

•
•
•
•
•
•
•

Tomas Alsbro, Whiplash Info

www.whiplash.pp.se

Telefon: 0155 373 38

Fax: 0155 29 63 77

Mobil: 070 46 99 730

Whiplash Info

Remissyttrande till Finansinspektionen



Fi 2002/1784, Regeringsuppdrag

Remissyttrande till Finansinspektionen

Fi 2002/1784, Regeringsuppdrag

Bakgrund	4
Utdrag ur Regeringsuppdraget	4
Kortfattat om portalen Whiplash Info	4
Indelning i problemområden	4
A. Försäkringsvillkor och information om dessa	4
B. Den försäkrades relation till sitt eget bolag	5
Den egna försäkringsgivaren blir motpart	5
Skadade hamnar i svårt underläge	6
De skadade misstror skaderegleringssystemet	6
C. Rättsläget – Rättsskydd – Trafikskadenämnden (TSN)	6
Motparten styr hela processen	6
Brister i information	7
Om den skadade inte är nöjd	8
Rättsskydd / Rättshjälp	8
Oacceptabelt svårt rättsläge för den skadade	8
Motparten kontrollerar den skadades rättsliga situation	8
Svårt att engagera ombud, bedriva utredning och engagera adekvata vittnen	9
Konsumentskydd och konsumentintresse	9
D. Handläggningstider	10
Skadehanteringen är synbarligen inte prioriterad	10
Branschen förmår inte ändra sig frivilligt	12
Branschens lobbyism	12
Snabbt omhändertagande av vikt för rehabilitering av skadade	12
...är gammal välkänd kunskap inom branschen	12
Svåra problem för såväl individen som samhället	13
Orsaker till lång handläggningstid	13
E. Försäkringsläkarsystemet (sakkunnigläkare)	14
a. Läkarnas beroendeställning	14
b. Bristerna i bedömnings- och kommunikationsprocessen	15
c. Rekryteringssystemet	16
d. Systematiska ”konsensuslögnar”	17

e. Ojämligheter i kollegiala informella nätverk,	18
<i>Allmänna åtgärdsförslag för befrämjande av kortare handläggningstider mm</i>	<i>18</i>
<i>Noteringar och bilagor</i>	<i>20</i>

Bakgrund

Utdrag ur Regeringsuppdraget

Departementschefen anger i uppdraget:

Inspektionen skall informera berörda myndigheter, intresseorganisationer och andra organ om uppdraget och på ett tidigt stadium inhämta synpunkter från dessa när det gäller försäkringsbolagens personskadereglering inom trafikförsäkringen. Inspektionen skall i redovisningen av uppdraget ange vilka kontakter som tagits och resultatet av dessa

Kortfattat om portalen Whiplash Info

Whiplash Info har under loppet av drygt två år vuxit till att idag ha ca 25 000 besök per månad, och med en sidexponering om ca 1 miljon per månad. Tillhörande Hjälp-Forum har idag drygt 1 000 registrerade medlemmar. Totalt har vid skrivandets stund drygt 333 000 unika besök registrerats på servern. Denna portals syfte och målsättning framgår av *Om Whiplash Info*¹.

Indelning i problemområden

Problemområdena som här kommer att beröras kan schematiskt delas in i

- A. Försäkringsvillkor och information om dessa
- B. Den försäkrades relation till sitt eget bolag
- C. Rättsläget – Rättsskydd – Trafikskadenämnden
- D. Handläggningstider
- E. Försäkringsläkarsystemet (sakkunnigläkare)

A. Försäkringsvillkor och information om dessa

Försäkring är en produkt, vars kvalitativa och ekonomiska värde visar sig när produkten behöver tas i anspråk, d v s vid en skada. Kunden måste därför kunna förlita sig på att den information som försäkringsgivaren ger vid kundens beslutsprocess i samband med upphandling av försäkringsskydd är korrekt. Men den försäkrade kan först efter att en skada inträffat, på allvar värdera den ofta långt tidigare upphandlande produkten – och då är det som regel för sent för kunden att reklamera produkten, eller byta leverantör, pga brister i produktens konstruktion, sammansättning och utfall.

Folksam skriver i *Folksam's etiska regler*² under rubriken *Skadereglering*:

Det är vid skaderegleringen som kunden kan avgöra om Folksam är ett bra företag eller inte.

Innan en skada inträffat har kunden endast ett bevis i form av ett försäkringsbrev. Det innebär att kundens förväntningar och uppfattning om produktens innehåll och värde i högsta grad styrs av försäkringsgivarens information i samband med kundens val av bolag och bolagets marknadsföring, samt vad kunden kan förväntas finna i bolagets marknadsföringsmaterial.

Samtidigt blir försäkringen en många gånger extremt viktig och ur ett framtidsperspektiv avgörande produkt för kundens ekonomiska ställning i det fall en skada inträffar.

Det kunden då har att tillgå är försäkringsvillkoren (och möjligen bolagets etiska regler). Här föreligger dock en anmärkningsvärd diskrepans mellan å ena sidan vad som gäller

exempelvis stöldbegärlig egendom, och å andra sidan personskadorna. I villkoren för t ex Trygg-Hansas fordonsförsäkring/motorförsäkring kan man utförligt läsa om vad som ersätts, vad som inte ersätts och under vilka villkor det ersätts när det gäller stöldbegärlig egendom. Men ingenstans finns angivet att eventuellt kvarstående följer av exempelvis ett whiplashtrauma i samband med trafikolycka endast ersätts i den mån den drabbade akut uppsöker läkare eller att så sker inom åtminstone 72 timmar³. Ingenstans i villkoren finns angivet att försäkringsläkarna inte skall träffa den skadade eller att bedömningen ofta numera rekommenderas ske enbart på journalanteckningar och inte nödvändigtvis på adekvat utformade läkarintyg, vilket tidigare varit en självklarhet⁴.

En mycket spridd uppfattning bland skadade som drabbats av bestående funktionsnedsättningar efter nackskador är att om man hade förstått hur intensivt försäkringsgivaren skulle förhålla och fördröja deras ärende, avvisa krav och ge ”skambud”, så hade man försökt välja ett annat bolag.

Vid ett personskadeseminarium i Försäkringsföreningens regi den 24 oktober 2002 gjorde både Henrik Lundin, personskadachef på Folksam och Kajsa Hallberg, Trafikskadenämndens (TSN) ordförande, följande träffande indelning av personskadorna.

1. Enkla, lindriga, snabbt övergående och lätta att schablonisera och därmed snabbt slutreglera.
2. ”Enkla”, svåra skador med bestående besvär, som kräver individuell bedömning och relativt lång tid innan man kan slutreglera, men som ändå sällan innebär några problem eller tvister.
3. Komplicerade, ”lindriga” skador, framför allt de svårbedömda WAD-fallen, där försäkringsbolagen allt mer tydligt eftersträvar att kunna schablonisera bedömningen, men där problem och tvist ofta uppkommer, bl a pga krav från de försäkrade att få en individuell bedömning i enlighet med Skadeståndslagen. Även i dessa fall kan det krävas flera års utredning och rehabiliteringsförsök innan slutreglering kan göras.

Ersättningssystemet för trafikskador bygger på Skadeståndslagen och är skapat för individuella bedömningar. Det stora antalet trafikskador har skapat ett behov av möjlighet till schablonisering och förenkling i så många fall som möjligt. Individuell bedömning är dock, som ovan sagts, både rimlig och ofta nödvändig i de svårare fallen. Emellertid har nackskadorna efter trafikolyckor ökat dramatiskt under det senaste decenniet medan andra, svåra skador har minskat. Nackskadade med minst 10 % bestående funktionsnedsättning svarar för 67 % av alla skador som till följd av trafikolyckor orsakar funktionsnedsättningar⁵. Inofficiella uppgifter från försäkringsbranschen indikerar en frekvens på minst 70 000 bakpåkörningar i Sverige per år (2000). Det stora antalet whiplashskador betraktas av försäkringsbolagen som alltmer ohanterligt om man inte får till stånd en schablonisering - något som i praktiken är omöjligt i de fall som kategoriserats ovan under punkten 3. Det är också i denna kategori de allra flesta tvistefallen uppkommer. I det följande kommer därför sammanställningen att inriktas på denna grupp av personskador (punkt 3).

B. Den försäkrades relation till sitt eget bolag

Den egna försäkringsgivaren blir motpart

Det är den försäkrades eget trafikförsäkringsbolag som reglerar en skada oberoende av vem som varit vållande eller medvållande (i förekommande fall genomförs regresser mellan bolagen). I den stund en skadad person meddelar att han/hon är missnöjd med denna skadereglering blir ens eget bolag motpart med allt vad detta innebär. Det egna bolaget/motparten har beslutsrätt vad gäller den försäkrades behov av juridiskt ombud, egna medicinska utredningar och ekonomiskt bistånd till täckning av sådana utgifter samt till rättegångskostnader vid tvist som förts till domstol.

Försäkringsgivaren reglerar således enligt svensk praxis även en skadevållande motparts skada, och övertar därför i praktiken motpartens roll, både i skaderegleringsprocessen och

i förekommande fall genom processen i TSN och i domstol. Den skadelidande står utan stöd från sin försäkringsgivare, som plötsligt iklätt sig motpartsrollen. I stället för att utgöra den trygghet som kunden trott sig ha köpt och som försäkringsgivaren i sin marknadsföring framhållit att just deras bolag tillhandahåller, så upplever kunden att hans eget bolag är hans störste antagonist när det gäller att få ut ersättning enligt lag och avtal. Bolaget ”äger” hela utredningsprocessen.

Ofta har den skadade också sin rättsskyddsförsäkring i samma bolag (se också nedan under C), då bolagen i sin marknadsföring påtalar risken för dubbla självrisker i händelse av bl.a. inbrottsskada i bilen (hemförsäkringens självrisk i kombination med fordonsförsäkringens självrisk). Därtill kommer bonusfördelar i att ha försäkringarna i samma bolag.

Skadade hamnar i svårt underläge

Skadade försäkringsskador konstaterar att de redan från skadetillfället befinner sig i ett kraftigt underläge gentemot sitt eget bolag. De betraktar inte bolaget som stående på sin sida, vilket de också får bekräftat av bolagen när dessa gör gällande att en av deras målsättningar är att bevaka försäkringskollektivets intressen (mot de skadedrabbade), så att inte felaktig eller orättmätig ersättning utbetalas. Försäkringsläkaren Einar Perman och professor emeritus i socialmedicin Claes-Göran Westrin skriver under rubriken *Vad är försäkring* i boken *Försäkringsmedicin*⁶:

Försäkring blir ekonomiskt förmånlig för försäkringstagarna när kostnaden delas av många i ett stort försäkringskollektiv – och få drabbas.

Skadan medför ett snabbt rollbyte från tillhörande ett närande försäkringskollektiv till tärande enskild försäkringstagare.

Skadeersättningar är en stor och växande utgiftspost i bolagens bokslut och belastar resultaten negativt. Under 90-talet har dessutom en långtgående strukturomvandling skett inom branschen med integrering till bank- och finanssektorn. Redan under 80-talet diskuterades inom branschen den kommande omvandlingen från försäkringsbolag till finansinstitut. Uppköp och sammanslagningar med omorganisationer och besparingar inom t ex personskadesidan har varit legio de senaste åren. Därtill kommer i dagens läge en djup ekonomisk kris i samtliga svenska bolag.

De skadade misstror skaderegleringssystemet

Många nackskadade berättar resignerat att de upplever att försäkringsbolagen idag verkar använda en ren utmattningstaktik. Bolagen driver de försäkrade dithän att de inte orkar eller har råd att driva sin sak och hävda sin rätt. Dels befinner sig den skadade ofta i en ekonomiskt pressad situation efter sin skada, dels behöver den skadade ägna sin kraft och energi åt terapi, rehabilitering och hantering av de ändrade livsvillkoren. De beskriver hopplöshet, förnedring och djupt kränkande behandling från sin försäkringsgivare som utvecklas till en svår misstro mot alla försäkringsbolag och hela skaderegleringssystemet. De upplever att de blir ifrågasatta i hart när allt de framför till bolagen, samt att bolagen struntar i deras behandlande läkares utlåtanden och intyg. Till detta kommer att många upplever att det förment fristående organet TSN – åtminstone när det gäller deras läkarbedömningar – står helt på bolagets sida.

C. Rättsläget – Rättsskydd – Trafikskadenämnden (TSN)

Motparten styr hela processen

I skaderegleringen efter en skada, där den försäkrade begär ersättning för funktionsnedsättning, ”styr” bolaget - dvs den skadades motpart - processen. I regel har den försäkrade redan skrivit på en fullmakt för bolaget att få in alla journaler. Bolaget begär in övrigt underlag, t ex invaliditetsintyg, kommunicerar sina beslut med den försäkrade, erbjuder ersättning eller meddelar avslag efter förfrågan hos en sakkunnigläkare.

