

Rehabiliteringsinsatser – en naturlig del av personskaderegleringen?

Trafikskadeersättning

För personskador, som uppkommer vid trafikolyckor med motordrivna fordon i Sverige, utges trafikskadeersättning. Den beräknas enligt skadeståndsrättsliga regler och betalas ut från trafikförsäkringen. Ersättning kan lämnas för sveda och värk, kostnader, inkomstförlust/förlust av underhåll och för lyte eller annat stadigvarande men.

När en trafikskadad inte kan arbeta i den omfattning han eller hon skulle ha gjort om skadan inte hänt, uppstår en inkomstförlust. Ersättning för framtida inkomstförluster är den största kostnadsdelen för trafikförsäkringsbolagen, trots att trafikskadeersättningen oftast utgör en liten del av den totala inkomstförlusten. Samordningsförmåner, d v s annan ersättning den skadade har rätt till för inkomstförlust (sjuklön, sjukpenning, sjukersättning, arbetsskadelivränta, ersättning enligt kollektivavtal mm) ska räknas av och trafikskadeersättning ska täcka den resterande, mindre delen.

Trafikförsäkringsutredningen – startskottet för trafikförsäkringsbolagens rehabiliteringsaktiviteter?

Trafikförsäkringsutredningen (TFU) tillsattes 2007 och enligt direktiven skulle utredningen lämna förslag till hur vissa socialförsäkringsutgifter skulle kunna överföras till trafikförsäkringen. Tanken var att trafikförsäkringen skulle bära hela ersättningsansvaret för bl a inkomstförluster till trafikskadade och detta skulle naturligtvis medföra betydande kostnadsökningar för trafikförsäkringsbolagen.

Det framstod mycket klart, att tidiga och framgångsrika rehabiliteringsinsatser, med syfte att snabbt hjälpa den skadade att återgå i förvärvsarbete, skulle bli en mycket betydelsefull del i den framtida personskaderegleringen. De privata bolagens rehabiliteringsinsatser hade dittills varit av blygsam art och skaderegleringen hade präglats av väntan på att andra aktörer skulle agera. De ekonomiska drivkrafterna för de privata bolagens arbete med rehabiliteringsfrågor blev mycket starka och bolag började tidigt arbeta mer systematisk med rehabiliteringsfrågor.

Utredningen lämnade sitt slutbetänkande i januari 2010 och som de flesta säkert känner till, lades förslaget på is p.g.a. att de föreslagna kostnadshöjningarna inte ansågs rimliga att genomföra just då.

Flera olika aktörer i rehabiliteringen

Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för en mängd olika former av insatser och åtgärder som kan vara av medicinsk, social, psykologisk eller arbetslivsinriktad karaktär. Ofta är det många olika aktörer inblandade när det gäller rehabilitering av trafikskadade

och ansvarsfördelningen mellan dessa aktörer är oklar. Den allmänna uppfattningen är att rehabiliteringsarbetet i ett historiskt perspektiv inte har fungerat speciellt bra.

Hälso- och sjukvården ansvarar för den medicinska rehabiliteringen och för de hjälpmedel den skadade kan behöva för att kunna klara sin dagliga livsföring.

Arbetsgivaren ansvarar för den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen. Ansvar för finansiering är dock begränsat och avser bara åtgärder som kan ske inom eller i anslutning till den egna verksamheten eller för att den anställda ska kunna vara kvar i sin tidigare verksamhet. Normalt sett kan det ställas större krav på stora företag med många anställda, eftersom de anses ha bättre möjligheter och resurser att erbjuda rehabiliteringsåtgärder, anpassa arbetsplatsen eller omplacera den skadade.

Om arbetsgivare saknas, är det Arbetsförmedlingen som ansvarar för att erbjuda arbetslösa eller personer som riskerar att bli arbetslösa, utredning och vägledning samt rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser för dem som behöver särskilt stöd.

Kommunerna har det yttersta ansvaret för att kommuninvånarna ska få den hjälp och det stöd de behöver. Kommunens socialtjänst ansvarar för den sociala rehabiliteringen och ska ge kommuninvånarna service, upplysningar, råd och bistånd i enskilda angelägenheter.

