

Rehabilitacja i powrót do pracy: Raport z analizy dotyczący polityki, strategii i programów realizowanych w UE i w Państwach Członkowskich¹

Streszczenie

Niniejsze opracowanie² dotyczy analizy systemów rehabilitacji i powrotu do pracy w 28. Państwach Członkowskich Unii Europejskiej (UE) oraz czterech państwach Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (*European Free Trade Association*, EFTA). Analizuje również czynniki, jakie odgrywają rolę w rozwoju i wdrażaniu systemu rehabilitacji i powrotu do pracy. Określa ponadto liczbę elementów systemów rehabilitacji i powrotu do pracy w krajach europejskich, które mogłyby być uznane za skuteczne mierniki.

Systemy rehabilitacji pracowników chorych oraz tych, którzy ulegli wypadkowi, coraz częściej postrzegane są jako istotne elementy polityki krajowej w związku ze starzeniem się społeczeństwa. W latach 2002–2013 średnia długość życia w UE-28 wzrosła o 2,9 lat, z 77,7 do 80,6 (Eurostat, 2015a). Równolegle, proporcjonalnie znacznie wzrósł odsetek osób w wieku 55–64 lat do ogólnej liczby ludności w wieku produkcyjnym w latach 2000–2015 (z 16% do 20%) i oczekuje się, że w 2020 r. wyniesie on 21% (Fotakis i Peschner, 2015). Procesowi starzenia się populacji towarzyszy wyższe ryzyko rozwoju schorzeń przewlekłych, takich jak depresja, przewlekłe zapalenie oskrzeli, choroby układu krążenia i zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego. W 2013 r. 33,4% osób starszych (55–64 lat), zatrudnionych w UE-28, od dłuższego czasu cierpiało z powodu długotrwałych problemów zdrowotnych w porównaniu z 14,6% zatrudnionych osób w młodszym wieku (16–44 lat) (Eurostat, 2015b). To starzenie się populacji w wieku aktywności zawodowej w Europie w połączeniu z latami życia w zdrowiu i występowaniem chorób przewlekłych w starszych grupach wiekowych zmusza pracodawców i krajowe systemy

¹ Źródło: EU-OSHA – Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy

² Niniejszy raport stanowi część badań prowadzonych w celu wspierania trzyletniego projektu pilotażowego zainicjowanego przez Parlament Europejski i zarządzanego przez EU-OSHA w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP) pracowników w starszym wieku i rehabilitacji osób chorych oraz pracowników, którzy odnieśli obrażenia w wypadku na terenie Europy. Projekt ten ma na celu ocenę warunków dla wdrożenia strategii i systemów bezpieczeństwa i higieny pracy w obrębie poszczególnych Państw Członkowskich Unii Europejskiej w celu uwzględnienia starzejącej się siły roboczej i zapewnienia lepszej profilaktyki dla wszystkich pracowników przez cały okres ich życia zawodowego.

zabezpieczenia społecznego do poprawy zarządzania absencją chorobową i dostosowania miejsc pracy do chorób przewlekłych i umiarkowanej niepełnosprawności. Długotrwała nieobecność w pracy z powodu choroby często prowadzi do bezrobocia oraz jest głównym czynnikiem prognostycznym dla wszystkich rodzajów wyjścia z rynku pracy, włączając renty z tytułu niezdolności do pracy (OECD, 2010) i wcześniejsze emerytury (Aranki i Macchiarelli, 2013), co stanowi główne obciążenia finansowe dla Państw Członkowskich, pracodawców oraz społeczeństwa.

Ważne są działania mające na celu prewencję – czyli zapobieganie wystąpieniu choroby – zarówno w miejscu pracy (upowszechnienie przestrzegania zasad BHP – *occupational safety and health*, OSH), jak i poza nim (działania zdrowia publicznego), aczkolwiek w przypadku wystąpienia choroby ważna jest również rehabilitacja i powrót do pracy w celu uniknięcia lub zmniejszenia absencji chorobowej prowadzącej do niepełnosprawności (niezdolności do pracy).

