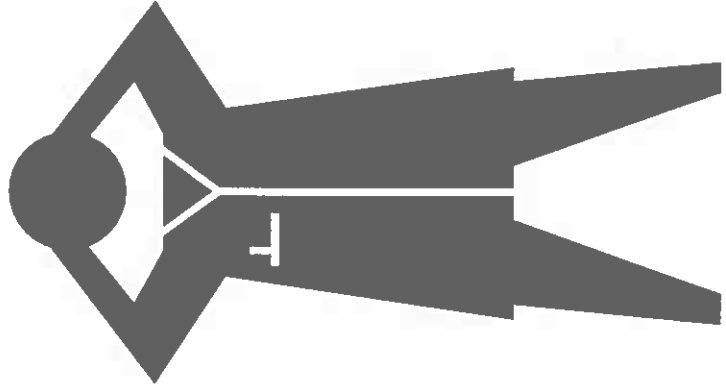
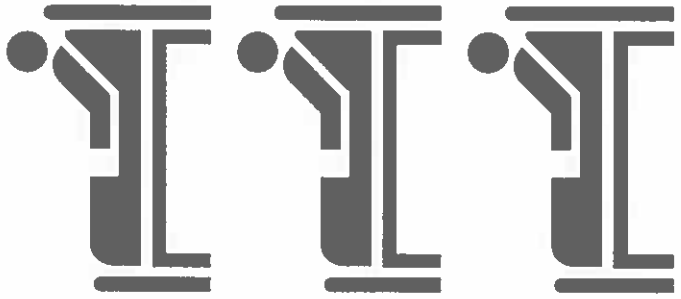


**DANGER**

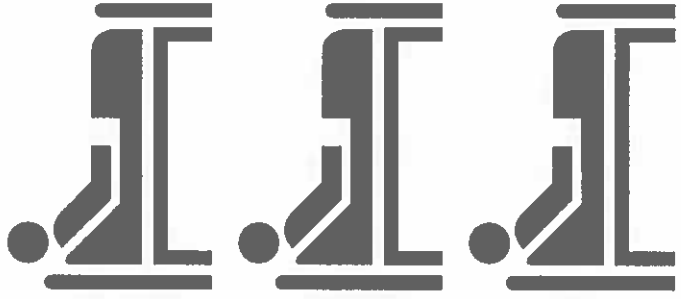
**WORKLOAD  
AVALANCHE**

**AVALANCHE  
DE TRAVAIL**

NBCNHU



CSFSNB





## **NBCNHU Workload Committee**

The NBCNHU Workload Committee is comprised of three (3) members - one member appointed from the Council Executive.

The committee's mandate is:

- Create awareness of workload issues amongst members, family members and community allies;
  - Ensuring that workload issues become a priority with employer and government;
  - The goal is to work towards eliminating injury and illness caused by overwork.
- 



## **Comité sur la charge de travail du CSFSNB**

Le Comité sur la charge de travail du CSFSNB est composé de trois (3) membres – un membre nommé siégeant au Comité exécutif du Conseil.

Mandat du comité:

- Sensibilisation auprès des membres, membres de la famille et alliés dans la collectivité quant aux questions reliées à la charge de travail;
- S'assurer que les questions reliées à la charge de travail deviennent une priorité pour l'employeur et le gouvernement;
- L'objectif visé - élimination des blessures et maladies causées par une surcharge de travail.



# WORKLOAD AMBASSADOR FORM



LOCAL \_\_\_\_\_

Date Submitted: \_\_\_\_\_

By: \_\_\_\_\_

## *Workload Ambassador*

Name: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Classification: \_\_\_\_\_

Department: \_\_\_\_\_

**Please return completed form to WORKLOAD COMMITTEE:**

E-mail: [nbcnhu-workload@bellaliant.net](mailto:nbcnhu-workload@bellaliant.net)

OR

Workload Committee  
340 Lowell Street  
Saint John, NB E2M-2H5



# FORMULAIRE POUR AMBASSADEUR/ AMBASSADRICE CHARGE DE TRAVAIL



SECTION LOCALE \_\_\_\_\_

Date soumis: \_\_\_\_\_

Par: \_\_\_\_\_

## *Ambassadeur/Ambassadrice de la charge de travail*

Nom: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Classification: \_\_\_\_\_

Département: \_\_\_\_\_

**Veillez retourner le formulaire complété au COMITÉ SUR LA CHARGE DE TRAVAIL à:**

Courriel: [nbcnhu-workload@bellaliant.net](mailto:nbcnhu-workload@bellaliant.net)

OU

Comité sur la charge de travail

340 Lowell Street

Saint John, NB E2M 2H5



**NBCNHU-CSFSNB**



## **Workload Committee**

Dear CUPE Member:

Workload is a serious issue in Nursing Homes. We have heard many stories from members about workload and the impact on our residents. Therefore, NBCNHU has decided to launch a workload committee to measure workload.