Försäkringskassan ansvarar för att initiera och samordna alla inblandade aktörers rehabiliteringsinsatser. Enligt lagen om allmän försäkring ska rehabiliteringen syfta till att den skadade får eller får tillbaka sin arbetsförmåga för att kunna försörja sig via förvärvsarbete. Försäkringskassans ska se till att inblandade rehabiliteringsaktörer gör vad som krävs för att en effektiv rehabilitering kan uppnås. Försäkringskassan vidtar inte några egna åtgärder och finansierar knappast längre några rehabiliteringsinsatser.

Tyvärr saknar Försäkringskassan befogenheter att bestämma vad andra aktörer ska göra och kan inte heller tillgripa några sanktioner, t ex om en arbetsgivare inte genomför anpassningsåtgärder på arbetsplatsen. Den skadade har ingen uttalad rätt att kräva vissa rehabiliteringsinsatser men är skyldig att medverka och delta i de åtgärder som förslås.

Samverkansavtal

Försäkringskassan har under senare år träffat överenskommelser om samverkan med flera olika aktörer. Under 2007 tillkom ett avtal mellan dåvarande Sveriges Försäkringsförbund och Försäkringskassan angående samverkan kring trafikskadade. Detta avtal innebar att försäkringsbolagen fick möjlighet att medverka kring den trafikskadades rehabilitering och bli en part i rehabiliteringsprocessen.

Under 2010 träffade försäkringsbranschen och Arbetsförmedlingen ett liknande samverkansavtal. Utgångspunkten för denna samverkan är att även försäkringsbolaget kan ses som en aktör i rehabiliteringen.

Det är trafikförsäkringsbolaget som ska ta initiativet till samverkan med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Rehabiliteringskedjan

Från 1 juli 2008 införde Försäkringskassan rehabiliteringskedjan. Den innebar begränsningar av antalet sjukpenningdagar och att fasta tidsgränser också infördes för prövning av arbetsförmågan. Förmågan att arbeta skulle nu prövas dels i förhållande till aktuellt arbete, dels till andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren och även i förhållande till arbeten på hela arbetsmarknaden. Rätten till sjukpenning ska enbart baseras på medicinska grunder, vilket innebär att färre personer nu har rätt till sjukpenning. Även reglerna för sjukersättning har skärpts och nu kan bara personer som bedöms ha en mycket långvarig, i stort sett permanent, arbetsoförmåga få sjukersättning.

Trafikskadade, som har tidsbegränsade sjukersättningar, har fått eller riskerar att få sin ersättning indragen vid försäkringskassans omprövning t o m 2012. Lagen om allmän försäkring och skadeståndslagen, som ligger till grund trafikskadeersättningen, har numera olika utgångspunkter vid bedömning av arbetsoförmåga respektive inkomstförlust. Försäkringskassan ska enbart ta hänsyn till medicinska grunder men enligt skadeståndslagen ska hänsyn också tas till den skadades ålder, utbildning, bosättningsförhållanden mm. Det innebär att personer som inte har rätt till sjukpenning eller sjukersättning i stället kan ha rätt till trafikskadeersättning.

Antalet skadade personer med inkomstförluster, men utan ersättning från försäkringskassan, har ökat efter att rehabiliteringskedjan infördes.

Trafikförsäkringsbolagen riskerar därmed betydande kostnadsökningar i skadefall med långvarig arbetsoförmåga och där samordningsförmåner saknas, helt eller delvis.

Införandet av rehabiliteringskedjan och dess konsekvenser för bolagens skadekostnader har därmed ökat de ekonomiska drivkrafterna för fortsatt arbete med rehabiliteringsaktiviteter. Nedan visas ett exempel på beräknad kostnad för framtida inkomstförlust, med respektive utan samordningsförmåner:

Man, 35 år vid skadetillfället och helt arbetsoförmögen efter trafikskada.