Rehabilitacja – rozumiana jako proces odzyskiwania „optymalnych, fizycznych, sensorycznych, intelektualnych, psychologicznych i społecznych funkcji” (WHO, 2016) – składa się z: *rehabilitacji medycznej*, mającej na celu przywrócenie zdolności funkcjonalnych lub umysłowych oraz jakości życia osobom niepełnosprawnym fizycznie lub umysłowo, *rehabilitacji zawodowej*, mającej na celu umożliwienie osobom niepełnosprawnym fizycznie lub umysłowo pokonanie barier dostępu do pracy, jej utrzymania lub powrotu do zatrudnienia lub innej użytecznej pracy oraz z *rehabilitacji społecznej*, mającej na celu ułatwienie uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym. Niniejsza analiza dotyczy powiązań między tymi trzema rodzajami rehabilitacji, ale w szczególności skupia się na rehabilitacji zawodowej.

Powrót do pracy jest pojęciem obejmującym wszystkie procedury i inicjatywy mające na celu ułatwienie reintegracji w miejscu pracy osób, u których stwierdza się obniżoną zdolność do pracy lub wydajność, czy to z powodu inwalidztwa, choroby, czy ze względu na wiek (ISSA, 2013). Koncepcja powrotu do pracy dobrze wpisuje się w obecną sytuację polityczną utrzymania stabilności systemów zabezpieczenia społecznego, ograniczenia ekonomicznych skutków absencji chorobowej oraz niewłaściwego powrotu do pracy, prowadzącego do bezrobocia, rent inwalidzkich oraz wcześniejszej emerytury.

Niniejszy raport analizuje systemy rehabilitacji i powrotu do pracy w 28. Państwach Członkowskich UE oraz czterech państwach EFTA. Uwzględni również wyniki analizy przypadków opisujących programy powrotu do pracy w dziewięciu Państwach Członkowskich oraz wyniki warsztatów eksperckich odbywających się w 10. Państwach Członkowskich. Badania krajowe zostały opracowane przez ekspertów w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy w okresie od września 2013 r. do czerwca 2014 r. i z tego też powodu niniejszy raport nie obejmuje nowych polityk lub inicjatyw, które mogły być wprowadzone w późniejszym okresie.

Polityki oraz systemy rehabilitacji i powrotu do pracy w krajach europejskich

Analiza systemów krajowych w 32. krajach europejskich (Państwa Członkowskie UE i kraje EFTA) zwróciła uwagę na wielkie zróżnicowanie społeczno-gospodarcze strategii i zaangażowanych grup interesariuszy. Na podstawie tych badań i analizy, poszczególne państwa zostały pogrupowane według ich systemów rehabilitacji i powrotu do pracy. Kryteria dla danej kategorii objęły obowiązki pracodawców w zakresie rehabilitacji i powrotu do pracy, dostępu do rehabilitacji zawodowej, podejścia danego państwa do niepełnosprawności, czasu podjęcia interwencji, prewencji, koordynacji interesariuszy i/lub interdyscyplinarnych zespołów w procesie rehabilitacji oraz poziomu zewnętrznego wsparcia przewidzianego dla pracodawców.

Przeprowadzona analiza ukazała dwie główne tendencje. Po pierwsze, niektóre państwa koncentrują się na wdrożeniu przeciwdziałania dyskryminacji i równości w polityce zatrudnienia, ukierunkowując się głównie na osoby niepełnosprawne. W państwach tych system skupia się bardziej na promowaniu dostępu osób niepełnosprawnych do rynku pracy niż na rzeczywistym procesie reintegracji w następstwie długotrwałej absencji chorobowej, która doprowadziła do niepełnosprawności. Po drugie, pozostałe państwa zajmują się rehabilitacją w sposób bardziej ogólny dla zapewnienia stabilności systemów zabezpieczenia społecznego. W państwach tych cele systemu skierowane są na wszystkich pracowników i koncentrują się bardziej na wczesnym zarządzaniu absencją chorobową i zapobieganiu wykluczeniu z rynku pracy. Na tej podstawie wyodrębniono cztery grupy państw³:

