



Wissenschaftliche Dokumentation

Deckenlifter

HABEN ERGONOMISCHE GRUNDSÄTZE HINSICHTLICH DER TECHNIKEN FÜR DEN PATIENTENTRANSFER AUSWIRKUNGEN AUF DIE ARBEITSBELASTUNG DES PFLEGEPERSONALS?

WORIN UNTERSCHIEDET SICH DIE ARBEITSBELASTUNG BEIM EINSATZ VON BODENLIFTERN IM VERGLEICH ZU DECKENLIFTERN?

BEEINFLUSST DIE INSTALLATION VON DECKENLIFTERN DAS VERLETZUNGSRISIKO VON PFLIEGEKRÄFTEN?

MIT WELCHEM ERTRAG IST WÄHREND DES INVESTITIONSZEITRAUMES ZU RECHNEN?

Physische Arbeitsbelastung beim Patiententransfer

Pflegekräfte sollten sowohl Hebetechiken als auch solche Techniken ausführen, die den Grundsätzen für das Arbeiten mit geeigneten Hilfsmitteln – mit und ohne Reibung – entsprechen. Gelingt dies, wird die Arbeitsbelastung optimiert (1, 2, 3).

Arbeitsbelastung beim Einsatz von Bodenliftern im Vergleich zu Deckenliftern

Beim Manövrieren eines Bodenlifters ist die Schnittstelle zwischen der Bodenoberfläche und den Rollen entscheidend für die Reibungskräfte zwischen den Rollen und dem Boden. Kleinere Rollen auf einer rauen Oberfläche wirken sich auf den unteren Rücken belastender aus als große Rollen auf einem glatten Boden. In allen Fällen ist die Belastung deckenmontierter Hebesysteme signifikant geringer (4).

Rückgang der Verletzungen bei Pflegekräften nach der Installation von Deckenliftern

Mehrere Studien bescheinigen Deckenliftern eine langfristige Effektivität aufgrund des reduzierten Verletzungsrisikos für das Personal (5, 6, 7). Sie zeigen einen Rückgang der Schadensersatzansprüche sowie der Zeitverluste nach der Implementierung der Deckentransfertechnik, der sich über drei Jahre nach der Intervention fortsetzt (6, 7).

Rentabilität

Die Installation einer deckenmontierten Hebetechologie kann innerhalb von drei Jahren nach der Intervention infolge geringerer Schadensersatzansprüche wirtschaftliche Gewinne einbringen (6).

Schlussfolgerung

Der schnelle wirtschaftliche Gewinn und die kontinuierliche Reduzierung der Häufigkeit und der Kosten von den durch Patiententransfer verursachten Verletzungen sprechen sehr für Deckenliftprogramme als Interventionsstrategie (6).

Quellenangaben:

1. Skotte JH, Essendrop M, Hansen AF, Schibye B. A dynamic 3D biomechanical evaluation of the load on the low back during different patient-handling tasks. *J Biomech* 2002; 35:1357-1366.
2. Schibye B, Hansen AF, Hye-Knudsen CT, et al. Biomechanical analysis of the effect of changing patient-handling technique. *Appl Ergon* 2003; 34:115-123.
3. Skotte JH and N. Fallentin. Low back injury risk during repositioning of patients in bed: the influence of handling technique, patient weight and disability. *Ergonomics*, Vol. 51, No. 7, July 2008, 1042-1052.
4. Marras WS, Knapik GG and Ferguson S. Lumbar spine forces during manoeuvring of ceiling-based and floor-based patient transfer devices. *Ergonomics*, vol. 52, No. 3, March 2009, 384-397
5. Andersen LL, Burdorf A, Fallentin N, et al. Patient transfers and assistive devices: prospective cohort study on the risk for occupational back injury among healthcare workers. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health* 2014; 40(1):74-81
6. Chhokar R, Engst C, Miller A, et al. The three-year economic benefits of a ceiling lift intervention aimed to reduce healthcare worker injuries. *Appl. Erg.* 36 (2005) 223-229.
7. Miller A, Engst C, Tate RB, et al. Evaluation of the effectiveness of portable ceiling lifts in a new long-term care facility. *Appl Erg* 37 (2006) 377-385.

Sie erreichen uns telefonisch
unter: +49 (0) 611 974 530
oder per Mail:
info@guldmann.de
www.guldmann.de

Guldmann™
CONSULTING