

Sehr geehrte Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialbereich!

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Erhebung! Mit diesem Fragebogen möchte die Arbeiterkammer Steiermark die aktuelle Situation in Ihrem Beruf erfahren. Die Ergebnisse sollen dazu dienen, dass die zuständigen Verantwortungsträger auch jene Schritte setzen, die eine nachhaltige **Verbesserung der Arbeitsbedingungen** bewirken.

Die Ergebnisse sind **völlig anonym**. Niemand wird erfahren, dass Sie an dieser Befragung teilgenommen haben. Die Auswertung der Daten erfolgt durch das unabhängige Unternehmen www.igsf.at

Sollten Sie **Fragen** haben, melden Sie sich bitte bei fragen@igsf.at

Das Ausfüllen dieses Fragebogens dauert ca. 30 Minuten. Vielen Dank für Ihre Zeit!

1. Angaben zu Ihrer Person

1.1. Alter

_____ Jahre

1.2. Geschlecht

- weiblich männlich
 divers

1.3. Haben Sie **minderjährige Kinder, Eltern oder Angehörige** zu versorgen oder zu pflegen?

- nein ja

1.4. In welchem **Bundesland** arbeiten Sie?

- Steiermark
 Tirol
 Anderes Bundesland

1.5. Wie viele **Wochenstunden** sind Sie **laut Dienstvertrag** beschäftigt?

_____ Stunden/Woche

1.6. Wie viele **Mehrleistungs- oder Überstunden** arbeiten Sie pro Monat?

_____ Stunden/Monat

1.7. **Würden** Sie gerne mehr Stunden beschäftigt sein?

- nein ja

1.8. **Warum** sind Sie nicht mehr Stunden angestellt?

- ich arbeite bereits Vollzeit
 ich will nicht mehr arbeiten
 Mein Betrieb ermöglicht es mir nicht
 Es ist mit meinen Kindern oder meiner Pflegearbeit nicht vereinbar
 Es gibt keine Dienstplansicherheit
 Ich arbeite sowieso schon viel mehr als ich angestellt bin
 Anderer Grund:

1.9. **Wie lange** arbeiten Sie schon in Ihrem **Beruf?** (Bitte auf volle Jahre runden)

_____ Jahre

1.10. **Arbeiten** Sie:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> in einem Krankenhaus | <input type="checkbox"/> in einem Kur- (Reha-) Zentrum |
| <input type="checkbox"/> in einem Pflegeheim | <input type="checkbox"/> in einer Behinderteneinrichtung |
| <input type="checkbox"/> in einer Arztpraxis | <input type="checkbox"/> in einem Institut (Ambulatorium, Labor etc.) |
| <input type="checkbox"/> in einem mobilen Dienst | <input type="checkbox"/> in etwas Anderem: |
| <input type="checkbox"/> im Krankentransport | |

1.11. **Ist ihr Arbeitgeber:**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Der Bund | <input type="checkbox"/> gewinnorientiert |
| <input type="checkbox"/> Das Land | <input type="checkbox"/> nicht gewinnorientiert oder gemeinnützig |
| <input type="checkbox"/> Eine Gemeinde | <input type="checkbox"/> ich weiß nicht |
| <input type="checkbox"/> Ein privates Unternehmen | |
| <input type="checkbox"/> Ein Verein / Träger | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

