

Handlingsplan för återgång i arbete

Handlingsplanen används när det finns behov av arbetslivsinriktad rehabilitering i ett längre perspektiv.

Datum för genomförande

|  |
| --- |
|  |

Avser medarbetare

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personnummer | Namn | |
|  |  | |
| Enhet | | Telefon |
|  | |  |
| Befattning | | |
|  | | |
| Anställningens omfattning | | |
| Heltid  Deltid % | | |
| Dagtid  Nattarbete  Skiftarbete/Rotationstjänstgöring | | |

Orsak till upprättande av Handlingsplan för återgång i arbete

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Uppföljning av tidigare genomfört rehabiliteringsmöte eller avstämningsmöte. Datum: | | |
| Sammanhängande frånvaro p.g.a. sjukdom i mer än 2 veckor | | |
| Upprepad korttidsfrånvaro 4 ggr eller fler under 6 mån alt 6 ggr eller fler under 12 mån.  Antal: Datum: | | |
| På medarbetarens egen begäran | | |
| Annan orsak: | | |
| Orsak till sjukfrånvaro (vid upprepad korttidsfrånvaro – ange orsak vid respektive frånvarotillfälle) | | |
|  | | |
|  | | |
| Sjukfrånvarons första dag (vanligtvis karensdagen) | Läkarintyg t o m | Sjukskrivningsgrad (%) |
|  |  |  |

Närvarande

Chefen  Medarbetaren

Rekommendationen är att chefen och medarbetaren alltid närvarar om inte giltigt skäl finns. Andra resurser kan medverka efter behov.

|  |  |
| --- | --- |
| Personalstrateg | Facklig representant (namn och facklig tillhörighet) |
|  |  |
| Försäkringskassan | Annan resurs (namn och kompetens) |
|  |  |

Rehabiliteringsansvarig

|  |  |
| --- | --- |
| Chef, befattning | Telefon |
|  |  |

Sjukskrivande läkare

|  |
| --- |
| Företagshälsovården  Annan läkare (vårdcentral, specialistläkare etc) |
| Namn |
|  |
| Arbetsplats |
|  |

Arbetsgivarens första bedömning av arbetsförmågan

|  |
| --- |
| Nuvarande arbetsuppgifter (beskriv relativt utförligt, t ex om det är psykiskt/fysiskt tungt/lätt arbete) |
|  |
| Medarbetaren kommer med största sannolikhet kunna återgå i sina ordinarie arbetsuppgifter utan åtgärder efter sjukskrivningens slut.  Kan medarbetaren återgå, helt eller delvis, i arbete om befintliga arbetsuppgifter tillfälligt eller varaktigt anpassas?    Om nej, ange orsak.  Om ja, ange vilka anpassningar som kan göras. |
|  |
| Kan medarbetaren återgå, helt eller delvis, i arbete om medarbetaren tillfälligt arbetar i andra arbetsuppgifter än de ordinarie?    Om nej, ange orsak.  Om ja, ange arbetsuppgifter och hur länge medarbetaren kan arbeta i dessa. |
|  |
| Behöver en arbetsförmågebedömning göras av Företagshälsovården för att utreda arbetsförmåga och vilka anpassningar som kan vara lämpliga?    Om ja, fyll i blankett ”Underlag inför arbetsförmågedömning”. Chef kontaktar företagshälsovården.  Kan medarbetaren återgå i arbete vid en varaktig omplacering till ett annat arbete inom företaget?  Omplaceringsutredning ska göras. Använd Blankett ”Omplaceringsutredning” kontakta ev. personalstrateg för stöd. |
| Beslut om Förstadagsintyg. Använd blankett Förstadagsintyg. |