- Pierwsza grupa państw obejmuje Austrię, Danię, Finlandię, Niemcy, Holandię, Norwegię i Szwecję. Główne cechy charakterystyczne tych państw to: powszechność systemu rehabilitacji (wszyscy pracownicy są uprawnieni do rehabilitacji), skoncentrowanie uwagi na profilaktykę i wczesną interwencję, szeroka odpowiedzialność pracodawcy w procesie powrotu do pracy, skuteczna koordynacja multidyscyplinarnych zespołów oraz zarządzanie przypadkiem. Rehabilitacja pracowników jest generalnie wspierana przez zintegrowane ramy polityczne promowania zrównoważonego życia zawodowego lub zapobiegania wykluczeniu z rynku pracy.
- Druga grupa obejmuje takie państwa jak: Belgia, Francja, Islandia, Włochy, Luksemburg, Szwajcaria oraz Wielka Brytania. Kraje te mają dobrze rozwinięte struktury dla rehabilitacji i powrotu do pracy, ale koordynacja na różnych etapach procesu powrotu do pracy, począwszy od rehabilitacji medycznej i zawodowej do reintegracji w miejscu pracy, pozostaje ograniczona.

³ Informacje otrzymane od Lichtensteinu były zbyt ograniczone, aby umożliwić włączenie tego państwa do jakiegokolwiek grupy.

W rezultacie zagadnienia powrotu do pracy są zwykle rozpatrywane tylko pod koniec absencji chorobowej, z ograniczonym obszarem dla wczesnej interwencji. W grupie tej wyróżniają się jednak dwa państwa. Ostatnie rozwiązania w polityce Francji i Wielkiej Brytanii wskazują na zmiany w kierunku bardziej kompleksowego i zintegrowanego podejścia do rehabilitacji i powrotu do pracy. Trzecia grupa obejmuje Bułgarię, Estonię, Irlandię, Hiszpanię, Litwę, Węgry, Portugalię i Rumunię. Ogólnie rzecz biorąc, państwa te nie posiadają podejścia skoordynowanego, a tylko ograniczone wsparcie instytucjonalne ukierunkowane na powrót pracowników do pracy po absencji chorobowej. Jednakże zaobserwowano istnienie pewnych inicjatyw *ad hoc* ze strony agencji rządowych i organizacji pozarządowych. Rehabilitacja zawodowa oraz usługi wsparcia dla procesu powrotu do pracy osób niepełnosprawnych są dla nich ogólnodostępne. W większości przypadków rehabilitacja może być również dostępna dla pracowników powracających do pracy po wypadku przy pracy czy chorobie zawodowej lub cierpiących z powodu przewlekłego schorzenia czy częściowej niezdolności do pracy.

- Czwarta grupa obejmuje Republikę Czeską, Grecję, Chorwację, Cypr, Łotwę, Malte, Polskę, Słowenię i Słowację. Państwa z tej grupy mają ograniczone ramy prawne w zakresie rehabilitacji i powrotu do pracy. Wsparcie rehabilitacyjne dla pracowników istnieje zasadniczo tylko dla osób niepełnosprawnych i ma na celu promowanie ich dostępu do rynku pracy. Podobnie i wsparcie dla pracodawców ma na celu jedynie zatrudnianie lub reintegrację osób niepełnosprawnych.

Czynniki determinujące systemy rehabilitacji i powrotu do pracy

Analiza porównawcza systemów krajowych podkreśliła szereg czynników, które odgrywają rolę w rozwoju systemu rehabilitacji i powrotu do pracy. Wspólnym mianownikiem dla wszystkich państw europejskich jest fakt, że koszty absencji chorobowej i rent z tytułu niezdolności do pracy stanowią znaczną część wydatków ponoszonych przez system zabezpieczenia społecznego i w związku z tym stanowią cel dla publicznej reformy wydatków. W wielu państwach punktem wyjścia dla kwestii powrotu do pracy na poziomie polityki jest brak stabilności systemów zabezpieczenia społecznego oraz potrzeba reformy zarządzania absencją chorobową i niepełnosprawnością (niezdolnością do pracy).

