



2008-10-14

Rutiner vid korttidssjukfrånvaro

- Vid sjukskrivning kontaktar närmaste chef den anställda under de första fem dagarna.
- Varje månad kontrolleras vilka personer som varit sjukskrivna 6 tillfällen under de senaste 12 månaderna. Inom utbildningsförvaltningen, omsorgsförvaltningen och kommunledningsförvaltningen meddelar löneassistenten berörd chef och berörd personalhandläggare, inom samhällsbyggnadsförvaltningen meddelar personalhandläggare berörd chef vilka personer som är aktuella.
- Ansvarig chef genomför rehabiliteringsutredning. Blankett ”Rehabiliteringsutredning efter 6 sjukfrånvarotillfällen” skall användas. Därefter tas kontakt med berörd personalhandläggare för diskussion om vidare åtgärder.

Exempel på åtgärder som kan bli aktuella:

- Beställning av helhetsutredning med hjälp av utredningsmaterialet ”BARON” hos Alviva företagshälsovård, företagssköterska Birgitta Nilsson.
- Anmälan till att delta i ”Dialog” – Alviva företagshälsovård
- Anmälan till stressutbildning – Alviva företagshälsovård
- Tipsa om Landstingets sjukvårdsrådgivning tel 73 10 20. Sjukvårdsrådgivningen är ett komplement till vårdcentralernas/distriktsköterskornas rådgivning
- Beslut om intyg från företagssköterska på Alviva företagshälsovård från 1:a dagen/beslut om läkarintyg från 1:a dagen
- Anmälan till rökavvänjning – sluta/minska
- Kontakt med Försäkringskassan om högriskskydd

PERSONALKONTORET



Rehabiliteringsutredning efter 6 sjukfrånvarotillfällen

Ifylld blankett skickas till
resp. personalhandläggare

Namn		Personnummer	
Adress			
Tfn hem	Tfn arbete		Mobilnr
Arbetsplats		Förvaltning	
Yrke		Syssetsättningsgrad	
Ansvarig chef		Facklig medverkan	
Datum för utredningen		<input type="checkbox"/> Informerat om facklig medverkan	
Sjukskrivningstillfälle 1 fr o m _____ t o m _____ Orsak till arbetsoförmåga			
Sjukskrivningstillfälle 2 fr o m _____ t o m _____ Orsak till arbetsoförmåga			
Sjukskrivningstillfälle 3 fr o m _____ t o m _____ Orsak till arbetsoförmåga			
Sjukskrivningstillfälle 4 fr o m _____ t o m _____ Orsak till arbetsoförmåga			
Sjukskrivningstillfälle 5 fr o m _____ t o m _____ Orsak till arbetsoförmåga			
Sjukskrivningstillfälle 6 fr o m _____ t o m _____ Orsak till arbetsoförmåga			
Åtgärd			
Uppföljningsdatum			
Utvärdering av åtgärd			
Underskrift ansvarig chef		Underskrift anställd	