**Plan för återgång i arbete**

*Planen ska stödja det rehabiliteringsarbete som görs på arbetsplatsen och innehålla de åtgärder som behöver genomföras för att din medarbetare ska kunna återgå i arbete.*

*Chef och medarbetaren träffas i ett rehabiliteringsmöte och fyller i denna plan tillsammans. Båda skriver under.*

*Om Försäkringskassan efterfrågar planen ska du skicka den till:*

*Försäkringskassans inläsningscentral, 839 88 Östersund*

1. **Medarbetare**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Efternamn och förnamn | Institution/enhet | Personnummer |
|        |        |        |
| Befattning | e-post | Telefonnummer |
|        |        |        |
| Arbetsuppgifter |   |
|        |

**Arbetsoförmåga beror på:**

**Sjukanmälningsdatum:**

**Aktuell sjukskrivning och omfattning:**

1. **Ansvarig chef**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Telefonnummer |
|        |        |

1. **Arbetstagarrepresentant**

*Om medarbetaren önskar kan en facklig representant eller ett annat ombud närvara.*

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Telefonnummer |
|        |        |

1. **Åtgärder**

[ ]  **Inga åtgärder**

* Medarbetaren antas återgå helt i ordinarie arbete inom 60 dagar från och med första sjukdagen.
* Återgång i arbetet är inte möjlig.
* Medarbetarens hälsotillstånd gör att en plan inte kan tas för tillfället.

      Motivera ditt ställningstagande:

[ ]  **Följande åtgärder vidtas***Lista och beskriv åtgärder som kan underlätta medarbetarens återgång i arbetet. Utgå ifrån medarbetarens behov och verksamhetens förutsättningar.
Exempel på åtgärder kan vara: arbetsplatsbesök, handledning, resor till och från arbetet, successiv upptrappning av arbetsförmågan via deltidssjukskrivning, anpassning av arbetsplatsen, anpassning av arbetsuppgifter, arbetshjälpmedel, annat arbete, utbildning eller upplärning m.fl.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Åtgärd** |  **Beskrivning av åtgärd** |  **Tidpunkt för genomförande** | **Ansvarig** **för genomförande** |  **Klart** |
|   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Kartläggning och planering av arbetsuppgifter/uppdrag vid deltidsarbete**

*Använd Bilaga 1 – Kartläggning och planering av arbetsuppgifter vid deltidsarbete i rehabiliteringssyfte. Skriv in sedan arbetsuppgifterna på övergripande nivå i tabellen nedan.*

1. **Förutsättningar och handlingsplan vid deltidsarbete**

*Beskriv förutsättningar och åtgärder vid deltidsarbetet.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Period 1 | Period 2 | Period 3 |
| **Datum:** |  |  |  |
| **Mål med rehabilitering:** |  |  |  |
| **Omfattning av arbetsförmågan/deltidsarbetet:** |  |  |  |
| **Arbetstider:** |  |  |  |
| **Arbetsuppgifter/uppdrag:** |  |  |  |
| **Stöd och anpassning:** |  |  |  |
| **Uppföljning (datum):** |  |  |  |

1. **Samverkan med andra aktörer**

*Vilka andra aktörer behöver kontaktas med när det gäller när det gäller medarbetarens sjukskrivning. Exempel på aktörer: HR, företagshälsovård, sjukskrivande läkare, Försäkringskassan m.fl.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Aktör  | Kontaktperson  | Kontaktuppgift  | Tidpunkt  | Ansvarig att ta kontakten  |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |

1. **Övriga upplysningar**

1. **Underskrift**

…………………………………………………………………………………………………..

**Medarbetare**: datum, namnteckning, namnförtydligande

..………………………………………………………………………………………………….

**Chef**: datum, namnteckning, namnförtydligande