Ewolucja postrzegania rehabilitacji i powrotu do pracy i zalecenia ponadnarodowych organizacji, takich jak Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (*Organisation for Economic Co-operation and Development*, OECD) lub Międzynarodowe Stowarzyszenie Zabezpieczenia Społecznego (*International Social Security Association*, ISSA), podkreśliła potrzebę całościowego podejścia do powrotu

do pracy, zindywidualizowanych działań z aktywnym uczestnictwem osób zainteresowanych oraz poprawy koordynacji i współpracy różnych podmiotów. Świadomość tych elementów towarzyszyła zmianom, które zachodziły na terenie Państw Członkowskich z naciskiem na świadczenie usług rehabilitacyjnych w celu integracji osób niepełnosprawnych na rynku pracy oraz skupienia się na strategiach powrotu do pracy dzięki wczesnym interwencjom, tak aby uniknąć wzrostu liczby osób opuszczających rynek pracy z powodu obniżonej zdolności do pracy.

Podczas gdy wpływ europejskiej polityki na zatrudnienie, BHP i zdrowie publiczne oraz na rozwój systemów krajowych został raczej ograniczony – ponieważ jednym z głównych obszarów interwencji dla rozwoju systemów powrotu do pracy jest ubezpieczenie społeczne – UE miała istotny wpływ na rozwój krajowych polityk dotyczących przeciwdziałania dyskryminacji w procesie zatrudnienia i adaptacji stanowisk pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Na poziomie krajowym dwa główne czynniki wpływają na skuteczność systemów rehabilitacji i powrotu do pracy: (1) zakres systemów oraz (2) obecność mechanizmów koordynacji. W krajach, które podchodzą do zagadnienia rehabilitacji i powrotu do pracy poprzez skoncentrowanie się na potrzebach osób niepełnosprawnych w zakresie rehabilitacji (zawodowej) zakres systemu jest stosunkowo wąski i skupia się na osobach z urzędowo uznaną ograniczoną zdolnością do pracy lub na osobach, które cierpią z powodu uznanego wypadku przy pracy lub choroby. W państwach, które koncentrują się na zarządzaniu absencją chorobową i podchodzą do tej kwestii przez pryzmat powrotu do pracy, gdzie rehabilitacja jest tylko jednym z elementów, wszystkim pracownikom otrzymującym zasiłki chorobowe z tytułu czasowej niezdolności do pracy przysługuje prawo do rehabilitacji oraz wsparcie w procesie powrotu do pracy.

Mechanizmy koordynacji rehabilitacji i powrotu do pracy mogą być zapisane prawnie lub zdefiniowane w ramach politycznych, ustanowione na poziomie krajowym lub pozostawione zakładom pracy, mogą również zostać realizowane przez jedną instytucję wiodącą lub sieć kilku podmiotów, np. instytucjonalnych czy innych. Mechanizmy koordynacji są niezbędne na różnych etapach procesu powrotu do pracy, począwszy od jego początku, podczas leczenia, między lekarzami i zakładem pracy (pracodawcy lub służby medycyny pracy). Koordynacja między zakładami opieki zdrowotnej świadczącymi usługi rehabilitacyjne i zakładem pracy (oraz służbą medycyny pracy) jest również kluczem do definiowania indywidualnego planu rehabilitacji i wspierania pracodawców w podejmowaniu decyzji w sprawie dostosowania stanowiska pracy. Wreszcie, kiedy pracownik powraca do pracy, potrzebna jest koordynacja między pracodawcą i departamentami kadr oraz, jeżeli one istnieją, medycyną pracy.

Rola pracodawcy ma decydujące znaczenie w procesie rehabilitacji i powrotu do pracy i charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem między różnymi krajami europejskimi. Zasadniczo poziom zaangażowania pracodawcy w proces rehabilitacji

i powrotu do pracy determinują krajowe ramy prawne i charakter obowiązków powierzonych pracodawcy w zakresie zarządzania absencją chorobową. W niektórych krajach pracodawcy zobowiązani są do wypłacania świadczeń pieniężnych z tytułu absencji chorobowej przez stosunkowo długi czas (nawet do dwóch lat w Holandii), co powoduje silną i natychmiastową zachętę do wprowadzenia skutecznych procedur powrotu do pracy. W pozostałych krajach zobowiązanie to obejmuje krótszy okres czasu, ale wiąże się z innymi obowiązkami, począwszy od przystosowania miejsca pracy (w większości krajów europejskich), a na opracowaniu indywidualnego planu pracy skończywszy (np. w Niemczech).