1.12. **Welcher Berufsgruppe** gehören Sie an?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger/innen | <input type="checkbox"/> Psychologe/Psychologin |
| <input type="checkbox"/> Pflegedienstleitung | <input type="checkbox"/> (Dipl.) Sozialarbeiterin |
| <input type="checkbox"/> Pflegefachassistent/in | <input type="checkbox"/> (Dipl.) Sozialpädagoge - Sozialpädagogin |
| <input type="checkbox"/> Pflegeassistent/in | <input type="checkbox"/> Dipl. Fachsozialbetreuer/in |
| <input type="checkbox"/> Hebammen | <input type="checkbox"/> Fachsozialbetreuer/in |
| <input type="checkbox"/> Medizinisch-technische Dienste | <input type="checkbox"/> Heimhilfe/Heimhelfer |
| <input type="checkbox"/> Medizinisch-technische Fachdienste | <input type="checkbox"/> Verwaltung |
| <input type="checkbox"/> Kardiotechniker/in | <input type="checkbox"/> Haustechnik, Küche, Reinigung, Wäsche |
| <input type="checkbox"/> Dipl. Operationstechnische/r Assistent/in | <input type="checkbox"/> (Zahn)ärztliche Assistent/in |
| <input type="checkbox"/> Medizinische Masseur/in, Heilmasseur/in | <input type="checkbox"/> Abteilungshilfe |
| <input type="checkbox"/> (Notfall) Sanitäter/in | <input type="checkbox"/> Alltagsbegleitung |
| <input type="checkbox"/> Medizinischer Assistenzberuf | <input type="checkbox"/> Seniorenbetreuer/in |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

1.13. Gibt es bei Ihnen einen **Betriebsrat?**

- nein ja ich weiß nicht

2. Arbeitsbedingungen

2.1 Wie **zufrieden** sind Sie mit Ihrer Arbeit insgesamt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr unzufrieden	unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden

2.2 Haben sich die **Arbeitsbedingungen** in den **letzten 10 Jahren**:

<input type="checkbox"/>				
verschlechtert	eher verschlechtert	gleich geblieben	eher verbessert	verbessert

2.3 Was waren die **wichtigsten Gründe** dafür?

2.4 In letzter Zeit wurden einige **gesetzliche Maßnahmen** getroffen, um die Gesamtsituation zu verbessern. Haben sich die Arbeitsbedingungen dadurch bei Ihnen:

<input type="checkbox"/>				
verschlechtert	eher verschlechtert	gleich geblieben	eher verbessert	verbessert

2.5 Haben Sie den **Pflegebonus / Pflegezuschuss** erhalten?

- nein ja ich weiß nicht

2.6 Finden Sie es fair, wie der **Pflegebonus / Pflegezuschuss** vergeben wurde?

- nein ja ich weiß nicht

2.7 Wenn nein, nennen Sie uns bitte Gründe dafür warum.

2.8 Haben Sie Anspruch auf die **Entlastungswoche**?

- nein ja ich weiß nicht

2.9 Konnten Sie diese konsumieren?

- nein ja

2.10 Finden Sie es fair, wie die **Entlastungswoche** geregelt wurde?

- nein ja ich weiß nicht

2.11 Wenn nein, nennen Sie uns bitte Gründe dafür warum.

2.12 Die folgenden Fragen betreffen die aktuelle Personalsituation

Aufgrund der aktuellen Personalsituation:	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie / fast nie
Werden wichtige Pflege- oder Betreuungstätigkeiten korrekt und ausreichend durchgeführt	<input type="checkbox"/>				
Kommt/kam es zu Gefährdungen von Klienten und Mitarbeiter/innen	<input type="checkbox"/>				
Wurden notwendige bzw. mögliche Gefährdungs- oder Überlastungsmeldungen gemacht	<input type="checkbox"/>				

Bleibt ausreichend Zeit für Gespräche mit den Klient/innen, Patient/innen	<input type="checkbox"/>				
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.13 Stellen Sie sich vor, Sie würden die **Rollen tauschen** und jetzt selbst Klient/in in Ihrem Betrieb sein. **Würden Sie gerne in Ihrem Betrieb versorgt werden?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf keinen Fall	eher nicht	eher schon	auf jeden Fall

2.14 Nennen Sie uns bitte Gründe dafür, warum:

3. Körperliche Beanspruchung

3.1 Wie hoch ist die **körperliche Beanspruchung** in Ihrer Arbeit?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr schwach	eher schwach	eher stark	sehr stark

3.2 Stehen in Ihrer Arbeit **Hilfsmittel** zur Verfügung, um die körperliche Beanspruchung zu verringern (z. B. Hebelifter, Aufstehhilfe, Rutschbrett etc.)?