Bolagets beräknade kostnader för ersättning för framtida inkomst- och pensionsförlust uppgår till:

Med samordningsförmåner: 3 – 5 MSEK

Utan samordningsförmåner: 7 – 10 MSEK

Ny roll för personskadereglerare

Traditionellt har personskadereglering inneburit en viss passivitet i avvaktan på att andra aktörer ska genomföra åtgärder inom sitt ansvarsområde. Innan rehabiliteringskedjan infördes, var det rätt vanligt med sjukersättningsperioder som sträckte sig över flera år. Det här systemet bidrog till bolagens långa handläggningstider för personskador.

Efter att rehabiliteringskedjan infördes, har antalet dagar med sjukpenning begränsats liksom möjligheten att få sjukersättning. Trafikbolagens handläggare måste redan från början hålla sig löpande uppdaterade om vad alla övriga inblandade aktörer gör eller planerar att göra i det enskilda ärendet. Personskadereglerarna har också fått en mer aktiv roll i rehabiliteringsarbetet.

Yvonne Sjögren har i sin artikel Personskaderegleringen och den nya socialförsäkringen i Nft nr 1 2011 väl belyst hur förändringarna i socialförsäkringssystemet fått stora konsekvenser för försäkringsbolagens reglering av personskador.

Vad har vi gjort på If?

För att lära oss mer om rehabiliteringsfrågor, genomförde vi tre pilotprojekt tillsammans med externa rehabiliteringsaktörer under åren 2008 – 2011. Ett av projekten avsåg multidisciplinär rehabilitering, ett hade tyngdpunkten på KBT (kognitiv beteendeterapi) och det tredje handlade om omställning, alltså hjälp med att hitta nytt arbete/arbetsuppgifter.

I varje projekt deltog 13 – 18 personer och många hade varit sjukskrivna eller haft sjukersättning i flera års tid, i några fall i mer än tio år.

I den multidisciplinära rehabiliteringen bestod teamet av läkare, sjukgymnast och psykolog. Vid behov kunde också dietist, personlig tränare m fl ingå. Programmet inleddes med en arbetsförmågebedömning med prognos. För de flesta deltagarna fick vi också förslag på fortsatt träningsprogram. Fem personer genomgick endast en arbetsförmågebedömning och samtliga bedömdes ha 100 % arbetsförmåga i tidigare yrke. Dessa personer återgick direkt eller successivt till tidigare heltidsarbeten. Resterande 10 personer genomförde individuella träningsprogram under 2 -10 månader och alla utom tre, kunde återgå till heltidsarbete.

I projektet med fokus på KBT-behandling deltog arton personer, tretton kvinnor och fem män. För 80 % av deltagarna var diagnosen WAD och den genomsnittliga sjukskrivningstiden innan projektstart var 829 dagar. Sjukperioderna varierade mellan 135 och 3072 dagar. Två deltagare var inte sjukskrivna men riskerade att bli det och deltog därför i förebyggande syfte. Även här ingick läkare och sjukgymnast i teamet

utöver KBT-psykolog. Den genomsnittliga rehabiliteringstiden var 8,2 månader. Vid start var 14 personer sjukskrivna och efter genomförda program, var åtta personer sjukskrivna, en på heltid och övriga på 50 % eller mindre. Arbetsförmågan fördubblades för gruppen som helhet, från 38 % till 78 %.

I det tredje pilotprojektet låg huvudfokus på omställning, vilket innebär att den skadade får hjälp med att definiera sina möjligheter och drivkrafter, att förbereda sig på att söka eller byta arbete och i vissa fall omskola sig för att kunna utöka sin arbetsförmåga. Många av deltagarna hade varit sjukskrivna eller haft sjukersättning under flera års tid. Totalt ingick 13 personer. För fem deltagare ledde rehabiliteringsprogrammet till stadigvarande heltidsarbete och för en deltagare till halvtidsarbete. För resterande sex deltagare var situationen i stort sett oförändrad jämfört med vid projektstart.