Nedanstående fanns att läsa i Skandias, numera *if...s*, etiska regelverk (utdrag) Dessa regler var förr i princip legio inom samtliga svenska trafikförsäkringsbolag:

6. Skadereglering

Vid skaderegleringen skall gällande försäkringsvillkor, lagstiftning och praxis tillämpas konsekvent. Skandia skall i samarbete med den skadelidande se till att skadeärendet blir så utrett som dess beskaffenhet kräver. Vid behov skall Skandia anvisa den skadelidande hur utredningen bör kompletteras. Skandia skall vidare ge råd och anvisningar för att begränsa uppkomna skador. Om Skandia helt eller delvis avböjer att ersätta en skada eller beslutar att betala mindre än vad som har begärts skall den skadelidande informeras skriftligt om detta. Ställningstagandet skall motiveras. Upplysning skall också lämnas om möjligheterna till omprövning. Skandia skall stå emot hot, påtryckningar och oärlighet från kundernas sida. Vid misstanke om försäkringsbedrägeri skall skadefallet hänskjutas till närmaste chef.

Följande sedan länge hävdvunna principer skall vara vägledande vid skaderegleringen, särskilt vid skadereglering där försäkringstagaren är en konsument:

- 1. Försäkringstagaren skall ha vad som tillkommer honom eller henne enligt försäkringsavtalet, även om försäkringstagaren begär mindre.*
- 2. Vid tveksamhet om en skada skall avböjas eller ersättas, skall ersättning lämnas.*
- 3. Om ett försäkringsvillkor kan tolkas på olika sätt, bör det alternativ väljas som är förmånligast för försäkringstagaren.*

Jag har vid några tillfällen tidigare försökt få branschföreträdares syn på hur man skall tolka punkterna 2 och 3, dock utan att ha fått något konkret svar. Det torde dock inte råda någon större oenighet om hur en presumtiv kund tolkar dessa punkter. När skada så inträffar och tveksamhet inträder p.g.a. exempelvis olika åsikter mellan den skadades läkare och bolagets läkare är det lätt att inse att kunden känner sig lurad, och att han tycker att bolaget kör med falska förespeglningar.

I dotterbolaget *if...s* nuvarande etiska regelverk är punkterna 2 och 3 slående nog borttagna.

Brister i information

Jag vill påstå att det ofta brister i den information den skadade får, särskilt i de fall de har rätt att få motiverade avslagsbeslut. Det är t ex vanligt att den försäkrade uttryckligen måste kräva att få del av vederbörande läkares bedömning (som dessutom ytterst sällan är motiverad, om ens läsbar) och namnet på denne. Bara i rena undantagsfall får den försäkrade veta vilket underlag bolaget och dess läkare grundar sina bedömningar på. Det finns gott om exempel på att bolaget inhämtat den försäkrades samtliga journaler, utan att denne har en aning om vad som står i dessa eller erbjuds möjligheter att kommentera uppgifter i dem.

Situationen förbättras inte för de skadade när det har gått så långt att ett försäkringsbolag (LF), idag till och med kräver in bevis från skadade att de inte sökt läkare innan skadetillfället då journalkopior saknas för tid innan olyckan. Att den skadade och dennes primärvårdsläkare skriftligen intygat att den skadade pga avsaknad av behov inte sökt läkare för tiden innan olyckan tar LF ingen notis om (se skriftväxling mellan undertecknad och LF⁷).

Behovet av juridiskt bistånd är av förklarliga skäl ofta stort redan här, men bolagens policy att erbjuda ersättning för juridiskt ombud varierar mycket. De senaste åren har flera bolag också intagit en alltmer restriktiv, för att inte säga ogin, hållning när det gäller den försäkrades möjlighet att anlita kompetent advokat och göra egna medicinska utredningar för klargörande av skadans omfattning, invaliditetsgrad och sambandsfrågor.

Något försäkringsbolag rapporterades av inspektionen (1998) förorda ett ökat nyttjande av juridiskt ombud åt den skadade för att påskynda och bistå den skadelidande. Det har

dock inte återspeglats i någon förändring eller förstärkning av den skadelidandes möjligheter att anlita erforderlig juridisk kompetens i vare sig trafikförsäkringens eller hemförsäkringens villkor för rättsskydd – tvärtom.

Om den skadade inte är nöjd

I de fall bolaget har godkänt sambandet och föreslagit en medicinsk invaliditet på 10 % eller mer skall ärendet sändas till TSN för kontroll av bolagets bedömning (obligatorisk granskning). Den försäkrade kan också begära att ärendet förs till TSN för bedömning i de fall bolaget föreslagit lägre ersättning eller avvisat samband (icke-obligatorisk). I sådana fall begärs nästan regelbundet en försäkringsmedicinsk bedömning av den ena eller båda sakkunnigläkarna som TSN har kontrakt med (en neurolog och en ortoped), och det är som regel här som tvisten mellan den försäkrade och dennes bolag brukar bli uppenbar. Om den försäkrade inte är nöjd med bolagets bedömning och inte heller med TSNs beslut/förslag – då återstår bara att stämma bolaget i tingsrätten om man vill gå vidare och få sin rätt till ersättning prövad.

Rättsskydd / Rättshjälp

I det läget (om inte förr) blir det aktuellt att ta sin rättsskyddsförsäkring i anspråk. Fram till för några år sedan fanns möjlighet för personer med låga inkomster att i det läget få allmän rättshjälp (via en advokat). Den möjligheten är i princip avskaffad genom en ändring i Rättshjälplagen 1997.

I förarbetena till den reformerade rättshjälplagen framgår att man avsåg att följa upp lagens konsekvenser:

Redan i samband med att den nya lagen infördes utlovade regeringen att det nya systemet skulle följas upp och att en utvärdering av bestämmelserna skulle göras när de varit i kraft en tid (prop. s. 103). Regeringen har i april 2000 gett Domstolsverket i uppdrag att göra en utvärdering och en allmän översyn av den nya rättshjälplagen (1996:1619). Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 1 oktober 2001.

En skadad uttryckte det som att det verkar som om lagstiftaren och Finansinspektionen betraktar försäkringsgivare och framförallt TSN som en ideell och halvstatlig offentlig verksamhet, vars främsta syfte är att bistå den skadade med medicinsk och juridisk hjälp vid skada. Att varken TSN eller försäkringsbolagen i realiteten har någon sådan roll blir en obehaglig överraskning för många, då de inser att de, när de drabbats av en skada, dels får det egna bolaget som motpart, dels inte får tillstymmelse till motsvarande bolagets resurser för att bedriva egen medicinsk och juridisk utredning i konflikten med denna motpart. De upplever sig möta en oförstående eller avvisande attityd från både det egna bolaget och TSN:s läkare, men också från myndigheter och FI när de försöker påtala fel och brister i bolagens agerande i samband med skaderegleringen.

Oacceptabelt svårt rättsläge för den skadade

Den skadade har ett hart när oöverstigligt svårt och fullständigt oacceptabelt rättsläge gentemot motparten – det egna försäkringsbolaget, redan innan en tvist går så långt som till domstol. Det rättsskydd som står till förfogande kan tas i anspråk först vid domstolsprocess och rättshjälpen är i praktiken borttagen som reell möjlighet. Därtill är rättsskyddsbeloppen kraftigt underdimensionerade och konsumeras i regel med råge redan i tingsrätten.

Motparten kontrollerar den skadades rättsliga situation

Försäkringsbolaget – motparten – kontrollerar dessutom den skadades rättsskydd i egenskap av försäkringsgivare och påtalar ofta redan initialt för den skadades juridiska ombud (som skall godkännas av bolaget) att denne får vänta på sin ombudsersättning tills ärendet är avgjort⁸, vilket vi nu vet oftast tar flera år. Enligt villkor och regler måste den skadades ombud begränsa sitt timarvode till rättshjälpstaxan, medan bolaget kan betala sitt ombud (och sina medicinska rådgivare, sakkunnigläkarna) efter eget behag. Bolagen skriver också i sina villkor att de har rätt att låta pröva ombudets äskanden i dels Försäkringsbolagens Rättsskyddsnämnd, dels vid skiljenämnd hos Advokatsamfundet⁹.

Rättsskyddet har ett tak på 75 000 -100 000 kr. Beloppet går inte att öka med tilläggförsäkringar. I detta belopp skall tidsspillan, utredningskostnader och eventuella motparts kostnader ingå. I de flesta fall är beloppet överskridet redan i tingsrätten, i all synnerhet om den försäkrade förlorar målet, och många upplever sitt rättsskydd förbrukat innan ens huvudförhandlingen ägt rum. Att gå vidare till hovrätten är ett ekonomiskt vågspele som få enskilda tørs riskera. Bolagens resurser däremot, är i det närmaste obegränsade, vilket de ibland verkar utnyttja i rena maktdemonstrationer. I ett fall uppgick bolagets åskade rättegångskostnader till nästan 1,5 miljoner – som den skadade ska betala.

Eftersom rättsskyddets tak inte har höjts på lång tid och vissa bolag inte heller höjt taknivån sedan mervärdesskatt på advokattjänster infördes kan man säga att skyddet i viss utsträckning försämrats eftersom timkostnadsnormen har ökat varje år (Domstolsverkets rapport, sidan 83).

Svårt att engagera ombud, bedriva utredning och engagera adekvata vittnen
Mot bakgrund av ovanstående kan det hävdas att den skadade aldrig eller i vart fall mycket sällan får tillgång till spetskompetens vare sig inom juridik eller inom medicin. Det ska också sägas att det är märkligt att någon skadad lyckas engagera ett kunnigt juridiskt ombud på ovanstående premisser.

Om man tar i beaktande att den skadade (som regel) inte har ekonomiska resurser att vare sig genomföra en ur skadestånds- och processrättsliga principer rimlig egen medicinsk/juridisk utredning eller anlita erforderliga medicinska vittnen, så är rättsläget idag för den skadelidande oacceptabelt svagt. Vid ett av mig känt tillfälle lät ett bolag flyga in en professor från Canada för att framträda i en svensk rättsal vid tvist med en skadad. Den skadade hade naturligtvis inte några ekonomiska förutsättningar att låta kalla in motsvarande kompetens till styrkande av sin sak.

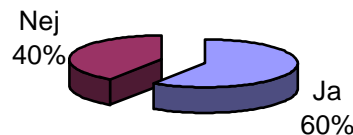
Trafikskadenämndens ordförande, lagmannen Kajsa Hallberg uttryckte bl a följande vid ett seminarium anordnat av Svenska Försäkringsföreningen den 24 september 2002:

”Alternativet till TSN är att gå till tingsrätten och det skulle jag aldrig rekommendera någon trafikskadad med hänsyn till rättegångskostnaderna.”

Konsumentskydd och konsumentintresse

Inom snart sagt alla områden har samhället gått in för att stärka den enskilde konsumentens intressen. Man har aktivt verkat för att via lagstiftning reglera styrkeförhållandena mellan konsument och producent, utom i ett avseende – försäkringsområdet. Genom avskaffandet av rättshjälpen har man slutligen överlåtit ansvaret för att rättsligt säkerställa den försäkrades position till försäkringsbolagens rättsskyddsförsäkringar, dvs till den ena parten vid tvist! Hur tänkte man?

Förlorande part betalar motparts rättegångskostnader vid tvist. Hindrar det Dig från att föra en försäkringstvist till domstol?



Utan anspråk på vetenskaplighet¹⁰ (risk för selektion i vilka som svarade) har 210 läsare svarat på webb-frågan ovan. Frågan ställdes under delar av november månad 2002. Siffrorna talat sitt tydliga språk.

Domstolsverket skriver i sin rapport under punkten 2.4. **Ökat kostnadsmedvetande:**

Den tredje utgångspunkten för den nya rättshjälpslagen var att det nya systemet skulle utformas så att den enskilde fick ett ökat kostnadsmedvetande och ett eget intresse av att hålla kostnaderna nere.

Man kan lugnt påstå att så skett – till den grad att de skadade inte längre har möjlighet att driva sin sak och hävda sin rätt vid domstol, utan att riskera att hamna helt på obestånd. Samtidigt har motparten – bolagen fått fria händer att öka sina kostnader som ren makt demonstration, allt medan skadade har skuldsatts för livet när de förlorat tvist om skadeersättningar efter trafikolyckor. Se också det bifogade PM¹¹ jag fått från advokat Kajsa Collin, Malmö.

D. Handläggningstider

Finansinspektionen (FI) påtalar i sin sammanfattning i regeringsrapport av den 18 december 1998 att man under ett antal år uppmärksammat de oacceptabla handläggningstiderna samt att man påtalat att branschen skall åtgärda dem.

Min erfarenhet utifrån många skadades perspektiv är att handläggningstiderna har blivit ett än större problem sedan 1998, och att problemet gäller främst whiplashskador, dvs skadorna under punkt 3 ovan, som i akutskedet kan te sig skäligen lindriga, men som efter en tid – ibland flera år – kan ge sig till känna genom en tilltagande och ibland svår invaliditet och total arbetsoförmåga. Det är bland annat detta fenomen som ligger bakom de HD-domar som 2001 slog fast att preskriptionstiden för dessa skador ibland måste accepteras betydligt längre än tre år efter olycksfallet.