- nein ja ich weiß nicht

3.3 Wenn Ja: Wie oft werden diese Hilfsmittel in der **täglichen Arbeit auch tatsächlich verwendet?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immer	Fast immer	Eher selten	Fast nie

3.4 Falls nein, **warum wird kein Hilfsmittel verwendet?**

4. Psychische Belastung

4.1 Persönliche Belastungen

	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie / fast nie
Wie oft fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft fühlen Sie sich körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft fühlen Sie sich emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft denken Sie sich: "Ich kann nicht mehr"	<input type="checkbox"/>				
Wie oft fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>				
Wie oft fühlen Sie sich schwach und anfällig für Krankheiten?	<input type="checkbox"/>				

4.2 Belastungen durch die Arbeit

	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie / fast nie
Ist Ihre Arbeit emotional erschöpfend?	<input type="checkbox"/>				
Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Arbeit ausgebrannt?	<input type="checkbox"/>				
Frustriert Sie Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
Fühlen Sie sich am Ende des Arbeitstages ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>				
Sind Sie morgens bei dem Gedanken an einen weiteren Arbeitstag erschöpft?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie das Gefühl, dass jede Arbeitsstunde für Sie anstrengend ist?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie während der Freizeit genug Energie für Familie und Freunde?	<input type="checkbox"/>				

4.3 Belastungen durch die **Patient/innen - Klient/innen**

	Immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie / fast nie
Finden Sie es schwierig, mit Kunden zu arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
Finden Sie es frustrierend, mit Kunden zu arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
Raubt Ihnen die Arbeit mit Kunden Ihre Energie?	<input type="checkbox"/>				
Haben Sie das Gefühl, dass Sie mehr geben, als Sie zurückbekommen, wenn Sie mit Kunden arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
Sind Sie es leid, mit Kunden zu arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
Fragen Sie sich manchmal, wie lange Sie noch in der Lage sein werden, mit Kunden zu arbeiten?	<input type="checkbox"/>				

4.4 Anerkennung der Arbeit

Geben Sie bitte an, ob diese Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht, und machen Sie gegebenenfalls Angaben darüber, wie sehr Sie ein Nichtzutreffen belastet:

Wenn ich an all meine erbrachten Leistungen denke, dann...	nicht angemessen	wenig angemessen	eher angemessen	angemessen
halte ich die Anerkennung, die ich von meinen Vorgesetzten dafür erhalte, für	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
halte ich die mir entgegengebrachte Anerkennung meines Betriebes für	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
halte ich die mir entgegengebrachte Anerkennung der Politik für	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
halte ich die mir entgegengebrachte Anerkennung der Gesellschaft für	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halte ich meine Entlohnung für				

5. Arbeitsorganisation

5.1 Belastung durch Arbeitsbedingungen

Wie sehr werden Sie durch diese Arbeitsbedingungen belastet?

	sehr schwach	eher schwach	eher stark	sehr stark	Kommt nicht vor
Lange Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>				
Spezielle Arbeitszeiten (Schicht, Wechsel, Nacht)	<input type="checkbox"/>				
Überstunden (Mehrleistungsstunden)	<input type="checkbox"/>				
Freizeit nicht planbar (fehlende Dientsplansicherheit)	<input type="checkbox"/>				
Einsatz von zu wenig Personal	<input type="checkbox"/>				
Bürokratie / Dokumentation	<input type="checkbox"/>				
Sprachprobleme mit Kolleg/innen	<input type="checkbox"/>				
Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren	<input type="checkbox"/>				
Keine Möglichkeit, Probleme mit Vorgesetzten zu klären	<input type="checkbox"/>				
Sexuelle Belästigung durch Kolleg:innen	<input type="checkbox"/>				
Familie und Beruf können nicht gut vereinbart werden	<input type="checkbox"/>				
Großer Zeitdruck bei der Arbeit	<input type="checkbox"/>				
Schlechtes Arbeitsklima	<input type="checkbox"/>				
Schlechter Führungsstil der Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>				
Unklare Arbeitsanweisungen	<input type="checkbox"/>				
Unterbrechungen durch technische Probleme (PC oder Handy funktioniert nicht)	<input type="checkbox"/>				
Unterbrechungen und Störungen durch Mitarbeitende	<input type="checkbox"/>				
Kurzfristiges Einspringen	<input type="checkbox"/>				
Keine Möglichkeit für vorgesehene Pausen	<input type="checkbox"/>				
Benachrichtigungen in der Freizeit (Tel., WhatsApp)	<input type="checkbox"/>				