Förslag på rehabiliteringsåtgärder

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Åtgärd | | Tidpunkt för genomförande |
|  | |  |
|  | | |
| Förberedelse (t ex info till kollegor eller anpassa arbetsplatsen) | | |
|  | | |
|  | | |
| Ansvarig för genomförande | Uppföljning (Ansvarig och datum) | |
| Resultat av genomförd åtgärd |  | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Åtgärd | | Tidpunkt för genomförande |
|  | |  |
|  | | |
| Förberedelse (t ex info till kollegor eller anpassa arbetsplatsen) | | |
|  | | |
|  | | |
| Ansvarig för genomförande | Uppföljning (Ansvarig och datum) | |
| Resultat av genomförd åtgärd |  | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Åtgärd | | Tidpunkt för genomförande |
|  | |  |
|  | | |
| Förberedelse (t ex info till kollegor eller anpassa arbetsplatsen) | | |
|  | | |
|  | | |
| Ansvarig för genomförande | Uppföljning (Ansvarig och datum) | |
| Resultat av genomförd åtgärd |  | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Åtgärd | | Tidpunkt för genomförande |
|  | |  |
|  | | |
| Förberedelse (t ex info till kollegor eller anpassa arbetsplatsen) | | |
|  | | |
|  | | |
| Ansvarig för genomförande | Uppföljning (Ansvarig och datum) | |
| Resultat av genomförd åtgärd |  | |
|  | | |

Resultat av utförda åtgärder/anpassningar

Ja Nej

1. **Medarbetaren återgår i ordinarie arbete**
2. **Medarbetaren återgår i ordinarie arbete efter**

**arbetsanpassning**

1. **Medarbetaren börjar i annat ledigt arbete efter**

**omplaceringsutredning**

1. **Medarbetaren saknar arbetsförmåga och**

**tillräckliga kvalifikationer för något ledigt arbete**

**i Nacka kommun efter omplaceringsutredning**

Formellt avslut av rehabiliteringsärendet.

Chef kallar till avslutande möte och redogör för genomförda åtgärder och resultatet av dessa. Se sammanfattning av åtgärder och resultat ovan.

Arbetsgivaren konstaterar att:

|  |
| --- |
| Ex. 1  Arbetsgivaren konstaterar att *NN* återgår i (något av alternativen 1-3 ovan) och förklarar härmed rehabiliteringsärendet avslutat. |

|  |
| --- |
| Ex. 2  Arbetsgivaren konstaterar att man har uttömt möjligheterna när det gäller rehabilitering och arbetsanpassning för *NN* och förklarar härmed rehabiliteringsärendet avslutat. |

20xx-xx-xx 20xx-xx-xx

……………………………...…………………… ………………………………

Chef Medarbetare

Befattning

……………………………...……………………

Facklig representant

CHECKLISTA

Förberedelse

* Informera medarbetaren om att Handlingsplan för återgång i arbete ska göras och vad det innebär samt att medarbetaren får ta med ett personligt stöd t ex facklig representant eller vän.
* Stäm av med medarbetaren om vilka som ska medverka. (t ex personalstrateg, företagshälsovården, facklig representant).
* Kalla deltagarna.
* Meddela medarbetaren att denne får kalla facklig representant om han/hon vill att de ska medverka
* Hur ser frånvaron ut tillbaka i tiden
* Vilken är (huvud)orsaken till frånvaron (medicinskt och/eller arbetsrelaterad och/eller privat)

Genomförande

* Stäm av med medarbetaren hur och vad du ska kommuniceras till kollegorna gällande dennes sjukfrånvaro.
* Informera medarbetaren om att han/hon har ett ansvar att medverka i den rehabilitering som behövs för att återfår arbetsförmågan.
* Vilka arbetsuppgifter klarar medarbetaren?
* Vilka arbetsuppgifter klarar medarbetaren inte?
* Kan arbetet anpassas på något sätt (utan att ohälsa riskeras för övriga medarbetare)?
* Vilka möjligheter ser medarbetaren själv till anpassning av arbetsuppgifter och/eller rehabilitering?
* Hur länge har medarbetaren haft besvären?
* Finns det något samband mellan besvären och arbetsplatsen?
* Vilka möjligheter ﬁnns att arbeta helt eller delvis trots besvären?
* Fadder, kamratstöd för att underlätta återgång i arbetet?
* Kontakta företagshälsovården?
* Kontakta Försäkringskassan? (arbetsprövning/-träning, bidrag till utrustning m m)
* Utbildningsinsatser?
* Arbetshjälpmedel?
* Omplacering?
* Kan/behöver förändringar göras för att förhindra att den övriga personalen kan få liknande besvär?

Uppföljning

* Uppföljning (datum, ansvarig och hur)