Vid det ovan nämnda seminariet ”**Vad händer inom personskaderätten**”? tisdagen den 24 september 2002 i regi av Svenska Försäkringsföreningen framgick att också Folksam ansåg att den främsta orsaken till de utdragna handläggningstiderna inom bolagens personskadereglering, var det stora antalet svårbedömda whiplashskador. Branschens lösning på problemet verkade dock vara ökad schablonisering. Men jag anser att schabloniseringssträvandena är en stor del av problemet – de skapar konflikter. Åtminstone tvistefallen måste dessutom rimligen bedömas individuellt.

Vid samma seminarium varnade Jarl Symreng också för bristen på dugliga skadereglerare vid bolagen, något som han menade blivit ett stort problem på senare år. I FIs rapport från 1998 anges att ”*det i ett flertal bolag pågår organisationsförändringar i syfte att skapa ökad effektivitet*”. Dessa organisatoriska förändringar har alltså inte lett till förbättringar i handläggningstiderna. Branschen har medgett att de långa handläggningstiderna delvis beror på organisationsförändringar och personalnedskärningar, men från något håll även skyllt situationen på att de skadade i alldeles för stor utsträckning anlitar juridiska ombud som hjälp och stöd (i whiplashskadefall).

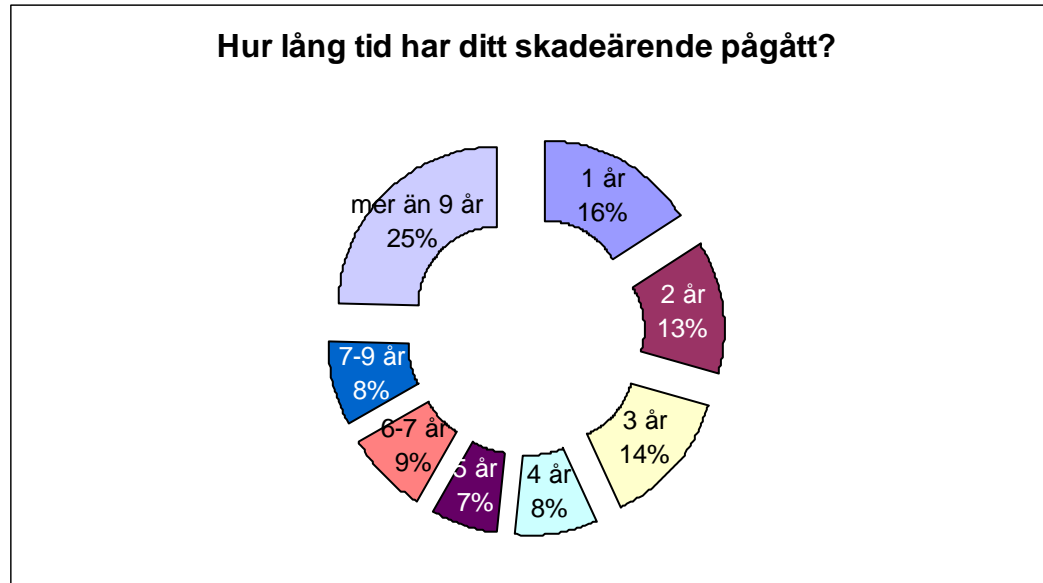
FI förordar i sin rapport 1998 att branschen offentliggör de olika bolagens handläggningstider. Branschen har dock inte visat intresse för att tillmötesgå inspektionen på denna punkt. FI skriver som ett förslag under punkten 7.3 *Konkurrens i skaderegleringen* att TSN skall offentliggöra de enskilda försäkringsbolagens handläggningstider. Mig veterligt har TSN inte anammat detta inspektionens förslag, och det är för övrigt oklart hur TSN skulle kunna göra det om inte bolagen samarbetar. Ansvaret för ett sådant offentliggörande måste anses åvila bolagen.

Henrik Lundin (Folksam) försvarade sig med att för 15 år sedan var försäkringsbranschen i Sverige en enda stor kartell och de senaste årens kraftiga omvälvningar har varit överrumplande – bolagen har inte vant sig vid konkurrensen ännu....

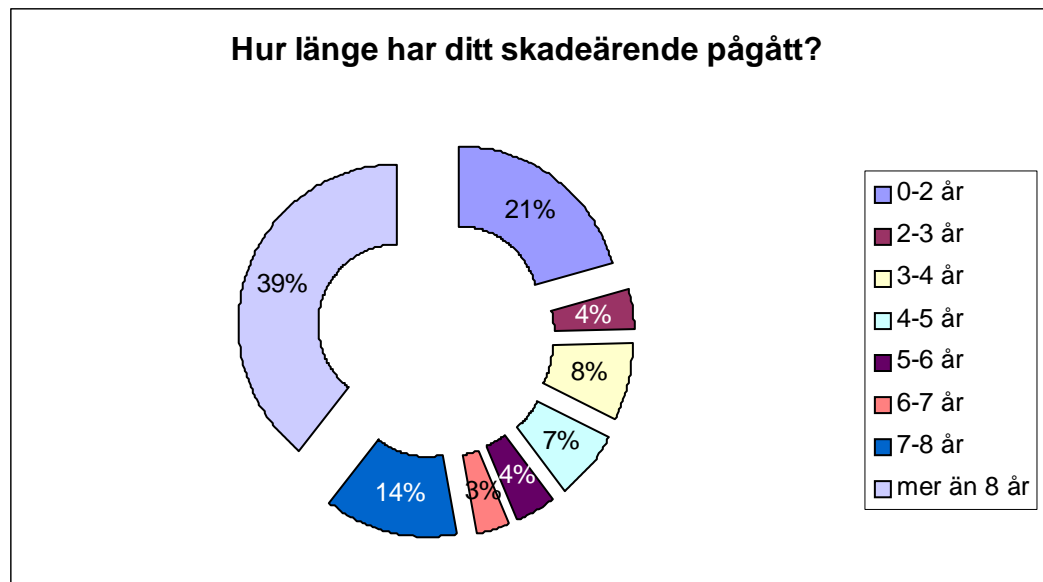
Skadehanteringen är synbarligen inte prioriterad

Det verkar som om bolagsledningarna inte anser att skadehanteringen är ett prioriterat område.

Jag ställde i slutet av år 2000 en enkel fråga till mina läsare - besökare, 242 svarade sålunda:



Frågan upprepades ett drygt år senare, men med lite ändrad utformning på svarsalternativen. 117 svarade och följande resultat erhöles:



Utän anspråk på vetenskaplighet¹² (risk för selektion i vilka som svarade) hade 39 % av de svarande 2001 (4 av 10 skadade!) alltså väntat mer än 8 år på att få sin skada reglerad.

De personskador som uppstår i trafik skall ju ersättas enligt skadeståndsrättsliga principer, vilket i sig innebär en individualiserad ersättning och således individuell skadereglering. Det kräver en kompetent stab av skadereglerare. Men i stället för att prioritera detta område har man gjort personalnedskärningar. Samtidigt skyller branschen de långa handläggningstiderna på de försäkrades krav på individuell skadereglering. Det kan inte på något sätt försvara de idag fullständigt oacceptabla förhållandena för många skadade. Det borde vara branschens ansvar att anpassa sin verksamhet till gällande lag.

De nackskadades erfarenhet är att deras bolag ifrågasätter varje enskild post när det gäller kostnader och i synnerhet inkomstförlust, så till den grad att ärendets slutreglering fördröjs i årtal. Jag bifogar kommunikationen med en förtvivlad försäkringskund som skadades för mer än 11 år sedan¹³.

I Verksamhetsberättelsen från Konsumenternas Försäkringsbyrå för år 1999 framgår under rubriken "Personskador (på skadeståndsrättslig grund)" bl.a:

”Långa handläggningstider är alltså ett skäl till missnöje hos den skadelidande. I flertalet av dessa ärenden väntar den skadelidande på att PM till Trafikskadenämnden skall sammanställas. I vissa fall ... där den skadelidande har advokat upplever denne att vare sig skaderegleraren eller advokaten för ärendet framåt. Några frågor har handlat om att bolaget endast medgivit att ett ombud från orten får anlitas vilket den skadelidande ifrågasatt.”

Man har från TSNs sida angett att man betraktar ärenden där handläggningen hos bolagen pågått i mer än två från akuttidens slut som tidsutdräkt i handläggningen¹⁴.

Beträffande handläggningstiderna i TSN sade dess ordförande Kajsa Hallberg vid seminariet den 24 september i år följande.

Handläggningstiderna i TSN är 3-6 månader med bara enstaka betydligt längre ärenden. Man arbetar i arbetsgrupper och har 156 sammanträden per år, 2002 har man hittills haft 3.600 (?) ärenden varav cirka hälften var icke-obligatoriska, en grupp som visat tendens att öka.

Man kan nog lugnt utgå från att de ”enstaka betydligt längre ärenden” som Hallberg nämner, är nackskadefall som blivit föremål för bedömning hos TSNs sakkunnigläkare. I sådana fall finns exempel på handläggningstider på över året, t o m flera år, bara i TSN.

Branschen förmår inte ändra sig frivilligt

Inspektionen efterlyser i sin rapport strukturella och effektiva grepp från bolagsledningarna när det gäller skadehanteringen. Mot bakgrund av denna rapport från 1998 och dagens förvärrade situation kan man inte dra annan slutsats än att branschen inte på egen hand och/eller frivilligt förmår åstadkomma förbättringar i avseende på handläggningstider. Under de år som gått sedan rapporten kan inte branschen anses ha investerat i skaderegleringen på ett acceptabelt sätt, varken personellt eller tekniskt. En granskning av investeringarnas allokering i branschen skulle vara intressant.

Många ifrågasätter också Finansinspektionens roll som granskande myndighet, när de inte får gehör från inspektionen för anmälningar om brister i bolagens eller TSNs skadehantering, t ex när de upplever fullständigt oacceptabla handläggningstider för egen del som drabbade eller när någon i den närmaste omgivningen drabbats.

Branschens lobbyism

I detta sammanhang vill jag peka på följande rekryteringsstrategi från den gemensamma branschen:

Försäkringsbranschen har via sitt branschförbund – Sveriges Försäkringsförbund – knutit nära band med statsmakten genom utnämningarna av verkställande direktör, som rekryteras från den högsta statsledningen¹⁵. Detta kan spekuleras i vad detta innebär, dels för branschen såsom en synnerligen framgångsrik lobbyist, dels för statsmakten.

De försäkrade har inte någon egen intresseorganisation.

Snabbt omhändertagande av vikt för rehabilitering av skadade

När det gäller den idag allt dominerande skadetyper – halsryggsdistorsioner (whiplash) vet vi att omhändertagandet av den skadade de första 6 månaderna efter traumat kan vara av avgörande betydelse för den skadades prognos:

När besvär kvarstår vid denna tidpunkt (6-9 månader efter traumat) är det mycket stor risk att patienten kommer att få livslånga besvär och överhängande rehabiliteringsproblem¹⁶.

...är gammal välkänd kunskap inom branschen

Redan vid ett symposium, dokumenterat under titeln ”**Medicin och juridik på kollisionkurs**”?¹⁷ 1976, och i ett uppföljande symposium 1981 under rubriken ”**Medicin och juridik hand i hand i praktisk tillämpning**”¹⁸ påtalades vikten av snabb skadereglering av personskador med bestående funktionsnedsättningar, för att

rehabiliteringen ska bli så effektiv som möjligt. Risken är annars att den skadades energi och oro fokuseras på ekonomiska problem och försäkringsfrågor i stället för rehabilitering. Logiskt måste ändå slutreglering av skadan anstå tills efter rehabiliteringen, med de problemen av Moment 22-karaktär det innebär. Den bästa lösningen torde dock vara om bolagen kunde förmås till en positiv och generös attityd i utrednings- och rehabiliteringsstadiet. Det skulle främja såväl kortare sjukskrivningstider, mindre inkomstförlust, lägre definitiv invaliditet, kortare handläggningstider och färre tvister – kort sagt vinst för alla parter.

Problemen med de långa handläggningstiderna är således ingen ny företeelse utan har ansetts utgöra ett problem under de senare dryga 30 åren. Mot bakgrund av att de långa handläggningstiderna vid trafikskador varit på tapeten sedan mitten av 70-talet och fortfarande inte fått sin lösning är det anmärkningsvärt att man från statsmakternas sida inte agerat mer resolut och effektivt när det gäller att framtvinga förbättringar.

Svåra problem för såväl individen som samhället

Sammantaget leder de oacceptabla handläggningstiderna till svåra problem för såväl den skadade som för samhället i stort. Det har vid åtskilliga tillfällen påtalats och konstaterats att den skadade snabbt måste få klarhet i och avsluta sin skadereglering, så att de framtida ekonomiska villkoren inte utgör något hot för den skadade och dennes familj. Detta har synnerligen stor vikt också för att adekvat rehabilitering överhuvudtaget skall ha någon effekt och en eventuell återgång i arbetslivet kan påskyndas¹⁹. Trots det har ingen nackskadad kunnat vittna om något erbjudande från bolaget om hjälp till snabb, adekvat och fungerande terapi och rehabilitering.