6. Kontakt mit Klient/innen

6.1 Wie stark sind die Herausforderungen durch die folgenden Faktoren:

	sehr schwach	eher schwach	eher stark	sehr stark	Kommt nicht vor
Verbale Übergriffe durch Klient/innen	<input type="checkbox"/>				
Körperliche Übergriffe durch Klient/innen	<input type="checkbox"/>				
Sexuelle Belästigung durch Klient/innen	<input type="checkbox"/>				
Privatpatient/innen	<input type="checkbox"/>				
Angehörige	<input type="checkbox"/>				
Sprachbarriere	<input type="checkbox"/>				
“Fordernde” Klient/innen	<input type="checkbox"/>				
Komplexe Krankheitsbilder	<input type="checkbox"/>				

7. Persönliche Gesundheit

7.1 Sind Sie im letzten Jahr **krank arbeiten gegangen**? Wenn ja, wie oft?

_____ Mal

7.2 **Warum** gehen Sie **krank arbeiten**?

- ich möchte Klienten/Patienten nicht unversorgt lassen
- ich möchte meine Kolleg/innen nicht im Stich lassen
- wegen Druck durch meinen Arbeitgeber
- ich habe Angst, sonst meinen Job zu verlieren
- Ein anderer Grund:

7.3 Hat Ihre **Krankenstandshäufigkeit** seit der Corona-Pandemie:

- zugenommen
- abgenommen
- gleichgeblieben

7.4 Wie sehr treffen die **folgenden Aussagen** auf Sie zu?

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
Ich würde gerne in Altersteilzeit gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersteilzeit ist bei mir nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meinem Betrieb wäre Altersteilzeit grundsätzlich möglich, aber mein Arbeitgeber willigt nicht ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus gesundheitlichen Gründen werde ich es nicht schaffen, bis zur Pension zu arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgrund meiner Gesundheit bin ich gezwungen, so bald wie möglich meinen Pensionsantrag zu stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mir nicht vorstellen, Vollzeit bis zur Pension zu arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Zukunft

8.1 Wie wird es für Sie **in naher Zukunft** beruflich weitergehen? (Mehrfachantworten möglich)

- Ich werde im jetzigen Betrieb verbleiben
- Ich plane in einen anderen Betrieb in derselben Branche zu wechseln
- Ich werde mich in diesem Bereich weiterqualifizieren
- Ich plane den Gesundheits- und Sozialbereich zu verlassen
- Ich plane in Karenz (Eltern-, Bildungs- Pflegekarenz) zu gehen
- Ich werde bald in Pension gehen
- Ich weiß noch nicht

- Ich plane etwas anderes:

8.2 Werden sich die **Arbeitsbedingungen in der nahen Zukunft:**

<input type="checkbox"/>				
verschlechtern	eher verschlechtern	gleich bleiben	eher verbessern	verbessern

8.3 Wie oft denken Sie an einen Berufsausstieg?

- täglich wöchentlich monatlich jährliche nie

8.4 Nennen Sie uns bitte Gründe dafür.

9. Abschluss

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Fragebogen auszufüllen. Bitte geben Sie diesen Fragebogen in einem verschlossenen Kuvert direkt Ihrem Betriebsrat oder schicken Sie ihn an:

IGSF OG
Leechgasse 64/14
8010 Graz