

8.5 Mustervorlagen

Fragebogen 1: Arbeitsbelastung

Qualifikation:

Alter:

Betriebszugehörigkeit:

Frage	Antwort
Wie hoch schätzen Sie die Arbeitsbelastung in Ihrem Pflegedienst ein?	sehr hoch hoch nicht so hoch gering
Wie hoch schätzen Sie Ihre persönliche Arbeitsbelastung ein?	sehr hoch hoch nicht so hoch gering
Unter welchen Arten von Arbeitsbelastungen leiden Sie?	körperliche Belastung psychische Belastung beides sonstige, und zwar:
Fühlen Sie sich durch Ihre Arbeit überlastet?	ja größtenteils teilweise nein
Sind Sie schon einmal wegen Überlastung krankgeschrieben worden? Wenn ja, wie lange?	ja, und zwar: nein
Leiden Sie aktuell an folgenden Beschwerden:	Rückenschmerzen Kopfschmerzen Niedergeschlagenheit Gereiztheit gastrointestinale Beschwerden Schlafstörungen Gelenkschmerzen dermatologische Beschwerden erhöhte Infektanfälligkeit
Haben Sie in der Vergangenheit an folgenden Beschwerden gelitten:	Rückenschmerzen Kopfschmerzen Niedergeschlagenheit Gereiztheit gastrointestinale Beschwerden Schlafstörungen Gelenkschmerzen dermatologische Beschwerden erhöhte Infektanfälligkeit

Fragebogen 2: Hilfsmittel vor Ort

Alter:

Qualifikation:

Betriebszugehörigkeit:

Frage	Antwort
Ist Ihnen bekannt, dass bei körperlich schwerer Pflegearbeit Hilfsmittel vor Ort eingesetzt werden können (Lifter, Badewannenlift etc.)?	ja nein
Gibt es in Ihrem Kundenstamm Klientinnen, bei denen derartige Hilfsmittel notwendig/sinnvoll sind?	ja nein
Wenn ja, befinden sich funktionstüchtige Hilfsmittel vor Ort?	ja nein
Sind Sie mit deren Handhabung vertraut?	ja größtenteils eher nicht nein
Nutzen Sie die vorhandenen Hilfsmittel bei jedem Einsatz?	ja nein
Falls nein, begründen Sie dies bitte kurz.	
Finden in Ihrem Pflegedienst Einführungen und Fortbildungen zur Anwendung von Hilfsmitteln statt?	ja größtenteils eher nicht nein
Würden Sie gern mehr über Handhabung/ Nutzung von Hilfsmitteln in der ambulanten Pflege erfahren?	ja nein
Falls ja, haben Sie konkrete Vorschläge?	

Fragebogen 3: Mitarbeitergespräche

Qualifikation:

Alter:

Betriebszugehörigkeit:

Frage	Antwort
Finden in Ihrem Pflegedienst regelmäßig Mitarbeitergespräche statt?	ja nein
Fühlen Sie sich bei diesen Gesprächen von Ihren Vorgesetzten ernst genommen?	ja größtenteils teilweise wenig nein
Ist der zeitliche Rahmen dieser Gespräche angemessen?	ja nein
Sind die räumlichen Gegebenheiten angemessen (z.B. ungestört)?	ja nein
Spricht Ihre Vorgesetzte Sie bei dem Gespräch auf Arbeits- bzw. Überbelastung an?	ja meistens teilweise manchmal nein
Werden Ihre Anliegen und Bedürfnisse, die Sie im Rahmen des Gespräches äußern, nachhaltig berücksichtigt?	ja größtenteils teilweise kaum nein
Können Sie im Rahmen dieser Gespräche übermäßige Arbeitsbelastung offen ansprechen?	ja meistens teilweise manchmal nein
Werden Sie von Ihren Vorgesetzten bei Überbelastung entlastet oder unterstützt?	ja größtenteils teilweise wenig nein
Werden die Gespräche protokolliert?	ja nein

Fragebogen 4: Rückmeldung Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen

Qualifikation:

Alter:

Betriebszugehörigkeit:

Titel der Veranstaltung:

Datum:

Referentin:

Ort:

Frage	Antwort
Wie hat Ihnen die Veranstaltung gefallen?	Sehr gut gut mittelmäßig schlecht sehr schlecht
Haben Sie das Gefühl, etwas gelernt zu haben, dass Sie bei der Arbeit umsetzen können? Wenn ja, was?	
War der zeitliche Rahmen angemessen?	ja nein
War der Veranstaltungsort angemessen?	ja nein
War das Lerntempo angemessen?	ja nein
War der Vortrag verständlich und interessant?	ja nein
Hat die Referentin einen kompetenten Eindruck auf Sie gemacht?	ja nein
Gab es genug Zeit für Fragen Ihrerseits?	ja nein
Haben Sie Anregungen für die Zukunft? Wenn ja, welche?	