Mierniki efektywnej rehabilitacji i powrotu do pracy

Ramy prawne, instytucjonalne i polityczne dla systemów udanego powrotu do pracy mają wiele wspólnych elementów, które przyczyniają się do ich skuteczności na poziomie krajowym, jak i w miejscu pracy:

- *Spójne ramy prawne*: Do efektywnego powrotu do pracy niezbędne są ramy prawne, które obejmują wszystkie aspekty danego procesu poprzez regulację wszystkich etapów procesu powrotu do pracy w jednym akcie prawnym lub definiując prawnie spójne mechanizmy koordynacji wszystkich działań.
- *Zintegrowane ramy polityczne*: Integracja systemu powrotu do pracy w ramach kompleksowych ram politycznych, które obejmują wszystkie istotne obszary polityki, pomaga określić spójne cele dla jego realizacji oraz stanowi podstawę do wyznaczenia spójnych mechanizmów koordynacji.
- *Mechanizmy skutecznej koordynacji*: Kluczowym czynnikiem sukcesu w rozwoju skutecznych systemów powrotu do pracy jest koordynacja różnych istotnych obszarów polityki. Obejmują one koordynację opracowywania strategii politycznych w obszarach zatrudnienia, zdrowia publicznego, BHP i zabezpieczenia społecznego. Oznacza to również koordynację interesariuszy, ponieważ wielu z nich może być zaangażowanych w systemy powrotu do pracy.
- *Zakres systemu*: Podejście do kwestii rehabilitacji i powrotu do pracy z punktu widzenia prawa równości osób niepełnosprawnych jest zbyt ograniczone, aby skutecznie rozwiązać problem powrotu do pracy. Potrzebny jest zintegrowany system ukierunkowany na wszystkich pracowników z problemami zdrowotnymi.
- *Wczesna interwencja*: Interwencja na wczesnym etapie absencji chorobowej zwiększa szansę szybkiego powrotu do pracy danego pracownika. Im dłużej pracownicy pozostają na zwolnieniu, tym ich szanse na łatwą reintegrację na rynku pracy są mniejsze.
- *Dostosowane interwencje*: Podjęcie działań w celu powrotu do pracy dostosowane jest do potrzeb i możliwości pracownika. Obejmują one tworzenie indywidualnych planów z odpowiednimi środkami dla rehabilitacji i powrotu

do pracy i aktywnego uczestnictwa pracownika. Wymaga to również korzystania z podejścia interdyscyplinarnego w celu objęcia całego procesu powrotu do pracy. Przedstawiciele zawodów medycznych i niemedycznych muszą ze sobą współpracować.

- *Zarządzanie przypadkiem*: Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją pomaga pracownikowi na różnych etapach procesu rehabilitacji oraz ułatwia interakcję pracowników z różnymi interesariuszami, w tym również z pracodawcami. Podejście to opiera się na zasadzie współpracy i koordynacji wszystkich istotnych stron, z korzyścią dla poszczególnych pracowników.
- *Zachęty*: Systemy oparte na zachętach umożliwiają zwiększenie udziału pracodawców i pracowników w systemie bez stosowania wiążących środków. Zachęty dla pracodawców obejmują zwiększenie odpowiedzialności pracodawcy w zakresie świadczeń pieniężnych z tytułu absencji chorobowej (czynnik negatywny) i udzielenie wsparcia finansowego w związku z powrotem danej osoby do pracy (czynnik pozytywny). Z kolei dla pracowników będzie to zmniejszenie przyznania rent z tytułu niezdolności do pracy w następstwie programów rehabilitacyjnych lub zachęcanie do powrotu do pracy w niepełnym wymiarze czasu przy jednoczesnym dalszym otrzymywaniu zasiłków chorobowych.
- *Działania wspierające*: Działania wspierające od podmiotów instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych mogą pomóc pracodawcom w opracowaniu planów poszczególnych działań oraz wprowadzić środki reintegrujące dla osób powracających do pracy po okresie czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby. Może być to wsparcie finansowe (np. dostosowanie środowiska pracy do potrzeb osób z ograniczoną możliwością pracy) lub techniczne (dostarczenie wytycznych dla reintegracji osób z konkretnym problemem zdrowotnym, wsparcie ze strony konsultantów do tworzenia oszacowań ergonomicznych oraz usprawnień). Wsparcie może być zapewnione przez krajowe i regionalne organizacje rządowe, a także przez inne organizacje pośredniczące, które mają łatwiejszy dostęp i dialog z zakładami pracy i pracownikami, w tym instytucje ubezpieczeń, BHP, usługi doradcze, lokalne agencje zatrudnienia, instytucje opieki zdrowotnej, biznesu i organizacje związkowe.