Vi skapade också en intern rehabgrupp som bestod av ett 10-tal intresserade handläggare. De fick särskild utbildning, möjligheter att delta på konferenser, träffa externa rehabiliteringsaktörer etc. De har arbetat med urvalsfrågor och följt upp de personer som deltagit i pilotprojekten. Rehabhandläggarna bistår också sina kollegor i rehabfrågor och de har också medverkat till att vi infört nya, proaktiva rutiner och arbetsprocesser för trafikskadade som är sjukskrivna.

Här redovisas två exempel där If initierat rehabiliteringsinsatser:

Exempel 1

Ung man, plattsättare, som fick en lättare ryggskada vid en trafikolycka. Besvären bedömdes arbetshindrande i arbete som plattsättare och men inte i annat, lämpligt arbete.

Det fanns således ingen rätt till sjukpenning och försäkringskassan var inte inblandade i ärendet. Vid besök på arbetsförmedlingen ansågs han vara helt arbetsför i lämpliga arbeten och några andra insatser bedömdes inte nödvändiga. Han uppmanades söka lediga arbeten och under tiden fick han ersättning från A-kassa. Han sökte flera arbeten men fick inget av dem. Tiden gick, A-kassedagarna riskerade att upphöra och hans självkänsla började svikta. Den aktuelle mannen började uppge en del psykiska besvär. Han kände sig nedstämd och uppgiven och hade sömnproblem p g a tilltagande värk. Vi bedömde att det fanns en stor risk för långvarig arbetslöshet om inte några åtgärder vidtogs. Både han själv och hans ombud var positiva till projektet.

Efter inledande kartläggning fann man, att detta var en mycket praktiskt lagd man som helst ville arbeta som målare. Han hade läs- och skrivsvårigheter och varken ville eller bedömdes klara studier på gymnasiet bygg/målarutbildning, som är den vanligaste utbildningen för målare.

Omställningsföretaget lyckades hitta en praktikplats som målare. Vår kund fick där möjlighet att prova om han klarade av arbetet som målare och arbetsgivaren hade möjlighet att bedöma hans förutsättningar och lämplighet för yrket. Allt föll väl ut och efter en tids praktik, fick han genomföra ett arbetsprov, som senare godkändes av en extern inspektör. Denne gjorde också bedömningen att vår skadade kund skulle behöva ca 1 800 timmar som lärling innan han var klar för gesällprov.

Lärlingsåret gick bra, gesällprovet är avklarat och den arbetsgivare som tillhandahöll praktik- och lärlingsplatsen har nu också tillsvidareanställt den aktuelle mannen som målare på heltid.

If lämnade ersättning för inkomstförlust som mellanskillnaden på tänkt lön som plattsättare och faktiska inkomster under knappt under drygt ett och ett halvt år. Därefter motsvarar inkomsterna som målare de han skulle haft som plattsättare och någon skadebetingad inkomstförlust föreligger inte.

Exempel 2

Gäller en ung kvinna, som fick en skullskada vid en trafikolycka. Skadan medför kognitiva besvär och koncentrations- och inlärningssvårigheter och bedöms motsvara en ganska stor funktionsnedsättning. Innan aktuell trafikolycka hade hon haft flera anställningar, bl a som servitris och butiksbiträde, men vid olyckstillfället var hon arbetslös.

Efter trafikolyckan var hon sjukskriven en period och därefter började hon aktivt söka en mängd arbeten. Hon fick flera av dem men stannade bara korta perioder innan hon själv sade upp sig, fortsatta att söka nya arbeten osv. Hon uppgav att skälet till de korta anställningstiderna var att hon inte klarade av arbetsuppgifterna, blev illa behandlad av arbetsgivarna eller kände sig utfrys av arbetskamraterna.

