



Planen tas fram i dialog mellan närmaste chef med personalansvar och den anställde. Stödpersoner kan till exempel vara representanter från HR, den fackliga organisationen eller företagshälsovården. Uppgifter som dokumenteras hanteras varsamt. Alla berörda påminns om tystnadsplikten. Den anställde ska ta del av den färdigställda dokumentationen. Ingen plan för återgång behöver tas fram om arbetstagaren antas återgå helt i ordinarie arbete inom 60 dagar från och med första sjukdagen. I annat fall ska en plan tas fram senast efter 4 veckor.

## ANPASSNINGS- OCH/ELLER REHABILITERINGSPLAN

### 1. ANSTÄLLD *(obligatorisk)*

Förnamn och efternamn	Personnummer
E-postadress, arbete	Telefonnummer
E-postadress, hemma	Mobiltelefon
Titel/befattning	Anställd sedan år
Ordinarie tjänstgöringsgrad <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid      %	Anställningsform <input type="checkbox"/> Tillsvidare <input type="checkbox"/> Tidsbegränsad t o m

### 2. ARBETSGIVARE *(obligatorisk)*

Skola	Avdelning/enhet
Ansvarig chef	Telefonnummer, e-mailadress
Kontaktperson HR	Telefonnummer, e-mailadress

### 3. ORSAK TILL ANPASSNINGS- OCH/ELLER REHABILITERINGSPLAN *(obligatorisk)*

<input type="checkbox"/> Tidiga tecken på ohälsa <input type="checkbox"/> Sjukskriven längre än 4 veckor <input type="checkbox"/> Anställds begäran	
<input type="checkbox"/> När den anställde har varit sjuk 6 gånger under en 12-månadersperiod	
Antal tillfällen med sjukfrånvaro de senaste 12 månaderna:	
Vid sjukskrivning, ange sjukskrivningens startdatum samt nuvarande omfattning	
Sjukskrivande läkare	Behandlande läkare
Deltar Företagshälsovården i utredningen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Kontaktperson Företagshälsovården

#### 4. ORSAK TILL NEDSATT ARBETSFÖRMÅGA/BEHOV AV ANPASSNING

Är nuvarande besvär anmält som arbetsskada eller arbetssjukdom till Försäkringskassan? Ja  Nej

Om ja, är besvären godkända som arbetsskada eller arbetssjukdom? Ja  Nej  Inväntar beslut

Beräknas den anställde återgå till arbete i ordinarie tjänstgöringsgrad inom 4 veckor? *(obligatorisk)*

Ja. Fortsätt till punkt 9 (gäller ej om denna plan görs på grund av upprepad korttidsfrånvaro).

Nej. Fortsätt nedan.

#### 5. ARBETSFÖRHÅLLANDEN

Beskriv ordinarie arbetsuppgifter i ordinarie omfattning *(obligatorisk)*

Vilka arbetsuppgifter kan den anställde utföra trots besvären på hel- eller deltid?

Vilka är den anställdes egna förslag till arbetsanpassning och/eller till rehabiliteringsåtgärder?

Hur upplever medarbetaren den sociala stämningen i arbetsgruppen?

Utbildning och tidigare yrkeserfarenhet som kan ha betydelse för arbetsanpassning och rehabilitering till ordinarie arbete?

Har ni tidigare anpassat/erbjudit anpassningar av den anställdes ordinarie arbetsuppgifter?

Ja       Nej

Om ja, vilka anpassningar genomfördes? Resultat?

#### 6. MÅL MED ANPASSNINGEN OCH/ELLER REHABILITERINGEN

Vad är målsättningen med anpassnings- och/eller rehabiliteringsåtgärderna?

Vilka mål ska ha uppnåtts på kort respektive lång sikt? Beskriv om möjligt tidsperspektiv i stora drag.

## 7. HANDLINGSPLAN ÅTGÄRDER (*obligatorisk*)

På vilket sätt håller ni (chef/anställd) kontakt med varandra?			
Åtgärder, vad ska göras?	Vem ansvarar för att det genomförs?	När ska det ske?	Uppföljning: när, var, vilka?
			Klart <input type="checkbox"/>
			Klart <input type="checkbox"/>
			Klart <input type="checkbox"/>
			Klart <input type="checkbox"/>
			Klart <input type="checkbox"/>
			Klart <input type="checkbox"/>
			Klart <input type="checkbox"/>
<b>Försäkringskassans exempel på möjliga åtgärder</b> Arbetsplatsbesök,Handledning, Anpassning av arbetsplatsen, arbetstiden eller arbetsuppgifterna, Resor till och från arbetet, Successiv upptrappning av arbetstiden via deltidssjukskrivning, Arbetshjälpmedel, Annat arbete, Utbildning eller upplärning			
Vilket nätverk och stöd finns för den anställde?			

## 8. FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

Vilka ytterligare åtgärder behöver genomföras för att förhindra eventuell framtida ohälsa för den anställde?

Aktivitet	
Tidpunkt för genomförande	Ansvarig för genomförande
Aktivitet	
Tidpunkt för genomförande	Ansvarig för genomförande

## 9. DATUM OCH TID FÖR NÄSTA SAMTAL

--

## 10. ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

--

## 11. UNDERSKRIFTER *(obligatorisk)*

Datum	Datum
Underskrift, arbetsgivare (ansvarig chef)	Underskrift, anställd
Facklig företrädare eller annan medverkande (ej krav på underskrift)	

**Uppgifterna som kommer fram i handlingsplanen ska hanteras varsamt. Var och en som kommer i kontakt med detta ärende påminns om tystnadsplikten!**



Denna bilaga kan användas vid uppföljningar som inte kräver att hela anpassnings- och/eller rehabiliteringsplanen fylls i på nytt.

Namn på anställd:

Datum då plan fylls i:

### HANDLINGSPLAN REHABILITERING

På vilket sätt håller ni (chef/anställd) kontakt med varandra?			
Vad ska göras?	Vem ansvarar för att det genomförs?	När ska det ske?	Uppföljning: när, var, vilka?
			Klart <input type="checkbox"/>
			Klart <input type="checkbox"/>
			Klart <input type="checkbox"/>
			Klart <input type="checkbox"/>
			Klart <input type="checkbox"/>

### UNDERSKRIFT

Datum	Datum
Underskrift, arbetsgivare (ansvarig chef)	Underskrift, anställd
Facklig företrädare eller annan medverkande (ej krav på underskrift)	

**Uppgifterna som kommer fram i handlingsplanen ska hanteras varsamt. Var och en som kommer i kontakt med detta ärende påminns om tystnadsplikten!**