

Namn anställd		Personnummer	
Telefonnummer			
Ansvarig chef		Telefonnummer	
E-post			
Kontaktperson FHV		Telefonnummer	
E-post			

Planen bygger på att medarbetaren antingen genomgått utredning hos företagshälsovården eller att det på annat sätt finns ett konstaterat behandlingsbehov vad gäller alkohol/droger eller spel om pengar. Parterna samtycker genom sina underskrifter till att sekretessen får brytas avseende:

- Delgivning av provsvar
- Om fakta som påverkar behandlingen (inklusive provtagningen) framkommer under tiden för planen
- Om någon av parterna bryter mot innehållet i behandlingsplanen

**Målet med behandlingen är:**

- Helnykterhet, ingen konsumtion av alkohol/droger
- Kontrollerad konsumtion av alkohol under riskbruksnivå, alkoholmarkörer ska ligga under gränsvivå för riskbruk
- Fri från spel om pengar

**Tidsperiod:**

Denna behandlingsplan gäller från undertecknat datum ..... och till och med .....

**Under denna tidsperiod är parterna överens om följande åtgärder:**

**Särskilda krav vid frånvaro:**

<input type="checkbox"/> Sjukanmälan görs enligt gällande rutin senast kl .....	Till .....
<input type="checkbox"/> Läkarityg vid första sjukdagen ska lämnas	<input type="checkbox"/> Rutin presenterad vid mötet
<input type="checkbox"/> All semester ska beviljas av närmsta chef	Ansöks ..... dagar i förväg
<input type="checkbox"/> Komp/flexledighet ska beviljas av närmsta chef	Ansöks ..... dagar i förväg
<input type="checkbox"/> Passbyte ska beviljas av närmsta chef	Ansöks ..... dagar i förväg
<input type="checkbox"/> Vid misstanke om alkohol/drogpåverkan, alkohol/drogtest ska provtagning ske i samråd med företagshälsovård	





## Behandling (flera alternativ kan anges)

- Deltagande i specificerat behandlingsprogram inom Företagshälsovården, **bifoga program som bilaga** och ange vilket:

- Deltagande i specificerat behandlingsprogram externt, **bifoga program som bilaga** och ange här vilket:

## Provtagning alkoholmarkörer:

- Utandningsprov (Alkometer), ska göras på arbetsplatsen, ange i så fall av vem och hur ofta:

- Alkoholmarkör blodprov, när – hur ofta?

## Provtagning, drogtester:

- Slumpvisa     Specificerat antal under överenskommelsetiden: ..... st.

- Med intervall, när – hur ofta?

## Uppföljning:

Tidpunkter för uppföljningsmöten (kan läggas till fortlöpande under den tid vilken överenskommelsen gäller)

---

---

---

---





Som stöd för arbetstagaren i det fortsatta arbetet gäller att samtliga åtgärder i den upprättade behandlingsplanen följs. Arbetsgivaren kallar till avstämning minst en gång i månaden. Vid avvikelse från planen görs omedelbart en uppföljning.

- Medarbetaren förbinder sig:
  - att följa från företagshälsovården föreslagen behandling.
  - att påbörja och stanna i behandlingen under överenskommen tid.
  - att infinna sig på företagshälsovården vid kallelse till provtagning.
  - att lämna prover på företagshälsovården under tiden som behandling pågår.
- Medarbetaren har tagit del av Hanninge kommuns rutin för alkohol/droger/spel

## Underskrifter:

Som medarbetare har du ett så kallat förstärkt anställningsskydd vid sjukdom (alkohol/drogberoende). Som medarbetare har du en skyldighet att aktivt medverka till din egen rehabilitering. Om du inte fullföljer överenskommelserna i din behandlingsplan likställs det med att du inte medverkar till din rehabilitering. Detta innebär att rehabiliteringen anses som avslutad och du förlorar det förstärkta anställningsskydd du haft vid rehabilitering. Vid framtida avvikelser eller misskötsel kan arbetsrättsliga åtgärder vidtas och det tas inte hänsyn till bruk av alkohol/droger vid bedömningen av saklig grund för uppsägning.

Jag är medveten om att ifall jag inte fullföljer överenskommelsen kommer arbetsgivaren att vid framtida avvikelser eller misskötsel vidta arbetsrättsliga åtgärder. Det kommer således inte tas hänsyn till bruk av alkohol/droger vid bedömningen av saklig grund för uppsägning.

Parterna samtycker till innehållet i överenskommelsen.

.....  
Datum

.....  
Ort

.....  
Underskrift, anställd

.....  
Namnförtydligande

.....  
Underskrift, arbetsgivare

.....  
Namnförtydligande