Orsaker till lång handläggningstid

Jag anser att de långa handläggningstiderna huvudsakligen beror på följande faktorer:

1. Stora nedskärningar på skaderegleringssidan och att personskadereglering inte är ett personellt och kompetensmässigt prioriterat område inom branschen
2. Bristande konkurrens generellt (oligopol) och i synnerhet gällande försäkringsvillkoren
3. Bristande / frånvaro av adekvata rutiner inom skaderegleringen
4. Försäkringsläkarsystemet så som det fungerar idag skapar svåra förtroendeklyftor och motsättningar mellan försäkrad och försäkringsgivare
5. Självpåtaget tolkningsföreträde i medicinska sambandsfrågor i strid med rådande medicinsk vetenskap, klinisk beprövad erfarenhet och nya kunskaper inom traumatologi, smärtfysiologi, riskfaktorer för kronicitetsutveckling, sjukgymnastik och rehabilitering
6. Skadade har inte ekonomiska eller personella resurser att driva sin sak på ett effektivt sätt
7. Mycket få skadade kan anlita kompetenta ombud
8. Brister i PM och övrigt underlag till TSN

Jag hänvisar än en gång till det bifogade PM jag fått från advokat Kajsa Collin, Malmö. Det måste således till kraftiga påtryckningar och åtgärder för att förmå försäkringsbolagen att dels bedriva en snabb och korrekt skaderegleringsprocess, dels förmås att bidra till att skapa förutsättningar för att den skadade som behöver det, snarast efter olycksfallet får tillgång till adekvat rehabilitering.

E. Försäkringsläkarsystemet (sakkunnigläkare)

Problemen med dagens försäkringsläkarsystem är många, allvarliga och svårlösta. Här ska bara beröras de problem som finns med läkare knutna till försäkringsbolag och Trafikskadenämnden – inte försäkringsläkare vid försäkringskassorna. Aktuella problem kan något förenklat delas in i:

- a. Läkarnas beroendeställning – även i TSN – och det faktum att de i princip ej kan granskas eller avkrävas något ansvar/prickas
- b. Bristerna i bedömnings- och kommunikationsprocessen och det faktum att försäkringsläkarna aldrig undersöker eller ens lyssnar på den skadade
- c. Rekryteringssystemet
- d. Systematiska ”konsensuslögner” – oförklarliga (?) kunskapsdiskrepanser
- e. Ojämligheter i kollegiala informella nätverk, processerfarenhet och ”träning”

Inledningsvis vill jag påtala att min erfarenhet är att de nackskadade och deras sociala nätverk idag så gott som helt saknar förtroende för dagens försäkringsläkarsystem. De litar lika litet på försäkringsbolagens läkare som de gör på tobaksbolagens eller kemiföretagens läkare/sakkunniga. Dessa är parter i ekonomiskt och juridiskt beroendeförhållande till försäkringsbolagen och de utgör bolagens part vid tvist. Detta gäller tyvärr också TSNs läkare – det har mig veterligt aldrig hänt att en nackskadad åberopat någon av dessa läkare som sakkunnig i en domstolstvist.

a. Läkarnas beroendeställning

– även i TSN – och det faktum att de i princip ej kan granskas eller avkrävas något ansvar/prickas

Dagens ordning i Sverige är att bolagen på privat basis engagerar läkare inom vissa specialiteter för att bistå skadereglerarna med bedömning av samband mellan en olycksfallsskada och en bestående funktionsnedsättning hos en försäkringskund. Om samband anses föreligga gör de en bedömning av invaliditetsgrad, vanligtvis den medicinska men i förekommande fall också den ekonomiska (främst inkomstförlust till följd av skaderelaterad arbetsoförmåga). En annan mycket ofta förekommande sakkunnigläkarbedömning rör akuttiden, dvs perioden fram till att skadan är helt utläkt eller stabiliserats vad gäller möjlighet till förbättring respektive risk för försämring.

Läkarbedömningen har alltså en utomordentligt stor tyngd i olika faser av skaderegleringen – de flesta kroniskt drabbade av en nackskada kan vittna om hur skaderegleraren hänvisar till läkarens bedömning som grund för negativa beslut. Samtidigt har dessa läkare i denna roll varken normalt patientansvar eller ens ansvar för sin bedömning inför Socialstyrelsen eller Hälso- och Sjukvårdens AnsvarsNämnd – de har bara ansvar gentemot uppdragsgivaren, dvs försäkringsbolaget, som också är den som betalar honom för utförd tjänst. Häri ligger alldeles självklart en bindning – både ekonomiskt och kulturellt. Med kulturell menar jag att i sin egenskap av ”sakkunnigläkare” åt ett eller flera bolag blir man automatiskt upptagen i den gemenskap som försäkringsläkarkollektivet utgör. De har en egen förening, regelbundna träffar, utbildningar och seminarier som bekostas av branschen och där man ”fostras” in i en kultur präglad av bolagens sätt att se på problemen med sambandsbedömningar, ökande kostnader, diagnostiska svårigheter, m m.

Ett exempel på denna kulturella bindning är när både läkarna själva och andra företrädare för branschen, med en papegojas envishet upprepar att de minsann är mer objektiva och opartiska än behandlande, intygsskrivande läkare som man menar medvetet eller omedvetet gör sig till ombud för sin patient. Hur många gånger har vi inte hört bolagens försäkringsöverläkare med enfass påstå att de själva inte skulle kunna vara opartiska i en patient-läkarrelation och därför skulle ha tendens att vara mer välvilligt inställda till

samband och invaliditetsgrad om det är en ”snygg ung kvinna” eller ”trevlig person” än om patienten är en ”ragata” eller ”osympatisk typ”!

Vad man helt tycks bortse ifrån är att i rollen som intygs- eller utlåtandeskrivande läkare (med patientkontakt) har läkaren höga författningskrav på sig att vara just objektiv och opartisk, och att man kan bli anmäld och prickad om man skulle bryta mot dessa krav. Försäkringsläkaren, däremot, har ju just genom att undvika patientkontakten, befriat sig från dessa krav och sanktionsrisker.

Jarl Symreng från Finansinspektionen framförde vid personskadeseminarier den 24 september 2002 förslaget att bolagen borde utnyttja privata läkare som sakkunniga i stället för landstingsanställda och hans åsikt var tydlig när det gällde sakkunnigläkarnas roll som förment oberoende av bolagen. De är inte oberoende och ska inte heller vara det. Han verkade förorda ett mer engelskt system, där vardera parten anlitar sina egna medicinska expertvittnen för att argumentera i den egna saken. Men ett sådant system skulle definitivt kräva en jämnare resursfördelning mellan parterna än den vi har idag i Sverige (se ovan under C).

Det har – med all rätt – framförts åsikten att TSN innebär en möjlighet för den skadade att utan kostnad få den ekonomiska/juridiska delen av sin sak prövad. I de fall (whiplashskadade) där någon av läkarna som är knutna till TSN uttalar sig uppstår dock ofta stora problem med trovärdigheten. Dessa läkare uppfattas av de skadade vara djupt ljugande med bolagens sakkunnigläkare vad än TSN och bolagen säger. Denna brist på förtroende för de TSN-anknutna läkarna går sannolikt inte att reparera.

TSNs ordförande Kajsa Hallberg uttalade sig vid seminariet den 24 september i år på följande vis: *TNS:s roll är att avgöra tvist, främst i svårbedömda ärenden som regelbundet går till bedömning hos TNS:s egna konsultläkare.* Hon försvarade användningen av dessa sakkunnigläkare, *deras roll är viktig i bedömningen av invaliditetsgrad – de är ju specialister, vilket allmänläkarna (som skriver de flesta intygen) inte är.* Hon jämförde sakkunnigläkarnas roll med försäkringsläkarnas vid försäkringskassorna (FK) och i förvaltningsdomstolarna. De sistnämnda *lägger sig ju inte i vilka läkare FK väljer framhåll* hon och tycktes med det mena att sakkunnigläkarnas roll är i princip oproblematiske. Det gav en oroande känsla i maggropen av att hon var djupt okunnig om de problem med försäkringssystemet som nu debatteras i alltmer polariserade läger, inte minst inom läkarkåren.

b. Bristerna i bedömnings- och kommunikationsprocessen och det faktum att försäkringsläkarna aldrig undersöker eller ens lyssnar på den skadade

Idag styrs skaderegleringsprocessen i dessa komplicerade fall i hög grad av försäkringsläkarna i bolagen²⁰. Se också ovan under **a**.

Edsvarna uppgifter från försäkringsläkare anger att de ägnar så litet som 2-3 minuter i genomsnitt per skadad kund för att bedöma orsakssamband och överblicka eventuella konkurrerande sjukdoms- eller skadeskäl. Även om många ärenden är lätta att överblicka och bedöma, kvarstår dock en välgrundad misstanke att många av de whiplashskadades behov och rättigheter inte kan behandlas annat än högst summariskt och i bästa fall översiktligt. Alldeles särskilt i beaktande av att dessa skadade ofta uppvisar en mångfacetterad symptombild och journalerna kan vara omfattande och att yttrandena från bolagsläkarna oftast är extremt korta. Att bolagen dessutom, i strid med anvisningar och rekommendationer från TSN²¹, oftast rekvirerar den skadades samtliga journaler underlättar naturligtvis inte överblicken för bolagsläkarna, och torde kunna utgöra en allvarlig felkälla.

När vi dessutom vet att bolagets kommunikering av läkarnas bedömning ofta brister och att det underlag vederbörande haft för bedömningar och beslut nästan aldrig redovisas, blir problemet uppenbart. Inte ens TSN:s läkare redovisar vilket underlag de haft för sina bedömningar, vilket är utomordentligt allvarligt eftersom detta underlag skickas tillbaka till bolaget efter fullgjord bedömning och sedan inte kan kontrolleras vid exempelvis en

domstolsprocess. Det förekommer också ofta kritik mot de PM som bolagen tar fram inför föredragning i TSN. Det finns exempel på att den skadade inte ens fått ta del av detta PM innan det gått in till TSN.

Ett annat svårlost problem är att trots att muntlighetsprincipen gäller i våra domstolar har de försäkrade ingen reell möjlighet att argumentera för sin sak i TSN. Inte ens i de fall den skadade har bifogat en egen redogörelse för händelseförlopp, symptomutveckling och funktionsnedsättningens omfattning verkar man fästa något avseende vid denna, inte ens om den styrks av vittnesmål från arbetskamrater, anhöriga eller t o m läkare. TSNs sakkunnige neurolog har också i yttrande efter yttrande deklarerat sin ståndpunkt att journalanteckningar, och då särskilt sådana som tillkommit i akutskedet, är viktigare sanningsdokument än både sådana utsagor och läkarintyg.

Försäkringsbolagens och TSN:s läkare förlitar sig alltså på journalanteckningar vid sina ställningstaganden. Enligt artiklar i bl.a. Läkartidningen uppvisar minst 25 % av alla journalanteckningar felaktigheter eller brister, varför detta material inte kan betraktas som tillförlitligt i juridiska sammanhang.

Det är kanske mot den bakgrunden inte så anmärkningsvärt att så många skadade många gånger förtvivlat beskriver stora diskrepanser mellan å ena sidan behandlande läkares och å andra sidan försäkringsläkarnas uppfattningar i sambands- och invaliditetsgradsfrågor.

Försäkringsbolagen har sedan en tid inskrivet i sina skadeanmälningsblanketter ett förskrivet stycke där den skadade lämnar försäkringsbolagen medgivande att infordra samtliga (godtyckligt) journalkopior rörande den skadade, även sådana som rör helt andra frågeställningar och/eller tid långt innan skadan. Varför de anser att en journal rörande exempelvis gynekolog- eller psykiaterbesök har signifikans i samband med en trafikolycka har inte klarlagts av försäkringsbolagen.

Detta är också i strid med rekommendationer och riktlinjer från TSN (se TSN:s Skrivelse av den 1992-02-27 Till personskadecheferna²²).

Många blir djupt upprörda och kränkta när de som hårt drabbade nackskadade av försäkringsbolaget föreslås få en medicinsk invaliditet på 2-3 % – möjligen med en viss (många gånger kosmetisk) höjning från TSN – samtidigt som de är helt utslagna från arbetslivet pga följer av en trafikolycka. De finner att bolagets ”bud” står långt ifrån deras egna behandlande läkares uppfattning, för att inte tala om de skadades egen rättsuppfattning.

Skadade berättar att de kan ha en mängd intyg och utlåtanden från behandlande specialister, men att bolagen verkar strunta i dem och i stället, med stöd av sina försäkringsläkare, framför mer eller mindre fantasifulla så kallade konkurrerande skade- och sjukdomsorsaker.

Problemen uppstår också regelbundet när bolaget och den skadedrabbade skall diskutera och värdera sambandsfrågorna. Där är man sällan överens, och bevisvärderingsproblem träder in²³. Bevisbördan, dvs att visa att övervägande skäl talar för samband, åvilar alltid den skadade, dvs den ekonomiskt och juridiskt svagare parten.