Vi bedömde att det här fanns stor risk för att denna kvinna inte skulle orka med dessa ständiga arbetsbyten och till slut ge upp. Här var det viktigt att hitta en stabil och hållbar lösning. Hennes rehabilitering inleddes med psykologkontakt och mycket tid ägnades åt att få henne att förstå och acceptera sina möjligheter och begränsningar. Hon bedömdes ha mycket god hand med barn och hon fick en praktikplats på ett daghem. Praktiken fungerade mycket bra och hon är nu tillsvidareanställd på heltid. Denna kvinna vill gärna utbilda sig till barnskötare men p g a skadorna klarar hon inte av längre studieperioder. Hon har därför ett avtal med arbetsgivaren om att hon kommer att få ledigt för studier under flera kortare perioder för att kunna läsa till barnskötare etappvis. Hon trivs mycket bra och arbetsgivaren är nöjd. Någon skadebetingad inkomstförlust att ersätta för försäkringsbolaget föreligger inte.

Våra erfarenheter och tankar om framtiden

Vi är övertygade om att lyckade rehabiliteringsinsatser skapar en win-win-win-situation för alla inblandade – för den skadade, för bolaget och för samhället. Majoriteten av våra skadade kunder vill arbeta och därmed få möjlighet att vara delaktiga i ett större sammanhang. De anser att ett arbete ger dem stort mervärde och en ökad livskvalitet.

De allra flesta deltagarna i våra projekt och i aktiviteter därefter är mycket positiva och nöjda. Många av dem har särskilt tackat för den hjälp och det stöd de fått och berättar att de känner sig tagna på allvar. Vi tycker också att de juridiska ombuden oftast varit mycket positiva till föreslagna rehabiliteringsaktiviteter och stöttat sina klienter.

Eftersom rehabiliteringskedjan infördes under pågående projektperiod, saknar vi relevant jämförelsematerial. Det är därför mycket svårt att dra några säkra slutsatser om i vilken grad de av If initierade rehabiliteringsaktiviteterna kan ha bidragit till återgång i arbete eller till en utökning av arbetsförmågan. En del av effekten kan naturligtvis vara en konsekvens av att det blivit svårare att få ersättning från Försäkringskassan eller också är resultatet en kombination av dessa åtgärder, eventuellt tillsammans med andra faktorer.

Med hänsyn till våra tidigare kunskaper och erfarenheter, är vår bedömning ändå att om vi inte tagit initiativ till dessa insatser, skulle deltagarna inte ha återgått i arbete i den omfattning som nu blev fallet. Det tidigare redovisade exemplet, med uppgifter om beräknad kostnad för framtida livränta, visar tydligt att även ett fåtal lyckade rehabiliteringsinsatser får stort genomslag på de totala skadekostnaderna.

Vi anser inte att de privata bolagen ska ta över ansvaret från övriga inblandade instanser. Däremot måste personskaderegleringen vara mycket mer aktiv initialt i de ärenden där det bedöms finnas risk för framtida inkomstförluster. Bolagens handläggare måste tidigt följa upp att andra instanser vidtar åtgärder inom sitt ansvarsområde men också arbeta med tidiga riskanalyser och fortsätta utveckla rutiner för samverkan kring rehabiliteringsfrågor med andra berörda aktörer, t ex arbetsgivare, försäkringskassa och arbetsförmedling.

Vi konstaterar att det också kommer att finnas vissa typer av skadeärenden, där det är särskilt intressant för bolagen att ta egna initiativ till och finansiera rehabiliteringsaktiviteter för att hjälpa en skadad att ta tillvara så stor del som möjligt av sin arbetsförmåga. Det kan t ex gälla skadefall där den skadade saknar möjligheter att få hjälp från annan instans. Vi kommer därför fortsätta att samarbeta med externa rehabiliteringsaktörer för att vid behov kunna erbjuda rehabiliteringsinsatser av hög kvalitet.

Idag har många privata bolag rehabiliteringsaktiviteter som en integrerad del av personskaderegleringen. Det här området är dock relativt nytt och utforskat för många

personskadehandläggare . Vi tror att det kommer att hända en hel del under den närmaste tiden, både vad gäller metoder och praxis. Vi på If ser fram emot denna utveckling och vi hoppas kunna bidra till fortsatta framsteg för trafikförsäkringsbolagens arbete med rehabiliteringsfrågor.

Eva Lindahl