwel geen fysieke bijdrage leveren. Toch blijft het van belang deze activiteit van de cliënt sterk te stimuleren. Dat is van belang voor zowel de cliënt als voor de zorgverlener. De hulp die nu gegeven wordt, is bijvoorbeeld de transfer met een passieve tillift. Daarbij worden medewerking en activiteit van de cliënt wel gestimuleerd. Het voorkomen van complicaties van immobiliteit (zoals contracturen of decubitus) is een aandachtspunt. Voor cliënten in de mobiliteitsklassen A t/m D is het stimuleren of onderhouden van mobiliteit van belang. Dit geldt niet voor categorie E.

- E. De cliënt is niet in staat om de handeling zelfstandig uit te voeren. De hulp die hierbij nodig is, brengt risico van fysieke overbelasting voor de zorgverlener met zich mee. Het is nodig gebruik te maken van hulpmiddelen die de taak van de zorgverlener fysiek gezien aanvaardbaar maken door deze over te nemen. Het stimuleren of onderhouden van mobiliteit is geen doelstelling. Het kan gaan om cliënten die terminaal zijn of zo moe dat het voor hen van belang is dat zij hun energie sparen om bijvoorbeeld bezoek te kunnen ontvangen of te lezen. Transfers vinden nu in veel gevallen plaats met behulp van een passieve tillift of een glijzeil. Daarbij wordt medewerking van de cliënt niet gestimuleerd. Het verlenen van optimale zorg en het voorkomen of beperken van de complicaties van immobiliteit, zoals decubitus, staan op de voorgrond.

EEN DAGDEEL SCHOLING

Met deze drie pijlers en de ruim 10.000 geregistreerde ErgoCoaches is een goede basis gelegd voor het op een verantwoorde manier gebruiken van transferhulpmiddelen in de zorg. Landelijke monitoringstudies laten ook zien dat het hulpmiddeleengebruik conform de Praktijkrichtlijnen daadwerkelijk toeneemt.² Dit betekent ook dat de blootstelling van zorgverleners aan fysieke overbelasting en de ongewenste gevolgen daarvan (klachten bewegingsapparaat) afnemen. Toch is er nog veel te winnen. Uiteindelijk draait het allemaal om consequent en goed gebruik van de transferhulpmiddelen en het uitvoeren van correcte manuele transfertechnieken. Training blijft daarom noodzakelijk. Informatie over de minimale hoeveelheid training is per branche te vinden in de diverse op internet geplaatste arbocatalogi (zie kader). Grofweg is de vuistregel dat elke zorgverlener minimaal één dagdeel per jaar scholing krijgt in het werken met transferhulpmiddelen en daarnaast één dagdeel per jaar in manuele transfertechnieken.

HANDBOEKEN

Ter ondersteuning van de trainingen zijn er handboeken beschikbaar (zie kader). Belangrijk is dat in deze boeken alleen technieken staan die veilig zijn. Met andere woorden, alle technieken voldoen aan de Praktijkrichtlijnen. Voor het gebruik van een aantal grote hulpmiddelen (bijvoorbeeld verrijdbare tilliften) is het essentieel de gebruiksaanwijzing van de leverancier bij de hand houden. Die kan namelijk afwijken van de meer algemene informatie in de handboeken. De gebruiksaanwijzing

heeft dan uiteraard voorrang boven de in de handboeken aangereikte kennis.

De gebruiksaanwijzingen van de leveranciers en de handboeken leveren een grote hoeveelheid kennis over het goed gebruiken van transferhulpmiddelen. Veel meer dan wat we in dit artikel kwijt kunnen. We moeten ons daarom beperken tot algemene tips (zie het kader met vijftien tips om hulpmiddelen goed te gebruiken) en twee voorbeelden van een uitgewerkte techniek.

TECHNIEK 1: HET AANLEGGEN VAN DE SLING VOOR EEN PASSIEVE LIFT

Cliënten in mobiliteitsklasse D of E worden conform de Praktijkrichtlijnen verplaatst met een passieve tillift. Een passieve tillift is een tillift waarbij de cliënt volledig wordt ondersteund tijdens de transfer. De cliënt 'hangt' in een tilmat, tilband of sling aan de tillift. Enige stafunctie is niet nodig. Passieve tilliften kunnen verrijdbaar zijn of aan het plafond zijn bevestigd. Belangrijke voordelen van het tweede type is dat er niet gemanoeuvreed hoeft te worden (dat kan zwaar zijn, bijvoorbeeld als de cliënt overgewicht heeft of als er een tapijt ligt) en dat er minder ruimte nodig is om veilig te kunnen werken. De techniek voor beide typen is echter ongeveer hetzelfde. We leggen eerst de sling aan (zie figuur 3a t/m c).¹



Figuur 3a

Zet het bed op de juiste hoogte en het bedrek aan de andere zijde omhoog. Controleer de maat van de sling en ga in schrede- of spreidstand staan. Steun tegen het bed. Vraag de cliënt van je af te kantelen. Leg de helft van de sling op de goede hoogte van het bed en stop de andere helft met je vlakke hand rustig onder de cliënt.