Założenia polityki w zakresie rehabilitacji

W odniesieniu do wymagań wstępnych krajowego systemu w zakresie rehabilitacji i powrotu do pracy określono szereg ustaleń istotnych z punktu widzenia polityki.

Systemy holistyczne

Większość krajów europejskich nie rozważa w sposób wystarczający potrzeb osób czasowo (średnio- lub długoterminowo) niezdolnych do pracy, z obniżoną niezdolnością do pracy – gdy dana osoba jest w stanie wykonać tę samą pracę, ale

w mniejszym wymiarze, lub osób z ograniczoną możliwością pracy, gdy te osoby nie są w stanie wykonywać poprzedniej pracy. Rozszerzenie zakresu systemów na wszystkich pracowników ma dwie główne zalety:

- Wspiera wczesną interwencję w momencie wejścia pracownika do systemu, gdy jest on czasowo niezdolny do pracy, a nie w momencie, gdy został uznany za osobę długoterminowo niezdolną do pracy. Natomiast kwestia, jak wcześniej pracownik powinien wejść do systemu, pozostaje nadal w fazie badań.
- System wczesnego włączania wszystkich pracowników po określonym czasie trwania absencji chorobowej umożliwia bardziej kompleksowe podejście. Tutaj pracownicy mają dostęp do różnych rodzajów usług i pomocy technicznej zależnych od ich stanu zdrowia i nasilenia zmian chorobowych oraz czasu trwania absencji chorobowej.

Integracja w ramach szerszych ram politycznych

System powrotu do pracy powinien być ujęty w szersze całościowe i zintegrowane ramy polityczne dla zrównoważonego życia zawodowego. Wymaga to koordynacji wszystkich obszarów politycznych: zatrudnienie, zdrowie publiczne, BHP, zabezpieczenie społeczne, podstawowe prawa i kształcenie zawodowe. Wymaga również ustanowienia wspólnych celów i zobowiązania do wspólnej agendy we wszystkich obszarach politycznych (np. zatrudnienie i zdrowie). Wspólne finansowanie współpracy między różnymi obszarami polityki może również wzmocnić skoordynowane działania i zwiększyć skuteczność wykorzystania zasobów finansowych.

Niezwykle istotna w kontekście reformy systemów zabezpieczenia społecznego, w szczególności systemów świadczeń zdrowotnych i rentowych, jest przekrojowa koordynacja. Reformy te powinny być skoordynowane z systemem wsparcia dla rehabilitacji i powrotu do pracy. Z odpowiednimi mechanizmami wsparcia, dostosowanymi warunkami pracy i zawodem adekwatnym do stanu zdrowia danej osoby, pozostanie w pracy nie powinno wpływać na stabilność jej zdrowia.

Na poziomie UE można rozważyć uznanie kwestii rehabilitacji i powrotu do pracy za główny nurt w różnych obszarach politycznych. Dalsze działania mogłyby zobowiązać Komisję do rozpoczęcia komunikacji w sprawie zdrowia pracowników, aby wdrożyć mechanizmy współpracy między istotnymi podmiotami w zakresie zatrudnienia, zabezpieczenia społecznego i zdrowia publicznego. Niniejsze badanie wielokrotnie wykazało znaczenie związku powrotu do pracy z wynikami leczenia medycznego.

