**Regulacja zdolności do pracy
w małych i mikroprzedsiębiorstwach UE za pomocą narzędzi multimedialnych**



**Narzędzie 25**

**Ocena
stanu zdrowia pracowników
i zdolności do pracy**

**Cel**

Narzędzie to pozwala mikroprzedsiębiorstwom, małym firmom i przedsiębiorcom zidentyfikować pracowników o podwyższonym ryzyku długotrwałej niezdolności do pracy oraz pracowników, którzy potrzebują natychmiastowej pomocy medycznej. Identyfikuje ono również i wskazuje znane czynniki ryzyka związane z postawą, sytuacją społeczną i stanem zdrowia danej osoby, aby wykryć istniejące bariery w pracy. Jest również wykorzystywane do uzyskania informacji o usprawnieniach, które dana osoba uważa za potrzebne do poprawy jej zdolności do pracy.

**Grupa docelowa**

Pracownicy, małe firmy, mikroprzedsiębiorstwa, dział kadr.

**Korzyści**

Dzięki oferowanemu kwestionariuszowi narzędzie pozwala pracodawcom na wczesną identyfikację pracowników, u których mogą wystąpić problemy zdrowotne wynikające z warunków pracy lub innych czynników. Zapewnia firmie zatrzymanie wykwalifikowanej kadry i oszczędza dodatkowych kosztów związanych z rekrutacją i szkoleniem nowych pracowników. Zapobiega długotrwałym zwolnieniom lekarskim pracowników. Natomiast dla pracowników skutkuje poczuciem bezpieczeństwa i bycia otoczonym opieką pracodawcy. Daje im również pewność, że ich głos jest słyszany przez przełożonych, a ich potrzeby nie są lekceważone.

**Czas trwania**

Zapoznanie się z narzędziem zajmuje około 10 minut, ale czas ten może się wydłużyć, jeśli odpowiedzi pracowników będą analizowane przez dział kadr lub kierownictwo.

**Sposób korzystania z narzędzia**

Narzędzie składa się z 14 pytań (zarówno otwartych, jak i zamkniętych). Kwestionariusz powinien być wypełniany cyklicznie, szczególnie przez pracowników, którzy wskazują obniżoną wydajność i pogorszoną jakość wykonywanej pracy. Szczegółowa analiza odpowiedzi pracowników, przeprowadzona przez menedżera lub członka działu kadr, powinna wskazać problemy do rozwiązania i obszary do poprawy. Problemy, które będą rozwiązane, powinny być opracowane w planie działania, umieszczonym na końcu. .

Kwestionariusz dla pracowników

Przeczytaj uważnie kolejne pytania i wybierz odpowiedź, która najbardziej odpowiada twojej osobistej sytuacji. W niektórych pytaniach możesz wybrać więcej niż jedną opcję.

|  |
| --- |
| 1. Jak opisał(a)byś swój ogólny stan zdrowia?
 |
| Bardzo dobry |  |
| Dobry |  |
| Taki sobie |  |
| Zły |  |
| Bardzo zły |  |

|  |
| --- |
| 1. Czy odczuwasz jakiekolwiek trudności podczas wykonywania swojej pracy?
 |
| Tak |  |
| Nie |  |

|  |
| --- |
| 1. Czy uważasz, że twoja praca jest fizycznie wymagająca?
 |
| Tak |  |
| Nie |  |
| Nie dotyczy |  |

|  |
| --- |
| 1. Jeśli uważasz, że twoja praca jest fizycznie wymagająca, to w jaki sposób wymagająca? (Możesz zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.)
 |
| Dużo czasu w pozycji siedzącej |  |
| Dużo czasu w pozycji stojącej |  |
| Zmienne pozycje |  |
| Dużo chodzenia |  |
| Konieczność klęczenia lub schylania się |  |
| Konieczność pracy z rękami wyprostowanymi do przodu lub do góry |  |
| Konieczność podnoszenia ciężkich przedmiotów |  |
| Konieczność wykonywania precyzyjnych ruchów rękami |  |
| Konieczność wykonywania tych samych ruchów często w ciągu minuty |  |
| Utrzymywanie tej samej pozycji roboczej przez długi czas |  |

|  |
| --- |
| 1. Czy uważasz, że twoja praca jest fizycznie wymagająca?
 |
| Tak |  |
| Nie |  |
| Nie dotyczy |  |

|  |
| --- |
| 1. Jeśli uważasz, że twoja praca jest emocjonalnie wymagająca, to w jaki sposób wymagająca? (Możesz zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.)
 |
| Skupianie uwagi i koncentracja |  |
| Kontrolowanie moich emocji |  |
| Konieczność zapamiętywania wielu rzeczy |  |
| Dostosowywanie się do zmian |  |
| Współpracę z innymi osobami nad projektem |  |
| Bezpośredni kontakt z klientami lub uczniami |  |
| Zbyt duże obciążenie ilością pracy |  |
| Zaangażowanie w zbyt wiele projektów |  |
| Zbyt duży stres związany z pracą |  |

|  |
| --- |
| 1. Czy uważasz, że te fizyczne i/lub emocjonalne trudności mają jakikolwiek wpływ na twoją efektywność w miejscu pracy?
 |
| Żaden |  |
| Niewielki |  |
| Średni |  |
| Duży |  |
| Bardzo duży |  |
| Nie dotyczy |  |

|  |
| --- |
| 1. Czy cierpisz na jakąkolwiek chorobę, która wpływa na twoją zdolność do pracy?
 |
| Tak |  |
| Nie |  |
| Nie wiem  |  |

|  |
| --- |
| 1. Jeśli cierpisz na jakąkolwiek chorobę, która wpływa na twoją zdolność do pracy, jakiego rodzaju jest to choroba?
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Czy rozmawiałeś/aś na temat odczuwanych trudności lub choroby ze swoim przełożonym?
 |
| Tak |  |
| Nie |  |
| Nie dotyczy |  |

|  |
| --- |
| 1. Czy czujesz, że potrzebujesz więcej wsparcia/pomocy w miejscu pracy, aby przezwyciężyć trudności i/lub być w stanie pracować pomimo choroby??
 |
| Tak |  |
| Nie |  |
| Nie wiem |  |
| Nie dotyczy |  |

|  |
| --- |
| 1. Jeśli w pytaniu 11 zaznaczyłeś/aś odpowiedź „Tak”, opisz jaki rodzaj pomocy lub wsparcia potrzebujesz.
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Czy czujesz, że są obszary, które wymagają zmiany, abyś mógł poradzić sobie w pracy pomimo trudności/choroby?
 |
| Tak |  |
| Nie |  |
| Nie wiem |  |
| Nie dotyczy |  |

|  |
| --- |
| 1. Jeśli w pytaniu 13 zaznaczyłeś/aś odpowiedź „Tak”, opisz jakie obszary wymagają zmiany.
 |
|   |

|  |
| --- |
| **Plan działania** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Co ma zostać zrobione?** | **Jak (procedura)?** | **Szacowany koszt** | **Priorytet** | **Do kiedy (data)?** | **Kto jest odpowiedzialny?** |
| Przykład:Zmniejszenie liczby projektów, w które pracownicy są zaangażowani jednocześnie. |  |  | **☐ wysoki****☐ średni****☐ niski** |  |  |
|  |  |  | **☐ wysoki****☐ średni****☐ niski** |  |  |
|  |  |  | **☐ wysoki****☐ średni****☐ niski** |  |  |
|  |  |  | **☐ wysoki****☐ średni****☐ niski** |  |  |
|  |  |  | **☐ wysoki****☐ średni****☐ niski** |  |  |