Oefen geen kracht uit en ga weer rechtop staan.



Figuur 3b

Sta nu in spreidstand goed gesteund tegen het bed. Laat de cliënt met je handen mee terug op zijn rug rollen, beweeg zelf mee, maar trek niet. Blijf niet in die houding staan of zet, als de handeling wat langer duurt, je knie in het bed. Doe het bedrek omhoog en loop om. 'Friemel' nu rustig de sling aan de andere zijde onder de cliënt vandaan of laat hem lichtjes de andere kant op kantelen.



Figuur 3c

Breng de lift dichterbij. Pas op voor het tiljuk en de haken van de lift. Haak de verste, bovenste clip aan. Daarna de andere bovenste clip. Controleer of ze goed vastzitten. Sjur niet. Laat zo nodig de arm van de lift verder zakken of het hoofdeinde van het bed omhoog komen. Plaats indien nodig een knie in het bed of steun af met je buik of bekken. Loop dan om kantel zo nodig het juk een beetje of laat de arm van de lift zakken en haak clip drie aan. Werk altijd dicht bij jezelf, loop dus om voor clip nummer vier. Sjur nooit aan de clips, controleer altijd of alles goed zit, ook door de arm van de tillift een stukje omhoog te laten komen voordat je verdergaat.

¹ Bron: *Het Gebruiksboekje. Goed gebruik van hulpmiddelen.* (www.goedgebruik.nl)

VIJFTIEN TIPS OM HULPMIDDELEN GOED TE GEBRUIKEN

1. Til niet. Volg altijd de Praktijkrichtlijnen en gebruik transferhulpmiddelen als de Praktijkrichtlijnen dat aangeven.
2. Zorg dat je goed getraind bent in het gebruik van de hulpmiddelen. Vraag hulp bij je ErgoCoach of leidinggevende als je je hierover onzeker voelt.
3. Volg altijd de afspraken in het transferprotocol in het zorgdossier en zorg dat die afspraken goed bijgehouden worden. Als je het niet eens bent met protocollaire afspraken, kaart dat aan bij je leidinggevende of ErgoCoach, maar ga nooit op eigen houtje een andere techniek toepassen.
4. Nodig de cliënt uit en stimuleer hem met je stem, uitleg en houding om zelf actief te zijn en op een veilige wijze te doen wat hij zelf kan. Oefen het gebruik van transferhulpmiddelen met de cliënt en geef hem de kans eraan te wennen.
5. Geef vóór elke handeling een heldere en concrete uitleg van datgene wat je van de cliënt verwacht en wat hij kan verwachten.
6. Zorg dat je de normale, natuurlijke of gebruikelijke manier van bewegen (bijv. zelf opstaan, omrollen etc.) goed kent en help de cliënt die ook te volgen.
7. Bereid de handeling goed voor. Dan kom je niet onnodig voor extra handelingen te staan en verloopt de handeling veiliger. Denk aan voldoende en veilige ruimte, een slimme volgorde en indeling, beweeg met de zwaartekracht mee en zet hulpmiddelen waarbij dat nodig is op de rem.
8. Voer handelingen altijd zo dicht mogelijk bij je lichaam uit en symmetrisch. Een korte lastarm scheelt veel belasting.
9. Voer handelingen nooit explosief uit, maar bouw de kracht rustig, liefst in drie tellen, op.
10. Duwen is voor je lichaam meestal beter dan trekken. Het verkleint de kans op pols- en nek/schouderblessures.
11. Rond de handeling goed af en voorkom dat de cliënt opnieuw hulp nodig heeft. Zorg dat de cliënt weet wat hij moet doen als hij opnieuw hulp nodig heeft. Voorkom bijvoorbeeld dat de cliënt onderuitzakt.
12. Werk niet met versleten of slecht onderhouden hulpmiddelen. Bij tilliften moet het onderhoud aan de lift en de sling/tilband in een logboekje zijn vastgelegd.
13. Houd altijd de gebruiksaanwijzing bij de hand en volg die. Deze gaat boven de beschrijving in dit boekje. Als er geen goede Nederlandstalige gebruiksaanwijzing is, zorg dan dat er één komt!
14. Modder nooit door als een techniek niet goed loopt of als je eraan twijfelt of je het wel goed doet. Vraag in dat geval advies aan je ErgoCoach, een collega, ergo- of fysiotherapeut of je leidinggevende.
15. Zorg goed voor jezelf! Een goede basisconditie en een uitgerust en fit lichaam helpen ook om veilig te werken en te zorgen. Alleen als je goed voor jezelf zorgt, kun je ook goed voor je cliënt zorgen!