Låt mig i detta sammanhang få hänvisa till utdraget ”*Grundläggande principer för skadebehandling*”, ur boken **Skadereglering – grunder, etik och praxis**, Staffan Waldemar, utgiven av IFU 1997. Utdraget återfinns som bilaga²⁴ till detta yttrande.

c. Rekryteringssystemet

Bolagen rekryter sina sakkunnigläkare i ett slutet förfarande där ingen insyn tillåts. Systemet liknar det politiska och statliga som Inga Britt Ahlenius m.fl. diskuterade i Agenda härom kvällen under rubriken ”**Utnämningar tystar debatten**”²⁵. Annonsering förekommer inte och meritvärdering verkar enbart handla om att ha de rätta åsikterna och vara lojal med den kultur som utvecklats internt i detta ”grabbgång”. Allmänläkare, rehabiliteringsläkare och smärtläkare göre sig icke besvär – inte heller yrkesmedicinare

eller någon inom området specialutbildade sjukgymnaster. Det diskutabla i detta system blir uppenbart om man ser på TSN:s historik över sakkunnigläkare.

Före 1991 anlätade TSN olika bolagsläkare för sakkunnigbedömningar av sambandsfrågor, invaliditetsgrader, akuttider och överprövning av bolagens förslag till bedömning. Efter mycket kritik mot detta system gjordes en omorganisation av TSN med syfte att öka förtroendet för systemet med sakkunnigläkare. I huvudsak kontrakterades två specialister, en ortoped och en neurolog, som fast knutna till TSN och helt fristående från bolagen. De två som sedan dess anlätats av TSN var emellertid flitigt anlätade av bolagen före 1991 och var båda väl etablerade i det befintliga försäkringsläkarkollektivet och har avgett sina bedömningar helt i detta kollektivs anda.

När det så i fjol blev aktuellt att byta ut en av dessa, neurologiprofessorn Hans Link, sade sig TSN komma i ett brydsamt läge, då som kanslichefen sa, ”alla som är kunniga och erfarna på området är ju redan knutna till försäkringsbranschen”. Man löste det på ett innovativt och okonventionellt sätt. Man lät helt enkelt Link föreslå en neurolog som han hade förtroende för och som dessutom var helt jungfrulig på det försäkringsmedicinska området, d.v.s. han hade ingen erfarenhet av vare sig sambandsbedömningar, invaliditetsgraderingar eller andra försäkringsmedicinska bedömningar. För att han skulle sätta sig in i systemet har han det senaste året fått arbeta parallellt med Link och lära sig av denne, extremt hårt kritiserade sakkunnigläkare.

d. Systematiska ”konsensuslögner”

– oförklarliga (?) kunskapsdiskrepanser

Det allt överskuggande skälet till nackskadades svårigheter att få sin trafikskada reglerad på ett rättvist sätt är det skadeståndsrättsliga problemet att fastställa orsakssamband.

Problemställningen är dock ingalunda ny. Redan för snart 30 år sedan diskuterades liknande problemställningar vid gemensamt sammanträde med Försäkringsjuridiska Föreningen och Svenska Läkaresällskapet den 9 oktober 1975 under rubriken "**Medicin och juridik på kollisionskurs?**". Diskussionen refererades i Nordisk Försäkringstidskrift, nr 2 1976. Därav framgår att diskrepansen i åsikter och bedömningar mellan å ena sidan försäkringsbolagens läkare och å andra sidan behandlande läkare var lika tydlig och många gånger extremt polariserad redan då. Vidare framgick redan då de stora problemen i kommunikationen och förståelsen mellan jurister och läkare.

Många gånger nekar bolagen orsakssamband med påståenden om symptomfattigt/symptomfritt intervall med hänvisning till avsaknad av dokumentation i form av fortlöpande journalhandlingar. De stöder sig också regelmässigt på vad man kan kalla ”konsensuslögner”, t ex ett självpåtaget tolkningsföreträde bland sakkunnigläkarna angående en så kallad 72-timmarsregel och regler för de initiala besvärens kontinuitet och dignitet, argument som saknar stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet.

Skadade rapporterar att den enda ”hjälp” bolagen består dem med när de ifrågasätter bolagsläkarnas bedömningar är att skicka deras papper till nya läkare (försäkringsläkare) för bedömning och utlåtande. Inte i något fall har dessa skadade varit med om att de nya läkarna delat den skadades egna läkares och specialisters uppfattningar. De skadade menar att de blivit kränkta av dessa sakkunnigläkares utlåtanden och att de känner sig maktlösa i sina försök att bevisa sambandet.

Vid det ovan nämnda personskadeseminarier den 24 september 2002 ställdes en fråga från en i sammanhanget erfaren advokat, Anita Olofsson:

Hur är det möjligt att diskrepansen kan vara så stor mellan ”vetenskap och beprövad erfarenhet” hos å ena sidan bolagsläkarna, å andra sidan de behandlande, intygsskrivande läkarna? Kommer de inte från samma utbildning, kliniska erfarenhet och vetenskapliga skolning? När och hur uppstod klyftan?

Jag vill påstå att förklaringen ligger i den ”speciella kultur och den åsiktskonformism”²⁶ som utvecklats i försäkringsläkarkollektivet och den informella rekryteringen till detta.

e. Ojämligheter i kollegiala informella nätverk, processerfarenhet och ”träning”

Bolagen har sina egna – inom försäkringsmedicin och -juridik ofta välutbildade – läkare till förfogande. Den skadedrabbade har sina behandlande läkare, möjligen i kombination med från bolagen fristående medicinska specialister – som i bästa fall har kompetens inom den svåra konsten att skriva intyg och utlåtanden på ett ur juridiskt perspektiv acceptabelt sätt – och då inte minst invaliditetsintyg. Den allmänna sjukvården är synnerligen hårt belastad och har ofta svårt – för att inte säga omöjligt – att prioritera sådana intyg och utlåtanden. Bolagen har råd att betala bra för att vissa – av bolagen utvalda – av dessa läkare får göra sina bedömningar på sin fritid – som lukrativt extraknäck. Enligt försäkringsbranschen är övriga, ”vanliga”, behandlande läkare inom det allmänna mycket okunniga i intygsskrivande och försäkringsmedicin.²⁷

Vad jag idag från de skadades sida kan konstatera är att medan försäkringsbolagens läkare är välbetalda, utbildade och mycket väl drivna i processjuridikens krav på uttryck och gränsdragningar vid bl.a bevisvärderingar, så är de behandlande läkarnas motsvarande resurser och kunskaper fortfarande så gott som obefintliga. Bolagens läkare är dessutom ”tränade” i att uppträda inför domstol, vilket den behandlande läkaren mycket sällan är²⁸. Detta medför att den skadade har ett ur vittnes- och bevissynpunkt klart underläge gentemot försäkringsbolagen redan från skaderegleringens början.

En mycket initierad försäkringsläkare har berättat att man inom de privata försäkringsläkarnas förening tränas i att argumentera för konkurrerande skadeskäl samt i att uppträda i domstol. I denna förening tillåts för övrigt inga andra medlemmar än försäkringsläkare (och jurister) från försäkringsbolag. De intygsskrivande läkarna har ingen förening eller kollektiv att träna i.

Allmänna åtgärdsförslag för befrämjande av kortare handläggningstider mm

Om TSN skall finnas kvar – låt oss följa Finlands exempel och gör TSN helt fristående och oberoende av all koppling till försäkringsbolagen, eller låt oss finna andra vägar som leder till att åtminstone säkerställa TSN:s sakkunnigläkare såsom oberoende och helt fristående från bolagen.

Det finns idag ingen lagstiftning kring bevisvärdering. De skadade som överhuvudtaget vågat driva sin sak mot försäkringsgivare i domstol kan dock notera att försäkringsbolagens medicinska vittnen ofta hänvisar till konkurrerande bakomliggande sjukdoms- eller skadeskäl. En tydlig bild är att domstolarna många gånger tar detta ad notam utan att avkräva uppgiftslämnaren någon form av stöd i form av bevisning för sin ståndpunkt. Bevisbördan borde dessutom i dylika fall övergå på bolaget.

Jag menar med ovanstående att försäkringsbolagens medicinskt sakkunnigas påståenden eller tyckanden i sambandsfrågor måste ifrågasättas – de saknar saklig grund. Det ligger inte i rättsäkerhetens intresse att dagens system fortgår utan att någon kontroll eller något ansvar kan åläggas dessa sakkunniga för deras yttranden och utlåtanden. Ett sätt vore att föra några viktiga principfall till HD för prejudikat i bevisvärderingsfrågan.

- ✓ Ställ krav på bolagen om ärligare information om försäkringsvillkor vad avser t ex krav på läkarbesök och dokumentation av besvär, men också uppmuntran att direkt begära journalkopior för att möjliggöra korrektion och komplettering vid behov.
- ✓ Se över förhållandet att det egna bolaget reglerar de flesta personskador men snabbt blir motpart vid minsta oenighet eller tvist.
- ✓ Tvinga bolagen att redovisa sina etiska regler (och följa dem!) och även redovisa praxis för ersättning till juridiskt ombud och genom rättsskydds-försäkringen.

- ✓ Anmoda till ISO-certifiering av försäkringsbolagen och anmoda till diplomering enligt minst motsvarande IFU:s diplomutbildning av skadereglerare och givetvis chefspersoner inom skaderegleringen.
- ✓ Vidta alla lagliga möjligheter att stärka och främja konkurrens inom branschens skaderegleringar, bl.a. via ovanstående utvidgade information.
- ✓ Vidta alla lagliga möjligheter att stärka och främja konkurrens inom branschens försäkringsvillkor. I vissa fall verkar fotokopiator ha nyttjats mellan olika bolag²⁹.
- ✓ Anmoda bolagen att i sin öppna redovisning publicera handläggningstider vid skada.
- ✓ Ge ut anvisningar hur statistik skall redovisas avseende handläggningstider på ett sätt som tillåter och underlättar jämförelse.
- ✓ Tillse att försäkringsgivarens ansvar för den skadelidandes inkomstförlust ikläds från akuttidens början. Eventuell jämkning skall fastställas och ske när skadan slutregleras.
- ✓ TSN måste ha adekvata och inte minst fungerande rutiner för kontroll av att bolagen följer TSN:s riktlinjer när det gäller bl.a. upprättande av PM. För att säkerställa att inget missas i PM till TSN, samt att den skadade och bolaget är överens om dess kvalitativa och kvantitativa innehåll, kan treparts kommunikering med kvittenser införas.
- ✓ Sanktioner måste införas för det fall bolagen inte följer TSN:s riktlinjer och anvisningar. Sanktionerna skall svida hos bolagen.
- ✓ Ställ krav på alla sakkunnigläkare att de skall redovisa underlag för sina bedömningar.
- ✓ Inrätta en avdelning inom FI som skall engagera, betala och ansvara för försäkringsläkare. Försäkringsbolagen skall via avgifter finansiera systemet, men all koppling mellan försäkringsbolag och läkare måste upphöra för att nå oberoende och trovärdighet. Se över rekryteringssystemet för läkare till TSN (om de ska vara kvar).
- ✓ Ersätt gärna dagens försäkringsläkarrekrytering med en allmän plikt för läkare inom olika discipliner att tjänstgöra som försäkringsläkare under en viss avgränsad tid. Man vinner flera fördelar – inte minst inom den allmänna sjukförsäkringen.
 - Det sker per automatik en utbildning bland läkare i försäkringsmedicin.
 - Alla läkare får en inblick i och förståelse för försäkringskassornas verksamhet.
 - Man undanröjer varje misstanke om kollegialt jäv.
 - Man tillser att huvudansvar för utbildningen av försäkringsläkare frigörs helt från bolagen och från bolagen närstående verksamheter.
- ✓ Se över möjligheterna att ställa sakkunnigläkarna till ansvar för sina utlåtanden.
- ✓ Förbättra radikalt den försäkrades rättsläge gentemot motpart (försäkringsgivare).
- ✓ Tvinga försäkringsbolagen att ersätta den skadades ombud löpande.
- ✓ För ett antal ur bevissynpunkt principiellt viktiga skadeståndsmål till HD för uppnående av prejudikat hur sakkunniga läkares utsagor skall värderas.

