



**LUNDS**  
UNIVERSITET

## Anpassnings- och/eller rehabiliteringsplan

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. Uppgifterna som dokumenteras hanteras varsamt. Alla berörda påminns om tystnadsplikten. Den anställde ska ta del av den färdigställda dokumentationen. Ytterligare anvisningar finns i Lunds universitets anpassnings- och rehabiliteringsprocess på HR-webben.

### ANPASSNINGS- OCH/ELLER REHABILITERINGSPLAN

#### 1. ANSTÄLLD

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

#### 2. ARBETSGIVARE

Fakultet/motsvarande	Institution/avd/motsvarande
Ansvarig chef	
Telefonnummer	E-postadress

#### 3. ORSAK TILL ANPASSNINGS- OCH/ELLER REHABILITERINGSPLAN

<input type="checkbox"/> Tidiga tecken på ohälsa <input type="checkbox"/> Sjukskriven längre än 30 dagar <input type="checkbox"/> Anställds begäran	
<input type="checkbox"/> Upprepad korttidsfrånvaro      Antal tidigare tillfällen med sjukfrånvaro de senaste 12 månaderna:	
<input type="checkbox"/> Återgång efter sjukskrivning (gå direkt till punkt 9)	
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

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

#### 5. ARBETSFÖRHÅLLANDEN

A Beskriv ordinarie arbetsuppgifter i ordinarie omfattning

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

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

D På vilket sätt ser ansvarig chef att ordinarie arbetsuppgifter kan anpassas så att den anställde kan vara kvar i arbete? Vid tillfälliga anpassningar, ange tidsperiod och uppföljning (specificera i handlingsplanen, punkt 8).

E Utbildning och tidigare yrkeserfarenhet som kan ha betydelse för arbetsanpassning och rehabilitering.

Har ni tidigare anpassat/erbjudit anpassningar av anställdes arbetsuppgifter?

Ja                      Nej

Om ja, vilka anpassningar genomfördes? Resultat?

## 6. FÖRHÅLLANDEN UTANFÖR ARBETET SOM KAN HA PÅVERKAN PÅ ARBETSFÖRMÅGAN

Till exempel familjesituation, livsstil, fritidsintressen och/eller bisysslor som kan ha betydelse för utredningen.

## 7. 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.



Vilket nätverk och stöd finns för den anställde?

## 9. 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

## 10. ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

--

## 11. UNDERSKRIFTER

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



**LUNDS**  
UNIVERSITET

## BILAGA

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

Namn på anställd:

Datum då plan fylls i:

### HANDLINGSPLAN

Vad ska göras?	Vem ansvarar för att det genomförs?	När ska det ske?	Uppföljning, när, var, vilka?
			<input type="checkbox"/> Klart
			<input type="checkbox"/> Klart
			<input type="checkbox"/> Klart
			<input type="checkbox"/> Klart

#### UNDERSKRIFT

Datum	Datum
Underskrift, arbetsgivaren (ansvarig chef)	Underskrift, anställd (tagit del av)
Facklig representant eller annan medverkande (ej krav på underskrift)	

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