TECHNIEK 2: VAN LIG NAAR ZIT MET EEN PASSIEVE LIFT

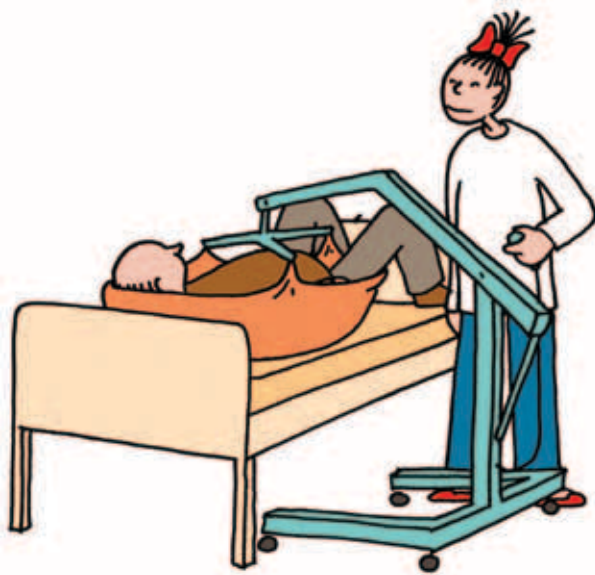
Nu de cliënt op de sling ligt en aan het juk is gehaakt, kan de transfer met de passieve tillift echt beginnen (zie fig. 4a t/m c).²

Figuur 4a

Vertel de cliënt wanneer de transfer gaat beginnen. Houd oogcontact. Laat de arm van de tillift iets omhoog komen en stel eventueel de sling bij (plooiën eruit). Laat de arm van de tillift verder omhoog komen en kantel zo nodig de cliënt door het juk te verstellen. Bij de daadwerkelijke transfer (door de lucht) is een liggende houding voor de cliënt vaak prettiger. De druk is dan beter verdeeld. Verrijd de tillift naar de (rol)stoel. Zorg ervoor dat die afstand zo klein mogelijk is.



² Bron: *Het Gebruiksboekje. Goed gebruik van hulpmiddelen.* (www.goedgebruik.nl)



Figuur 4b

Als je de lift boven de stoel hebt gebracht, kantel je het juk pas op het laatste moment naar een zittende houding. Op deze manier blijft de druk van de sling op de benen zolang mogelijk goed verdeeld. Houd steeds oogcontact en zorg ervoor dat de cliënt goed achter in de stoel komt. Beweeg daartoe het handvat van het juk rustig naar beneden. Je hoeft dan niet na te tillen.



Figuur 4c

Zet de rolstoel op de rem. Maak de sling los van het juk in de op de tekening aangegeven volgorde. Zorg dat (de haken van) de tillift de cliënt niet raken. Ga niet sjorren aan de sling. Laat de tillift zo nodig een beetje zakken of kantel het juk van de tillift iets. Daardoor ontstaat er meer speling en kun je de sling gemakkelijker

losmaken. Loop steeds om de tillift heen om de clip van de sling los te maken. Rijd tot slot de tillift weg.

ER IS MEER NODIG

De beide hiervoor uitgewerkte technieken zijn slechts enkele voorbeelden van veilige technieken die te vinden zijn in de diverse handboeken. Voor een adequate training is meer nodig. Het gaat dan om transfers binnen de grenzen van het bed (omhoog, zijwaarts, draaien), het tot zit komen, het plaatsen van de ondersteek, de transfers van zit naar zit (met en zonder hulpmiddelen, afhankelijk van de mobiliteitsklasse van de betreffende cliënt), het aan- en uitrekken van steunkousen, de lig-lig transfers en het manoeuvreren met bedden en tilliften. Het verdient aanbeveling de training in kleine stukjes op te knippen, deze kortere trainingen te spreiden over een langere periode en alleen technieken te trainen die relevant zijn voor het werk van de betreffende zorgverleners ('op maat'). In de nabije toekomst moet het mogelijk zijn om via e-coaching de eerste basisprincipes van ergonomisch werken aan te leren. Zo ver is het echter nog niet, ook zijn vaardigheden slechts zeer beperkt aan te leren via het beeldscherm. De rol van ErgoCoaches zal hoe dan ook belangrijk blijven. Met ondersteuning van de landelijke maatregelen, zoals het invoeren van de Praktijkrichtlijnen, het transferprotocol, het denken in mobiliteitsklassen en de transferhandboeken, blijkt het inderdaad mogelijk de bloostelling aan fysieke overbelasting te reduceren. En dat is hard nodig om de problematiek die als een snelgroeiende sneeuwbal op het zorgpersoneel afrolt (steeds meer moeten doen met steeds minder mensen) te kunnen ontwijken.

LITERATUUR

1. Mutsaers, H. Hoe denkt de gezondheidszorg over arbeidsbesparende technologie? Leiden: STG, HMF, 2008.
2. Knibbe JJ, Knibbe NE. Een hap uit een gegroeide olifant. Vierde monitoring fysieke belasting in verpleeg- en verzorgingshuizen. Bennekom: SOV&V, LOCOMotion, 2008.
3. Knibbe NE, Knibbe JJ. Transferprotocollen, hoe en wat? (www.arbocatalogusvvt.nl)
4. Knibbe JJ et al. Kleine hulpmiddelen, hulp aan bewoners en verzorgenden. Utrecht: Nivel, 2003.
5. Knibbe JJ, Knibbe Ne, Boomgaard J, Klaassen A, Mol I. Het Gebruiksboekje. Goed gebruik van hulpmiddelen. Bennekom: LOCOMotion, 2006.