Oxelösund den 5 december 2002

Noteringar och bilagor

- ¹ Bilaga 1 - Om Whiplash Info
- ² S.750 00-05 (01-10), utdrag avseende avsnittet Skadereglering redovisas i bilaga 10
- ³ Lär enligt initierade kretsar härstamma från en studie på rättor
- ⁴ Bilaga 8 – Brev från Trygg-Hansa till ett juridiskt ombud.
- ⁵ Physiotherapy Management, Coping and Outcome Prediction in Whiplash Associated Disorders (WAD), Anne Söderlund, Department of Public Health and Caring Sciences, Section of caring Sciences, Uppsala Universitet, 2001, ISBN 91-554-4948-4
- ⁶ Försäkringsmedicin – administrativ medicin – 2002, Bengt Järholm & Christer Olofsson, ISBN 91-44-02155-0, Studentlitteratur, Lund
- ⁷ Bilaga 4 - Skriftväxling mellan Tomas Alsbro och Länsförsäkringar
- ⁸ Bilaga 5 – skrivelse från Folksam
- ⁹ Bilaga 9 – utdrag ur *if...* försäkringsvillkor för motorfordon
- ¹⁰ Webb-fråga med IP-loggning inkl spärr för multipelsvar
- ¹¹ Bilaga 7 – PM från advokat Kajsa Collin, Malmö
- ¹² Webb-fråga med IP-loggning inkl spärr för multipelsvar
- ¹³ Bilaga 2 - Förtvivlad försäkringskund som skadades för mer än 11 år sedan
- ¹⁴ Försäkringsbolagen och de trafikskadade – Regeringsrapport den 18 december 1998, dnr 1736-98-319, 4.4 Statistik, sid 9
- ¹⁵ Bilaga 12 - En del av försäkringsbranschens påverkansmodell?
- ¹⁶ Whiplashskador och den degenerativa nacken, Bo Levander och Björn Gerdle, Astra, 1994, kapitel 14, sidan 154
- ¹⁷ Medicin och juridik på kollisionskurs?, Nordisk Försäkringstidskrift, nr 2 1976
- ¹⁸ Medicin och juridik hand i hand i praktisk tillämpning Nordisk Försäkringstidskrift, nr 2 1982
- ¹⁹ Medicin och juridik på kollisionskurs?, Nordisk Försäkringstidskrift, nr 2 1976
- ²⁰ Bilaga 8 – Brev från Trygg-Hansa till ett juridiskt ombud.
- ²¹ Bilaga 3 - Trafikskadenämnden 1992-02-27, ”Till personskadecheferna” (från TSNs ordf Edmund Gabrielsson)
- ²² Bilaga 3 - Trafikskadenämnden 1992-02-27, ”Till personskadecheferna” (från TSNs ordf Edmund Gabrielsson)
- ²³ Medicin och juridik på kollisionskurs?, Nordisk Försäkringstidskrift, nr 2 1976
- ²⁴ Bilaga 6 - Grundläggande principer för skadebehandling, ur boken Skadereglering – grunder, etik och praxis, Staffan Waldemar, utgiven av IFU 1997
- ²⁵ Makten över utnämningpolitiken är ett mäktigt instrument i kampen om den allmänna opinionen. Politiska trotjänare får idag icke-politiska toppjobb som tack för trogen tjänst. Svenska öppenheten är en myt, säger Riksrevisionsverkets Inga-Britt Ahlenius, enligt SVT:s Agenda den 24 november 2002.
- ²⁶ Citat från P1 Morgon den 3 december 2002 angående ”*LO:s patriarkala, auktoritära system*”.
- ²⁷ Försäkringsmedicin – administrativ medicin – 2002, Bengt Järholm & Christer Olofsson, ISBN 91-44-02155-0, Studentlitteratur, Lund
- ²⁸ Bilaga 11 - Erfarenheter av vittnesmål och domstolsframträdanden
- ²⁹ Jmf Länsförsäkringars och Sockenbolagens motorfordonsvillkor där t.o.m. kapitel och rubrikindelningen är exakt de samma.

Om Whiplash Info

Allmänt

Whiplash Info startade i maj 2000.

Hemsidan ägs och drivs av mig, Tomas Alsbro, helt ideellt och icke kommersiellt. Whiplash Info sköts från hemmet och jag är registrerad som ansvarig utgivare.

Jag är gravt whiplashskadad och startade portalen som ett nattligt terapiprojekt för att hantera den svåra nattliga smärtan. Nu uppdaterar jag den när kroppen så tillåter.

[Forumet](#) sköts idag tack vare att "friska" moderatorer ställer upp ideellt. De har själva anhöriga och släktingar som är drabbade av personskador.

Syfte

Med Whiplash Info vill jag många saker. Bl.a. att:

- journalistiskt granska myndigheter, organisationer och makthavare inom de områden som berör personskador i allmänhet och trafikskador i synnerhet, särskilt de som har koppling till de problembilder som dessa grupper ställs inför.
- sprida information om personskador i allmänhet och whiplash mångfacetterade problembilder i synnerhet
- hjälpa skadade och anhöriga att hitta rätt i vård- och försäkringsdjungeln
- skapa opinion för att påverka så att lagstiftning och rättstillämpning blir till hjälp för skadade personer och deras anhöriga i stället för att utgöra problem och hinder.
- skapa opinion för att förändra försäkringsläkarsystemet.
- skapa opinion så att försäkringar, försäkringsbolag och försäkringskassan utgör den trygghet skadade och anhöriga förväntar sig av dem
- hjälpa mig själv att hantera min egen smärta och utgöra ett sätt att komma bort i huvudet från den alltid närvarande smärtan
- så få som möjligt skall behöva gå igenom vad jag som skadad och min familj fått upplevt i mina kontakter med myndigheter och försäkringsbolag.

Finansiering

Whiplash Info finansieras dels av Tomas Alsbro privat, dels genom stödannonsering från verksamheter med koppling till personskador.

Whiplash Info drivs som [hobby](#). Den genererar ingen vinst.

Leverantörer

Whiplash Info hade inte funnits i sin nuvarande form utan stöd och hjälp av [Leverantörerna!](#)

Ansvarig utgivare:

Tomas Alsbro

Kontakt

Du når mig - Tomas Alsbro via [Kontaktsidan](#)

Förtvivlad försäkringskund som skadades för mer än 11 år sedan

Från e-postkommunikation

Nu är det så att ber mig att anta ett bud som min halvbror tjänat, vilket är orealistiskt, och han reglerar skadan nu med bolaget utan att fråga mig. Ett förskott nu först efter 11 år på ett underlag från min brors inkomster för 3 år sedan. Min revisor har 7 st firmor att jämföra med i samma bransch o samma förutsättningar, det är mer realistiskt än att tjäna samma som min bror. Dessutom har de bara hans taxerade inkomst efter avdrag investeringar, fonderingar i surv etc..så här bara

1990	107.000
1991	106.000

o.s.v.

jag tog ut 179800 1991 (skadades aug26)
167.000 1992

Jag har bokföring på alla år. 176,000/år har jag idag, mindre än för snart 12 år sen.....vad ska man säga.....uräkta om jag stör, förstår att du har mycket att göra, men vet att du har en bred kunskap....

M.v.h

XXX

----- Original Message -----

From: "Tomas Alsbro" <xxxxxxx>

To: "XXX" <XX@XX>

Sent: Monday, November 18, 2002 2:10 PM

Subject: RE: Hej XX,

> Hej XX,

>

> Om Du har lämnat ett uppdrag åt advokat att föra Din talan, så skall Du inte ringa eller kontakta bolaget själv. Det skall Du överlåta om ombudet.

> Givetvis skall ombudet kommunicera med Dig innan han svarar bolaget eller i övrigt agerar för Din räkning.

>

> Beträffande rimligheten att anta budet - så har jag inget bra svar. Du måste diskutera det med ombudet - gärna i sällskap med revisorn som upprättat beräkningarna.

>

> mvh

>

> Tomas Alsbro, Whiplash Info

> www.whiplash.pp.se

>

> Outgoing mail is certified Virus Free.

> Checked by Norton Internet Security Professional

> (http://www.symantec.com/sabu/nis/nis_pr/index.html).

>

> -----Original Message-----

> From: XXX [mailto:XX@XX]

> Sent: Saturday, November 16, 2002 12:04 AM

> To: Tomas Alsbro

> Subject: Re: Hej XX,
>
> Hej Thoms!
> Förtår om duhar mycket att göra. Men jag heter xxxxx xxxxx och har
> enfråg, efter att ha tröttnat på llår nu, med att f-bolag förvränger fakta
> till obegripligt, räknar utanför matematiska grunder så att allt blir
> omöjligtatt förstå (hade enskild firma) Så jag skickade ett brev till
> skadechefen på bolaget, dettat resulterade i ett svar från avdelningchefen?
> Och ett till Advokaten medsvar hans jur kand/mitt ombud som "ber" mig anta
> deras felaktiga uträkning av inkomstförlust, skiljer ca 70,000/år. Jag har
> en revisor som gjort ett jättearbete, men de godtar inte "helt" hennes
> yrkade för mig. Varför ? ver ej "ej helt relevant!! Nu kom ett brev från
> advokat som jag upplever hotfullt. Så här står det:
> Jag vill med vändande post erhålla emskriftlig bekräftelse från dig om att
> DU inte kommer att ha någon som helst kontakt med försäkringsbolaget
> hädanefter, och så länge jag är ditt ombud. Om jag ej har detta
> skriftligtliga löfte från dig före nästa torsdag dvs den 21 nov kommer jag
> av säga mig avtalet.
> Mitt ärende var tänkt komma upp inom 1 mån den 28 okt. Skadan
> var -91.....Jag vet inte hur jag skagöra riktigt, och har jag verkligen
> gjort fel.? mitt ombud ber mig tillgodose min motparts önskemål.
>
> XXX
>
>
>

TRAFIKSKADENÄMNDEN

1992-02-27

Till personskadeförarna

Professorn Hans Link, som är en av de läkare som trafikskadenämnden har knutit till sig, har i ett brev till nämnden tagit upp vissa frågor som rör bedömningsunderlaget i personskadeärenden. Brevet är föranlett av att nämnden begärt ett utlåtande av Hans Link i ett sk sambandsärende. I ärendet har enligt Link aktualiserats vikten av att särskilt följande handlingar finns att tillgå i akten.

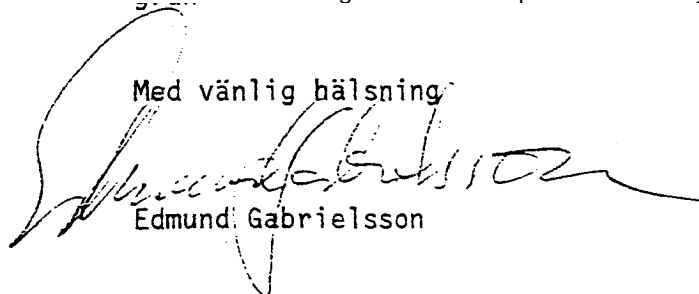
- kompletta kopior av journaler från de tillfällen då den skadade för första gången sökte för de aktuella besvären;
- kompletta kopior av journaler förda vid de fortsatta kontakterna hos olika vårdgivare på grund av till skadan hänförliga besvär;
- kompletta kopior av röntgenremisser/utlåtanden avseende undersökningar som kan vara relevanta i sammanhanget;
- kompletta kopior av journalhandlingar förda före skadetillfället och då den skadade haft kontakt med sjukvården med anledning av besvär, som också ingår i symtombilden efter skadan;

Hans Link framhåller också att det är önskvärt att försäkringsbolagens PM över sammanträffanden med den skadade alltid också innehåller ett avsnitt om nya besvär efter olyckshändelsen samt upplysningar om hur de olika besvären påverkar arbete, fritidsaktiviteter etc.

Hans Link betonar att bedömningen skulle bli avsevärt säkrare, lättare och rättvisare för såväl den skadade som försäkringsbolaget om nämnda handlingar och uppgifter finns med i underlaget. Med hänvisning till det sagda har Hans Link hemställt om nämndens hjälp med att erinra försäkringsbolagen om vikten av att i skaderegleringshandlingarna i största möjliga utsträckning ingår alla i ärendet relevanta handlingar.

I den mån ert bolag inte redan iakttar vad Hans Link framhållit får nämnden därför härmed hemställa att Ni till alla inom ert bolag berörda personer sprider vad nu sagts om angelägenheten av att bedömningsunderlaget mot bakgrund av skadefallet i fråga är så komplett som möjligt.

Med vänlig hälsning



Edmund Gabrielsson

Skriftväxling mellan Tomas Alsbro och Länsförsäkringar

Kopia av e-post kommunikation

Hej,

Som sagt är det normalt att ett ärende hanteras på det sätt som personen beskriver för dig, så jag kan tyvärr inte ge dig något bra svar på det. Om personen det berör vill ta upp frågan med oss föreslår jag att han eller hon vänder sig till Roland Broman här på Länsförsäkringar AB.

Med vänlig hälsning
Mikael

Mikael Östlund
Informationschef
Länsförsäkringar
08-588 410 94
070-553 12 82
fax 08-670 48 18
mikael.ostlund@lansforsakringar.se

-----Ursprungligt meddelande-----

Från: Tomas Alsbro, Whiplash Info [SMTP:xx@xx]
Skickat: den 7 juni 2002 00:26
Till: Östlund Mikael
Ämne: RE: Fråga angående skadereglering

Länsförsäkringar AB
att Mikael Östlund

Hej Mikael,

som jag nämnde inledningsvis har den skadade redan meddelat er att hon varit fullt frisk och arbetsför, varför hon logiskt nog inte behövt söka läkare.

Hur kan det då komma sig att ni - trots erhållet intyg från primärvården som verifierar att ni fått alla journalhandlingar - återkommer med denna begäran att kunden skall styrka frånvaron av journalhandlingar?

