## Rehabiliteringsplan - *Plan för återgång i arbete*

Planen är ett stöd för rehabiliteringsarbetet och ska underlätta en tidig återgång i arbete. Utgångspunkten är att planen ska upprättas i samråd med medarbetaren. Om medarbetaren vill kan hen ta med facklig företrädare eller annan stödperson. Medarbetaren ska aktivt efter bästa förmåga medverka i sin rehabilitering.

Dokumentet ”Medarbetarens egenskattning” kan användas som ett underlag och stöd till planen.

Planen kan också vara ett underlag för Försäkringskassans handläggning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsärenden. Försäkringskassan kan vid behov begära att vi lämnar in planen.

1. **MEDARBETARE**

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn och efternamn | Personnummer |
| E-postadress, arbete  E-postadress, hemma | Telefonnummer  Mobiltelefon |
| Befattning | Ordinarie tjänstgöringsgrad  Heltid  Deltid% |
| Namn på eventuell facklig företrädare | Fackförbund |

1. **ARBETSGIVARE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fakultet/Motsvarande | | Institution/avdelning |
| Ansvarig chef/prefekt | | |
| E-postadress | Telefonnummer | |

1. **STÄLLNINGSTAGANDE**

Finns skäl till att inte ta fram en plan? Då behöver du motivera ditt ställningstagande nedan:

Medarbetaren förväntas kunna återgå helt i arbete inom 60 dagar,

Medarbetaren kan återgå helt i arbete utan några särskilda insatser oavsett sjukskrivningens längd.

Medarbetarens hälsotillstånd innebär att återgång i arbete inte är möjligt, inte ens med rehabiliterande åtgärder.

Medarbetarens hälsotillstånd för tillfället innebär att hen inte kan delta i planeringen. Planen får därför vänta tills hälsotillståndet har förbättrats.

Skulle det senare visa sig att förutsättningarna förändras ska du ta fram en plan så snart som möjligt.

1. **INFORMATION I ÄRENDET**

|  |  |
| --- | --- |
| Första sjukdag i sjukskrivningsperioden | Sjukskrivningens omfattning i % |
| Namn sjukskrivande läkare  Sjukskrivande instans  Hälsocentral  Företagshälsovården | |
| Namn på eventuell annan kontaktperson Företagshälsovården | |

1. **ORSAK TILL NEDSATT ARBETSFÖRMÅGA – HEL ELLER DELVIS**

|  |
| --- |
| Beskriv orsaken till den nedsatta arbetsförmågan |

1. **ARBETSFÖRHÅLLANDEN**

|  |
| --- |
| Beskriv ordinarie arbetsuppgifter |
| Vilka arbetsuppgifter kan den anställde inte utföra på grund av besvären |
| På vilket sätt kan ordinarie arbetsuppgifter anpassas så att medarbetaren kan vara kvar i arbete? |
| Har ni tidigare förändrat/erbjudit anpassningar av medarbetarens ordinarie arbetsuppgifter?  Ja  Nej  Om ja, vilka förändringar genomfördes? Resultat? |

1. **ÅTGÄRDER OCH ANPASSNINGAR**

Bedöm vilka åtgärder som kan ingå i planen utifrån medarbetarens behov och verksamhetens förutsättningar. Dokumentera de åtgärder som ska genomföras, under vilken period de ska pågå, när uppföljning ska ske och vem som är ansvarig. Planen bör följas upp kontinuerligt och ska revideras vid behov.

Syftet med arbetsanpassning är att möjliggöra för den anställde att bibehålla arbetsförmågan eller att komma tillbaka till sitt arbete vid sjukskrivning. Att genomföra arbetsanpassningar handlar inte om att skapa ett nytt arbete utan att anpassa befintligt arbete. Hänsyn ska också tas till hur anpassningen påverkar kollegors arbetssituation. I vissa fall kan anpassande åtgärder också komma kollegor till nytta.

**Exempel på åtgärder och arbetsanpassningsfaktorer**

* Arbetsresor - om resan till/från jobbet är hindret
* Fysisk miljö - tekniska hjälpmedel särskilda arbetshjälpmedel
* Psykisk miljö - stress, inflytande, krav/kontroll, sociala förhållanden
* Arbetsuppgifter - se över arbetsmomenten, byta/rotera med arbetskollegor,
* Arbetstiden - ändring av arbetsschemat, flexibilitet
* Arbetsprövning - syfte att pröva på ett annat arbete, handledning
* Insatser via Företagshälsovård eller annan instans

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Åtgärder och syfte | From – tom | Datum för uppföljning | Ansvarig |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **ÖVRIGA UPPLYSNINGAR**

*Ex. Pågår behandling eller andra medicinska åtgärder? Behövs kontakt med andra aktörer, ex rehab koordinator, FK eller annan extern aktör.*

|  |
| --- |
|  |

1. **UNDERSKRIFT**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Datum |
| Arbetsgivarens underskrift | Medarbetarens underskrift |
| Facklig företrädare eller annan medverkande |  |

Uppgifterna som kommer fram i rehabiliteringsplanen ska hanteras varsamt. Alla berörda påminns om tystnadsplikten.

Rehabiliteringsplanen undertecknas och medarbetaren erhåller en kopia.

Efter avslutad rehabiliteringsprocess skickas rehabiliteringsplanen till HR-avdelningen.

Om Försäkringskassan efterfrågar planen ska du skicka den till

Försäkringskassans inläsningscentral, 839 88 Östersund