Fragebogen 5: Betriebsklima

Qualifikation:

Alter:

Fragen	Antworten
Wie schätzen Sie das Betriebsklima in Ihrem Pflegedienst ein?	sehr gut gut mittelmäßig schlecht sehr schlecht
Gibt es in Ihrem Pflegedienst eine organisierte Mitarbeitervertretung/einen Betriebsrat?	ja nein
Können Sie sich bei Bedarf auf die Unterstützung durch Ihre Kolleginnen verlassen?	immer meistens manchmal selten nie
Können Sie sich bei Bedarf auf die Unterstützung durch Ihre Vorgesetzten verlassen?	immer meistens manchmal selten nie
Werden in Ihrem Pflegedienst die Bedürfnisse und die Interessen der Mitarbeiter berücksichtigt?	ja eher ja eher nein nein
Werden auftretende Konflikte konstruktiv gelöst?	ja eher ja eher nein nein
Wie wird seitens der Vorgesetzten und der Kolleginnen auf Fehler reagiert?	
Können Sie sich bei Überlastung an Ihre Vorgesetzte wenden?	ja eher ja eher nein nein
Besteht in Ihrem Pflegedienst ein gutes Zusammengehörigkeitsgefühl?	ja eher ja eher nein nein
Gibt es in Ihrem Pflegedienst Verfahren zur Erfassung von Arbeitsbelastung bzw. Überlastung, wenn ja, welche?	ja, und zwar: nein
Was könnte Ihrer Ansicht nach verbessert werden?	

Fragebogen 6: Altersngerechte Arbeitsorganisation

Qualifikation:

Alter:

Betriebszugehörigkeit:

Frage	Antwort
Haben Ihre Vorgesetzten ein Bewusstsein für die besonderen Bedürfnisse älterer Pflegekräfte (50+ Jahre)?	ja größtenteils teilweise wenig nein
Haben Ihre Kolleginnen ein Bewusstsein für die besonderen Bedürfnisse älterer Pflegekräfte (50+ Jahre)?	ja größtenteils teilweise wenig nein
Werden diese Bedürfnisse von Ihren Vorgesetzten bei der Arbeitsorganisation berücksichtigt?	ja nein
Wenn ja, wie sieht dies aus? Welche Regelungen gibt es?	
Werden diese Bedürfnisse von Ihren Kolleginnen berücksichtigt?	ja nein
Wenn ja, in welcher Form?	
Werden Erfahrungen und (Fach-)Wissen der Älteren in Ihrem Pflegedienst ernst genommen?	ja größtenteils teilweise wenig nein
Können ältere Pflegekräfte ihre Erfahrungen und ihr Wissen an jüngere Kolleginnen weitergeben?	ja nein
Wenn ja, in welcher Form?	
Was könnte Ihrer Ansicht nach verbessert werden?	

Protokollvorlage

Art der Sitzung:

Sitzungsort:

Datum:

Nächster Sitzungstermin:

Anwesende	Frau Frau Herr Herr . . .	Funktion/Arbeitsbereich
Themen	TOP 1 TOP 2 TOP 3 . . .	Ergebnisse/Beschlüsse
TOPs Bsp.: Gestaltung Pausenraum	Bearbeitet von... Frau X Herrn Y	Erledigt bis... Konkretes Datum

Statistikbogen Kranken- und Fehltage

Name	Alter	Qualifikation Einsatzbereich	Familienstand Kinder	Anzahl der Fehltage	Begründung (z.B. krank)

Muster Überlastungsanzeige

Direkte Vorgesetzte: _____

Anzeigende Pflegekraft: _____

zur weiteren Kenntnis an:

(Pflegedienstleitung)

(Geschäftsleitung)

(Betriebsrat/MAV)

Sehr geehrte (r) Frau/Herr....,

hiermit zeige ich die nachfolgend beschriebene Überlastung in meiner Tätigkeit an:

Die Überlastung wurde verursacht durch:

- o ungeplanten Personalausfall
- o Urlaub von Personal
- o einen akuten Notfall
- o erhöhten Arbeitsanfall
- o erschwerte Witterungs- und/oder Verkehrsbedingungen

Ich weise darauf hin, dass mögliche Fehler oder Mängel in meiner Tätigkeit aus der oben beschriebenen Überlastung resultieren und nicht von mir zu verantworten sind. Somit weise ich vorsorglich eventuelle Ansprüche auf Regress von Seiten Dritter wie auch arbeits- bzw. dienstrechtliche Sanktionsmaßnahmen zurück. Ich weise zudem darauf hin, dass ich im Falle weiter anhaltender Überlastung auch zukünftig Fehler bei der Erbringung meiner Arbeitsleistung nicht ausschließen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Muster Checkliste Kennzahlenprüfung Projektname/Projektgruppe

[illegible]