Hälsningar

Tomas Alsbro
www.whiplash.pp.se

-----Original Message-----

From: Östlund Mikael [mailto:Mikael.Ostlund@lansforsakringar.se]
Sent: Thursday, June 06, 2002 4:27 PM
To: 'Tomas Alsbro, Whiplash Info'
Subject: SV: Fråga angående skadereglering

Hej,

Nu är inte jag själv jurist, men det har vi ju andra som är, och som jag inhämtar sakkunskap från. Som sagt är det inte normalt att vi efterfrågar att en försäkrad intygar frånvaron av journalhandlingar, och skulle så ändå ske borde det räcka att han eller hon svarar att det inte finns några sådana handlingar.

Våra skadereglerare får diplom efter utbildningen, och i utbildningen ingår följande avsnitt:

- * Basutbildning, som omfattar akutskadereglering och under 10% invaliditet
- * Invaliditetsutbildning utan inkomstförlust
- * Invaliditetsutbildning med inkomstförlust

Efter varje avsnitt får man ett intyg på genomgången utbildning och när samtliga avsnitt har genomgåts och man klarat examinationen får man Länsförsäkringars Personskadediplom.

Utbildningen bygger på tidigare IFU-utbildning, men vår är mer omfattande och omfattar fler dagar och mer praktik.

Med vänlig hälsning
Mikael

Informationschef
Länsförsäkringar
08-588 410 94
070-553 12 82
fax 08-670 48 18
mikael.ostlund@lansforsakringar.se

-----Ursprungligt meddelande-----
Från: Tomas Alsbro, Whiplash Info [SMTP:xx@xx]
Skickat: den 6 juni 2002 15:15
Till: Östlund Mikael
Ämne: RE: Fråga angående skadereglering

LFAB
att Mikael Östlund

Bäste Mikael,

tack för dina svar.

Du skriver bl.a.

"Angående att styrka frånvaro av journalhandlingar:

Det är inte ett normalt förfarande att vi begär att en sjuk/skadad ska styrka frånvaro av journalhandlingar, därför har jag heller inget bra exempel på hur detta i så fall skulle styrkas."

Du skriver att du inte har något bra exempel på hur detta skulle styrkas, och ändå är du jurist inom LFAB. Kan man då inte utgå från att det är ännu större för att inte säga oöverstigligen problem för en sjuk/skadad att kunna avgöra hur avsaknad av journalhandlingar skall kunna styrkas då dessa saknar din kompetens?

Du skriver att ni internutbildar skadereglerare. Vad ingår i denna utbildning?

Hur skulle ni ställa er till att låta skadereglerare licensiera sig eller på annat sätt diplomera sina kunskaper?

mvh

Tomas Alsbro
www.whiplash.pp.se

-----Original Message-----

From: Östlund Mikael [mailto:Mikael.Ostlund@lansforsakringar.se]
Sent: Thursday, June 06, 2002 9:51 AM
To: 'Tomas Alsbro, Whiplash Info'
Subject: SV: Fråga angående skadereglering

Hej Tomas,

Här är svar på dina kompletterande frågor.

Angående att styrka frånvaro av journalhandlingar:

Det är inte ett normalt förfarande att vi begär att en sjuk/skadad ska styrka frånvaro av journalhandlingar, därför har jag heller inget bra exempel på hur detta i så fall skulle styrkas.

Angående fullmakten:

Den som begär in handlingarna är den enskilde handläggaren. Beroende på förhållandet i det enskilda fallet avgör han eller hon vilka journaler som är erforderliga. Vi begär som rutin inte in samtliga journaler.

Angående vilka handlingar som är erforderliga vid en nackskada:

Det är svårt att ge ett generellt svar på det. I varje enskilt fall, oavsett vilken skada det rör sig om, är det vår handläggare som bedömer vilket underlag han eller hon behöver.

Angående utbildning:

Vi ställer inga formella krav på utbildning för att någon ska bli anställd, men man måste genomgå intern utbildning för att få arbeta som skadehandläggare.

Med vänlig hälsning
Mikael

Informationschef
Länsförsäkringar
08-588 410 94
070-553 12 82
fax 08-670 48 18
mikael.ostlund@lansforsakringar.se

-----Ursprungligt meddelande-----

Från: Tomas Alsbro, Whiplash Info [SMTP:xx@xx]
Skickat: den 5 juni 2002 14:23
Till: Östlund Mikael

Ämne: RE: Fråga angående skadereglering

Bäste Mikael Östlund,

Låt mig omformulera frågan rörande det exempel du fick rörande att ni kräver att skadade skall styrka frånvaron av journalhandlingar och låta frågeställningen bli generell:

Anser LFAB att en sjuk/skadad skall behöva styrka eventuell frånvaro av journalhandlingar?

Vänligen - ge exempel på hur en sjuk/skadad skall styrka frånvaro av journalhandlingar så att LFAB anser det utgöra en verifierad situation?

Beträffande den fullmakt du bifogade i ditt svar:

Vem avgör vilka handlingar som är erforderliga?

Varför begär då LF såsom rutin in samtliga journaler från VC och andra vårdgivare?

Vilka journalhandlingar anser LFAB såsom erforderliga vid en nackskada?

Varför begär LF in kopior av journalanteckningar avseende infektioner, gyn, etc. i samband med nackskada?

Avslutningsvis - vilket är eventuellt minsta krav på formell och icke formell utbildning hos era skadehandläggare?

mvh

Tomas Alsbro

-----Original Message-----

From: Östlund Mikael [mailto:Mikael.Ostlund@lansforsakringar.se]

Sent: Wednesday, June 05, 2002 1:35 PM

To: 'Tomas Alsbro, Whiplash Info'

Subject: SV: Fråga angående skadereglering

Hej Tomas,

Ursäkta att svaret dröjt, jag har varit på annan ort och kom tillbaka under dagen i dag.

Till att börja med, är det svårt att svara konkret på din avslutande fråga om den läsare som beskrivit sitt ärende för dig. Vi kan inte heller diskutera enskilda fall offentligt, men som din läsare beskriver ärendegången kan vi åtminstone konstatera att förfarandet inte är normalt för hur vi arbetar.

Så här lyder den fullmakt som vi använder:

FULLMAKT

Fullmakt för Länsförsäkringar Sak att hos läkare, sjukvårdsinrättning, allmän försäkringskassa, Riksförsäkringsverket eller andra myndigheter och försäkringsbolag inhämta de upplysningar, som kan vara erforderliga för bedömning av mina ersättningsanspråk. Fullmakten innefattar även rätt att ta del av sjukjournaler, läkarintyg och registreringshandling avseende mina sjukskrivningsförhållanden. Jag medger att ovan nämnda handlingar får utlämnas till Länsförsäkringar Sak.

Underskrift
Ort Datum
Namnteckning Personår - mån - dag - nr
Namnförtydligande

Som du ser handlar det således om att inhämta de upplysningar som är
erforderliga, vilket inte är detsamma som samtliga journaler.

Med vänlig hälsning
Mikael Östlund

Informationschef
Länsförsäkringar
08-588 410 94
070-553 12 82
fax 08-670 48 18
mikael.ostlund@lansforsakringar.se

-----Ursprungligt meddelande-----

Från: Tomas Alsbro, Whiplash Info [SMTP:xx@xx]
Skickat: den 4 juni 2002 13:11
Till: mikael.ostlund@lansforsakringar.se
Ämne: Fråga angående skadereglering

Länsförsäkringar AB
att informationschef Mikael Östlund
106 50 Stockholm

Bäste Mikael Östlund,

Som rutin avkräver ni skadade och sjuka personer fullmakt för rekvirering av
samtliga journalhandlingar som rör den skadade/sjuka.

-Hur motiverar ni ert intresse av att ha tillgång till den skadades samtliga
journalhandlingar, dvs som exempel även en skallskadad persons
gyn-journaler?

-En läsare har beskrivit hur ni begärt och på egen bekostnad erhållit intyg
från en vårdcentral som visar att inga journalhandlingar finns före ett
aktuellt skadedatum. Ni vände er då till den skadades ombud med begäran om
bevis på att den skadade inte sökt läkare innan skadedatumet. Hur motiverar
ni det, och hur menar ni att en skadad styrka avsaknad av journalhandlingar.
Den skadade har redan hävdad att denne var fullt frisk och arbetsför innan
skadan skedde, vilket ni också fått verifierat av den skadades VC.

Jag avser att skriva om detta den 6 juni ds och mottar tacksamt ditt svar i
tid tills dess.

mvh

Tomas Alsbro, webbmaster Whiplash Info
www.whiplash.pp.se

106 60 STOCKHOLM

Datum
2002-09-12
Handläggare

Skadebeteckning (bör anges i brev till oss)

Din huvudman: nn

Vi har fått ditt brev från den 0000-00-00.

Folksam bekräftar att vi är villiga att medge ersättning till dig som juridiskt ombud i den nu aktuella utomrättsliga skaderegleringen som avser ersättning för personskada och vi ser fram mot ett gott och givande samarbete.

Folksam betalar ersättning för skälig tidsåtgång för nödvändiga åtgärder i ärendet. Ersättning lämnas högst enligt den timkostnadsnorm som regeringen bestämt för rättshjälpsområdet respektive enligt brottmålstaxan. Efter överenskommelse i varje särskilt fall, kan vi även medge ersättning för andra skäliga och nödvändiga kostnader (utlägg) som du haft inom ramen för ditt uppdrag.

När ditt uppdrag är slutfört, ska du skicka kostnadsräkningen till din huvudman och en kopia av den till Folksam. För att vi ska kunna ta ställning till om tidsåtgången är skälig och om åtgärderna varit nödvändiga, ska kostnadsräkningen vara utförlig och specificerad.

Vad gäller den vidare skaderegleringen, är det vår utgångspunkt att Folksam tar in den utredning som är nödvändig för att vi ska kunna beräkna ersättningen och att vi därefter delger dig utredningsmaterialet för dina synpunkter. Jag är tacksam om du vill kontakta mig snarast så att vi kan komma överens om en närmare arbetsfördelning och tidsplanering i ärendet.

Med vänlig hälsning
Folksam

Grundläggande principer för skadebehandling

Dessa etiska regler var tidigare en generell överenskommelse mellan försäkringsbolagen, men är nu helt och hållet frivilliga. Genom tillstånd från författaren Staffan Waldemar, Skanör och IFU kan jag nu publicera dem med de kommentarer författaren gjort. Materialet är hämtat från boken Skadereglering – grunder, etik och praxis, utgiven av IFU 1997.

Resterade upplaga köptes upp i sin helhet av Länsförsäkringar – så den finns inte längre att få tag i eller köpa.

Jag ställer några frågor som är intressanta i dessa sammanhang:

- Skall skaderegleringen i händelse av skada vara olika från bolag till bolag pga konkurrensrättsliga principer eller inte?
- Hur starka eller svaga är de sk marknadskrafterna när det gäller att välja försäkringsgivare efter hur bra de sköter själva administreringen av skadefall?
 - Hur och på vilket sätt kan kunderna få besked om bolagens effektivitet vid skada?

Ur boken ”Skadereglering – grunder, etik och praxis”, av Staffan Waldemar 1996 på Ifu förlag (ISBN 91-7990-097-6) (utgången upplaga)

Det viktigaste avsnittet i denna bok och förmodligen i hela din skadeutbildning är **de 15 punkterna**. Kapitlet bör därför läsas med eftertanke och fundera hela tiden på de egna rutinerna.

Bakgrunden till att dessa punkter tillkom 1980 var en intensiv kritik från massmedias sida. Försäkringsbranschen beskyldes vid ett flertal tillfällen för att vara oseriös. För att bemöta kritiken beslöts i samråd med bl a fackliga organisationer att ge det dåvarande samarbetsorganet FSAB i uppdrag att utarbeta *grundläggande principer*, vilket utmynnade i nedanstående etiska och moraliska rättesnören. Alla bolag godtog principerna och åtog att sig att tillämpa dessa.

1. Försäkringsbolaget skall lämna aktiv service och utredningen skall utföras så snabbt som möjligt.

Redan här möter i ett av kärnproblemen, d v s bristande resurser. Självklart har alla ambitionen att lämna snabba besked, men vad gör man när inte tiden räcker till? Bolagsledningarna har en oerhörd fokusering mot driftskostnader, trots att skadekostnaderna är 2 – 3 gånger så höga. På skadesidan borde det rimligen vara lättare att spara, än att som nu många gånger *sila mygg och svälja kameler*. En stor del av förklaringen ligger i att man på många håll inte har tillräcklig skadekompetens i ledningsgrupperna. Hur kan man driva ett försäkringsbolag utan att högste skadeföraren, d v s representanten för den största utgiftsposten, är med i ledningsgruppen?

Hur man löser serviceproblematiken i praktiken finns det många varianter på. En viktig sak är att sörja för ersättare när personal av olika skäl är borta. Är det stressigt finns hos många en benägenhet att försöka klara situationen själv och strunta i omgivningen. Men har man på förhand utsett personliga ersättare blir ärenden sällan liggande. Man kan ta ansvar två och två för varandra eller alla för varandra i ett mindre team.

Hur gör ni?

2. Råd och anvisningar skall lämnas om vilka åtgärder som skall vidtas för att begränsa en skadas verkningar.

Det är viktigt att försöka engagera sig i kundens problem. Det kan vara en oerhörd omskakande upplevelse att råka ut för en skada. Nästa gång kan det förresten vara din egen tur! Hur skulle Du själv vilja bli bemött?