NBCNHU has selected the *Workload Form* to measure working conditions by capturing occurrences and contributing factors.

### **INSTRUCTIONS**

- Print clearly
- When you have completed the form, please provide it to your Workload Ambassador or where designated by local.

We urge you to fill out the Workload Tracking Form. They are the only way for us to objectively identify with certainty those areas that we need the employer/government to focus on to improve staffing levels.

The **Workload Committee** recommends each local to name a *Workload Ambassador* who will be responsible:

- To educate members on what constitutes as workload, and how to fill out the workload forms.
- To ensure that the forms are kept in confidentiality, and are collected and turned in to the president of their local.
- Local Executive will forward onto the workload committee at the address below.

***Your confidentiality is fully protected.***

The information you provide will be kept confidential. No personal names will be included in our reports. Our final report will only use cumulative information such as “65% of our members reported working short staffed.” We will use some stories from the forms/surveys but will make sure that no individuals can be identified.

If you have any questions, please contact:

[nbcnhu-workload@bellaliant.net](mailto:nbcnhu-workload@bellaliant.net)

Workload Committee

340 Lowell Street

Saint John N.B, E2M-2H5



**NBCNHU-CSFSNB**



## **Comité sur la charge de travail**

Chère/Cher membre du SCFP,

La charge de travail est une question importante dans le domaine des foyers de soins. Plusieurs membres nous ont fait part de leurs situations concernant la charge de travail et l'impact de celle-ci vis-à-vis les résidents. Alors, le CSFSNB a décidé de créer un Comité sur la charge de travail pour évaluer celle-ci.

Le CSFSNB a choisi de procéder avec le formulaire "*Charge de travail*" pour évaluer les conditions de travail en saisissant le nombre de cas et les facteurs contributifs.

### **INSTRUCTIONS**

- Imprimer lisiblement
- Une fois le formulaire complété, veuillez le donner à votre Ambassadeur/Ambassadrice de la charge de travail ou tel qu'indiqué par la section locale.

Nous vous invitons à compléter le formulaire de Suivi de la charge de travail. Il s'agit du seul moyen pour nous d'identifier impartialement et avec certitude les secteurs sur lesquels doivent se concentrer l'employeur/le gouvernement afin d'améliorer les niveaux de dotation du personnel.

Le **Comité sur la charge de travail** recommande qu'un *Ambassadeur/Ambassadrice de la charge de travail* soit nommé/e pour chaque section locale et il/elle devra:

- Éduquer les membres ce qu'est la charge de travail et comment compléter les formulaires sur la charge de travail;
- S'assurer que les formulaires demeurent confidentiels, qu'ils soient recueillis et remis au président/à la présidente de la section locale;
- Le Comité exécutif de la section locale fera parvenir le tout au Comité sur la charge de travail à l'adresse ci-dessous.

### ***Strictement confidentiel***

L'information fournie demeurera confidentielle et nul nom ne sera indiqué dans nos rapports. Notre rapport final ne fera mention que d'information globale telle "65% de nos membres ont indiqué qu'ils travaillaient alors qu'il y avait un manque de personnel". Nous utiliserons des situations contenues dans les formulaires/sondages mais nous vous assurons qu'aucune personne ne pourra être identifiée.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec:

[nbcnhu-workload@bellaliant.net](mailto:nbcnhu-workload@bellaliant.net)

Comité sur la charge de travail

340 Lowell Street

Saint John N.B, E2M-2H5



# NBCNHU WORKLOAD FORM

Date Submitted: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

## SECTION 1: GENERAL INFORMATION (Please Print)

Name(s) of Employee(s) Reporting: \_\_\_\_\_

Classification: \_\_\_\_\_

Department: \_\_\_\_\_

Date of Occurrence: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

- 7.5 Hr. Shift       11.25 Hr. Shift       \_\_ Hr. Shift  
 Day                       Evening                       Night

## SECTION 2: DETAILS OF OCCURRENCE/WORKING CONDITIONS

Provide a brief summary of the occurrence \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Check one  Is this an isolated incident?  An ongoing problem

\*If there was a shortage of staff at the time of the occurrence, (including support staff), please check one or all of the following that apply:

- Leaves/Vacation       Sick Call(s)       Vacancies



# NBCNHU WORKLOAD FORM



## SECTION 3: FACTORS CONTRIBUTING TO THE OCCURRENCE

Please check off the factor(s) you believe contributed to the workload issue, as applicable:

Change in patient acuity. Provide details:

\_\_\_\_\_

Number of Admissions \_\_\_\_\_ Number of Discharges \_\_\_\_\_

Lack of Equipment/Malfunctioning Equipment/Supplies. Please specify:

\_\_\_\_\_

Other: (Please specify)

\_\_\_\_\_

## SECTION 4: REMEDY

(A) At the time the workload issue occurred, did you discuss the issue with your supervisor?