Skoordynowane systemy

W wielu krajach europejskich brak koordynacji pomiędzy lekarzami, zakładami świadczącymi usługi rehabilitacji zawodowej i pracodawcami utrudnia lub opóźnia powrót pracownika do pracy. Powrót do pracy po średnio- i długoterminowej absencji

chorobowej jest procesem złożonym i wymagającym szeregu czynności, których należy przestrzegać oraz połączonego działania różnych instytucji, które niekoniecznie są przystosowane do wspólnej pracy. Zakład pracy ma być centralnym punktem, na którym powinny skupić się systemy powrotu do wykonywania zawodu.

Korzystna byłaby wymiana wiedzy i transfer praktyk z państw, które utworzyły takie struktury koordynacyjne. Biorąc pod uwagę wieloaspektowy charakter w tym temacie, konieczna jest również wymiana dobrych praktyk wśród wszystkich zaangażowanych zawodowych społeczności, w tym specjalistów medycznych i paramedycznych, specjalistów BHP, zatrudnienia i ekspertów kadr, ubezpieczeń społecznych, antydyskryminacyjnych, jak również ze środowiska naukowego i zawodowego oraz polityków.

Wsparcie finansowe i techniczne

Dla zakładów pracy powrót do pracy może być procesem skomplikowanym, obejmującym zagadnienia budżetu, kadr, BHP, itp. Dla małych i mikroprzedsiębiorstw proces ten może stać się szczególnie skomplikowany, zwłaszcza jeśli nie mają wewnętrznych zasad BHP lub działu kadrowego czy odpowiedniego personelu. W związku z tym pomocne dla pracodawców może być zewnętrzne wsparcie techniczne lub finansowe w celu opracowania poszczególnych planów działań i ustalenia reintegracji osób powracających do pracy po absencji chorobowej. Ważną rolę w dostarczaniu tego wsparcia lub przynajmniej w jego przekazywaniu na poziomie miejsca pracy, rodzaju wsparcia, które jest dostępne na poziomie krajowym, odgrywają podmioty pośredniczące, takie jak instytucje ubezpieczeń społecznych lub zewnętrzne usługi BHP.

Działania promocyjno-edukacyjne

Podnoszenie świadomości osób zaangażowanych w rozwój i wdrożenie systemu rehabilitacji i powrotu do pracy jest poważnym wyzwaniem, ponieważ ich zainteresowania, potrzeby i role w znacznym stopniu się różnią. Jest to jednak ważny czynnik decydujący o sukcesie. Kultura zakładu pracy odgrywa ważną rolę w powrocie do pracy osoby po średnio- lub długoterminowej absencji chorobowej. Podmioty pośredniczące odgrywają również istotną rolę w podnoszeniu świadomości na poziomie miejsca pracy, w zakresie możliwości i wyzwań związanych z powrotem do pracy, w szczególności w małych i w mikroprzedsiębiorstwach.

Luki w badaniach

Podczas gdy badania powinny się ogniskować na działaniach, które będą skoncentrowane na analizie miejsc pracy, aby zidentyfikować i wyeliminować lub ograniczyć czynniki przyczyniające się do rozwoju chorób zawodowych, potrzebne są również dodatkowe badania w następujących obszarach:

- praktyczne wdrożenie istniejących systemów krajowych powrotu do pracy do oceny, między innymi, ich wpływu, wykonalności i efektywności pod względem kosztów;
- dowody na skuteczność i możliwość zastosowania modeli powrotu do pracy w małych i mikroprzedsiębiorstwach;
- dowody na wpływ kultury organizacyjnej na zdrowie w miejscu pracy, w tym współpracę ze współpracownikiem i zarządzanie, kulturę zespołu i polityczną organizację interesów pracowników;
- specyficzne potrzeby starszych pracowników, kobiet, osób długoterminowo niezdolnych do pracy (tj. np. ponad rok) oraz osób z zaburzeniami psychicznymi w procesie powrotu do pracy;
- potrzeba bardziej zharmonizowanych danych statystycznych, w tym lepszego rozpatrywania różnic w definicjach i interpretacjach w krajach UE, między innymi w odniesieniu do wskaźników absencji chorobowej, stopnia powrotu do pracy po czasowej niezdolności do pracy, transferu z systemów zasiłków chorobowych do innych programów wspierających dochód oraz przewlekle chorych osób pracujących.