Yes  No

Provide Details: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was it resolved?  Yes  No

(B) Did you discuss the issue with your manager (or designate) on her/his next working day?

Yes  No

Provide Details: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was it resolved?  Yes  No





# NBCNHU WORKLOAD FORM

## SECTION 5: RECOMMENDATIONS

Please check-off one or all the areas you believe should be addressed to prevent similar occurrences:

- In service
- Review staffing/patient ratio
- Change start/stop times of shift(s).  
Please specify:
- Adjust staffing
- Equipment (Please specify)
- Other:
- Additional training
- Review policies/procedures
- Change work routine/quotas
- Replace sick calls/vacations time

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SECTION 6: EMPLOYEE SIGNATURES

I/We do not believe the response adequately addresses our concerns.

Signature: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date Submitted: \_\_\_\_\_

Please return Workload Form to a member of your Executive



# Formulaire sur la Charge de travail CSFSNB

Date : \_\_\_\_\_

Section locale: \_\_\_\_\_

## SECTION 1 : INFORMATION GÉNÉRALE (imprimer svp)

Nom(s) de(s) employé(s) faisant le rapport : \_\_\_\_\_

Classification : \_\_\_\_\_

Département : \_\_\_\_\_

Date de l'événement : \_\_\_\_\_ Heure de l'événement : \_\_\_\_\_

Relai de 7,5 heures

Jour

Relai de 11,25 heures

Soirée

Relai de \_\_\_ heures

Nuit

## SECTION 2 : DÉTAILS DE L'INCIDENT / CONDITIONS DE TRAVAIL

Fournir une courte description de l'incident : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Cochez svp :  Est-ce un incident isolé ? OU  Une situation de longue durée ?

\*S'il existait un manque de personnel pendant l'incident en question (y inclut le personnel de soutien), veuillez cocher laquelle (lesquelles) s'applique(ent) :

Congés/vacances

Congé(s) de maladie

Poste(s) vacant(s)



# Formulaire sur la Charge de travail CSFSNB

## SECTION 3 : LES FAITS CONTRIBUANTS À L'INCIDENT

Veillez cocher le(s) facteur(s) que vous pensez ont contribué à la charge de travail, s'il y a lieu :

Modification de l'acuité du patient. Fournir les détails :

---

---

Le nombre d'admission \_\_\_\_\_ Le nombre de libération \_\_\_\_\_

Manque d'équipement / Défectuosité de l'équipement et/ou fournitures. Fournir les détails :

---

Autre : (prière de fournir des détails)

---

---

## SECTION 4 : RÉOLUTION

(A) Au moment où la charge de travail a commencé, est -ce que vous avez discuté avec votre superviseur(e)  Oui  Non

Fournir les détails : \_\_\_\_\_

---

Est-ce qu'il y a eu une résolution ?  Oui  Non

(B) Avez-vous discuté de l'incident avec le(la) superviseur(e) (ou personne désignée) lors de leur arrivée au travail ?  Oui  Non

Fournir les détails : \_\_\_\_\_

---

Est-ce qu'il y a eu une résolution ?  Oui  Non



# Formulaire sur la Charge de travail CSFSNB

## SECTION 5 : RECOMMANDATIONS

Cocher, s'il y a lieu, les questions vous pensez doivent être adressées pour éviter un événement semblable :

- Perfectionnement professionnel
  - Révision du rationnel personnel-patient
  - Modifier le début/arrêt des relais.
  - Formation additionnelle
  - Révision des politiques et procédures
  - Modifier le travail habituel / quota
- Prière de fournir les détails :

- Rajustement du personnel
- Équipement (prière de fournir les détails)
- Remplacement des congés de maladie et de vacances

- Autre :

## SECTION 6 : SIGNATURE(S) DE(S) L'EMPLOYÉ(ES)

Les mesures correctives ne répondent pas adéquatement à nos préoccupations.

Signature : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date soumise : \_\_\_\_\_

**Prière de retourner le Formulaire sur la Charge de travail à un membre de l'Exécutif de votre section locale.**