Rent praktiskt är det angeläget att kunden inledningsvis får klart för sig hela arbetsprocessen, dvs vad som kommer att hända steg för steg: *Jag registrerar nu en skada, Du blir uppringd av en besiktningsman senast imorgon, han besiktigar efter överenskommelse med dig, tillsammans med dig och entreprenör kommer ni överens vad som skall göras, Du får detta skriftligt bekräftat, vår del av kostnaden faktureras oss och din del går till dig, Har Du behov av akut hjälp.*

Hur brukar Du själv göra?

3. Kunden skall på ett enkelt och lättfattligt sätt informeras om sina rättigheter och skyldigheter samt om bolagets åtgärder och beslut.

Det är svårt att informera på rätt sätt. Det finns många skadehanterare som är experter på skadereglering, men saknar förmågan att på ett begripligt sätt förmedla dessa. En skola när det gäller brevskrivning är *skriv som Du talar*, vilket ökar oddsen för att läsaren skall förstå. Undvik facktermer och att citera villkor. Ibland då hela resonemanget måste byggas kring någon villkorsparagraf är det bättre att kopiera aktuell villkorssida och lägga denna som bilaga till brevet. Försök att sätta dig in i kundens situation – *Vad behöver jag för information? Hur tolkar jag skadereglerarens brev?*

En annan intressant fråga är användandet av *Du* och *ni*. Få bolag tycks ha en klart uttalad policy, utan många medarbetare gör som de själva känner för. Det vanligaste idag är dock *Du*, och det är upp till den enskilde skaderegleraren att avgöra när det någon gång kan vara mera passande med *ni*. Den äldsta generationen kan ibland ha svårt att acceptera *Du*, vilket man kanske måste ha viss förståelse för.

Ett annat bra exempel på hur man kan vara lättförståelig är att använda telefonen. Det går snabbt och man förvandlas många gånger från en anonym byråkrat till en medmänniska. Tyvärr är det ju dock ofta så svårt att få tag på privatpersoner på dagtid. Be gärna att få mobiltelefonnummer. Fax är dock ofta att anse som alltför offentligt på arbetsplatserna.

Hur kommunicerar Du med kunderna?

4. Bolaget skall, i samarbete med kunden se till att utredningen blir så fullständig som möjligt.

Enligt villkoren är kunden skyldig att tillhandahålla den utredning bolaget anser erforderlig. Det finns dock en benägenhet att överdriva dokumentationskravet, inte minst bland nybörjare. Med rutinen kommer ofta känslan för när det kan vara anledning att ta in lite *extra* dokumentation respektive när det är motiverat att lätta lite på trycket. Ofta saknas dock internt en klart uttryckt policy, utan det är upp till den enskilde att avgöra vad han behöver för att reglera ett ärende. Inte alltid så lätt när man är ny. Respekten för revisorerna är ju dessutom stor. Men, visst det skall erkännas att man ibland i ett pressat läge skyllt just på revisorns dokumentationskrav!

Vilken utredning har Du ålagts att ta in vid olika skadetyper?

5. Om ett skadeärende fördröjs är det viktigt att upplysa kunden om anledningen. Beror dröjsmålet på kunden bör han informeras om att den fortsatta handläggningen är beroende av hans åtgärder.

Tidigare har nämnts att det är viktigt att inte låta ärende bli liggande. Speciellt känsliga ärenden bör man ha egen bevakning på. Detta kan t ex avse bedrägerier eller vissa personskador. Ge alltid besked om ett ärende dröjer, även om det inte hänt någonting. Ovissheten om vad som sker skapar annars lätt badwill för bolaget.

Vad händer med dina skador när Du sänt en skriftlig bekräftan?

6. Handläggningen skall ske smidigt och med lyhördhet för kundens individuella förhållanden. Särskild försiktighet skall iakttagas vid utlämnande av uppgifter som angår försäkringstagaren eller skadelidande.

Tänk på att alla kunder är olika. Försök att alltid bilda dig en uppfattning om vad det är för typ av kund Du har att göra med i det aktuella fallet och agera utifrån detta. Tänk på de sekretessbestämmelser som måste följas, mer om detta i särskilt avsnitt. Ovärderlig information kan ibland fås från polis, åklagare, kronofogde och olika företag för soliditetsupplysning samt patientjournaler från landsting och husläkare. Uppgifterna bör behandlas med stor varsamhet.

Varifrån är det hos dig tillåtet att hämta uppgifter?

7. Om flera försäkringsbolag berörs av samma skada skall bolagen komma överens om handläggningen så att skaderegleringen inte fördröjs.

Tvister om kostnadsfördelningen mellan bolagen tenderar tyvärr att bli allt vanligare. Det är då speciellt viktigt att försäkringstagaren i en sådan situation inte kommer i kläm. Glöm ej heller eventuell regressöverenskommelse. Det kan ju dessutom vara både smidigt och smart att direkt gå in via en entreprenörs ansvarsförsäkring, trots att direktförsäkringen är primär. Vi kan ju då styra hela skadereparationen på ett annat sätt och den skadelidande slipper utnyttja sin försäkring. Tänk dock på att han kan ha fördelaktigare värderingsregler via den egna försäkringen!

Vad avgör formellt vilket bolag som skall reglera en *gemensam* skada?

8. Skaderegleringen skall vara konsekvent, enhetlig och rättvis.

Förvisso finns säkert en ambition hos alla att leva upp till målsättningen, men verkligheten ser ibland annorlunda ut. VIP-kunder i olika former finns hos alla bolag. Många kunder upplyser välvilligt skadepersonalen om att man av ett eller annat skäl bör behandlas som VIP-kund. I takt med att bolagens säljorganisationer har fått totalt resultatansvar har antalet *ex gratia* ersättningar, d v s ersättning utanför villkoren, ökat. Detta har man ofta svårt att acceptera från skadesidan, där man inte alltid har full förståelse för att det trots allt handlar om business och inte välgörenhet. För att förebygga onödigt misstroende är det därför viktigt att skadesidan kräver, och får, fullständig motivering varför just denna kund skall behandlas annorlunda. Dessutom är det ett krav från revisorerna att icke ersättningsbara utbetalningar motiveras skriftligt i akten. Ibland är det bra att skylla på revisorerna!

I IFU-enkäten frågades skadereglerarna om vem som tog beslut i *ex gratia* ärende. Svaren:

Skaderegleraren	8%
Skadechef	78%
Marknadschef	8%
Bolagsjurist	1%
VD	1%
Annan chef	4%

Vilket reglemente har Ditt bolag för betalningar av *ex gratia* skador?

9. Ersättningen skall bestämmas med tillämpning av försäkringsavtalets bestämmelser, skaderegleringspraxis och gällande rättsregler.

Tänk på att de flesta skador Du får oftast har hänt tidigare. Utnyttja därför dina kollegors erfarenheter och fråga hur dom löste sitt problem. Det må vara ok att ta en rejäl kafferast så länge man passar telefonen och samtidigt snackar igenom några intressanta skadefall med

kollegorna. Prejudicerande fall från de olika nämnderna jämte rättsfall med anknytning till försäkringsbranschen refereras varje år i *de blå böckerna* som egentligen heter *Rättsfall, försäkring och skadestånd* och ges ut av Sveriges Försäkringsförbund. Det borde inte finnas en skadeavdelning som bedriver verksamhet utan dessa publikationer, eller?

Hur skapas praxis hos er? Kan ni bli bättre?

10. Kunden skall ha den ersättning han är berättigad till, även om han, pga. otillräckliga kunskaper om ersättningsregler eller av andra skäl, begär mindre.

Detta borde vara en självklarhet för alla och är det för de flesta. Tänk på att det skapar en oerhörd goodwill för bolaget att upplysa en kund om att han faktiskt har rätt till mer ersättning än han kräver. Det viktiga är ju att den totala ersättningen blir rätt. Därför kan man ibland få ta lite *krokiga vägar* för att nå dit. Är något krav i högsta laget kan kanske detta accepteras mot att man håller nere en annan post. Så länge summan blir rätt och kunden är nöjd så why not? Glöm dock aldrig att dokumentera och motivera dylika uppgörelser i akten!

Med hänvisning till denna punkt är det åter dags att erinra om att ärende inte får skrivas av utan påminnelse och att vi är skyldiga att betala dröjsmålsränta utan anmodan.

Ett annat mycket frekvent problem som hanteras väldigt olika är stilleståndsintygen, där det finns väldigt många olika åsikter.

Vilka direktiv har Du fått när det gäller att betala utan att kunden krävt något?

11. Om det finns anledning anta att kunden inte agerar korrekt, skall bolaget sträva efter att skydda samtliga försäkringstagares intressen.

En självklar utgångspunkt måste vara att alla kunder är ärliga. Trots dessa vackra ord måste man vara realist och inse att en mängd av skadorna handlar om bedrägerier i någon form. Självfallet är det omöjligt att säga hur många bedrägerier vi har. Från bedrägeriutredarehåll brukar hävdas att uppemot 10 % av alla fall är rena falsarier och att ytterligare 10 % av fallen innehåller omotiverat höga krav. Alla dessa skador medför höga skadeutbetalningar, som i sin tur på sikt medför höjda premier. Därför är vi skyldiga försäkringskollektivet att agera kraftfullt mot bedragarna.

Om Du känner att någonting inte stämmer är det viktigt att Du omgående samråder med t ex din handledare, chef eller bolagets utredare. Det är också extra viktigt i sådant ärende att vara formellt korrekt. Ta in skriftlig dokumentation i form av originalhandlingar och se till att Du inte hamnar i dröjsmål i onödan.

Hur brukar Du agera när Du känner dig vilseledd?

12. Beslut skall motiveras!

Det är ett anständighetskrav mot kunden att Du verkligen förvissar dig om att Ditt budskap har nått fram. Det ligger ju faktiskt en hel del i det gamla talesättet att man skall *tala till bönder på bönders vis* Inget ont om bönder, men en snygg motivering kan ju faktiskt medföra att Du kan sälja in ett negativt besked och ändå lämna en något så när nöjd kund bakom dig.

Brukar Du få mycket negativa reaktioner när Du avböjer skador? Varför?

13. Det är nödvändigt att inta en fast hållning mot hot och otillbörliga påtryckningar.

Hot av olika slag tillhör skadereglerarens vardag. Några av de vanligaste hoten är:

Advokat: I början av karriären har många skadereglerare en tendens att bli oroade när de får kontakt med en advokat. Osäkerheten tenderar dock att försvinna efter ett tag, när man skaffat sig lite rutin. Då inser man också att det är jag, och inte advokaten ifråga, som är på

hemmaplan. Man bör ha respekt för advokatkårens kunskaper, men respekten tenderar ibland på sina håll att bli en smula överdriven.

Det är ju trots allt vi som kan försäkring bäst, eller hur?

Pressen: Alla har vi väl läst snyftartiklar i tidningen eller sett missnöjda skadedrabbade i TV. Vi vet då också att inslagen ofta är oerhört vinklade och att försäkringsbranschen inte alltid får möjlighet att bemöta kritiken. Den enskilde medarbetaren bör därför undvika att prata med journalister och i stället låta någon speciellt utsedd sköta relationerna med pressen.

Vad har Du fått för instruktioner vad gäller detta

Annulotion: Missnöjda kunder har en benägenhet att försöka skrämja försäkringsbolaget med att flytta alla sina och hela släktens jämte grannarnas försäkringar till ett annat försäkringsbolag. Självfallet ingår det i skadereglerarens uppgifter att försöka tala den upprörde kunden tillrätta. Men, det får finnas gränser! Kan inte kunden respektera gällande regler och avtal är han troligen inte mycket kund att stå efter. Om man då i undantagsfallet väljer att hjälpa till med att annullera försäkringarna är det extremt viktigt att avkräva kunden en skriftlig annullation. Vid skada i anslutning till samtalet finns ju annars en risk att kunden förnekar sin ambition att flytta försäkringarna. När kunden avslutat samtalet är det dessutom ofta så att han ångrar sig, vilket slutar med att det hela rinner ut i sanden.

14. Om det visar sig att ett ärende blivit felbedömt, skall kunden omedelbart informeras härom och ändring ske snarast.

Alla gör vi fel ibland. Det är viktigt att man accepterar detta och att när fel upptäcks, löser detta på ett snyggt sätt utan prestigemässiga fastlåsnings. Rädslan för att göra fel får dock inte gå till överdrift. Eller som en vis man sa: *Det är bättre att reglera 100 skador och en blir fel, än att reglera 50 skador och alla blir rätt.*

Tänk på att så gott som alla kunder uppskattar en rejäl ursäkt och inser att ingen är ofelbar. Ring gärna om Du hinner före kunden, men följ alltid upp med några bekräftande rader per post.

Hur brukar Du själv agera när Du inser att Du gjort fel?

15. Om ersättning inte lämnas, eller om den reduceras, skall bolaget lämna kunden upplysning om de möjligheter till prövning av bolagets beslut som finns.

Det finns en mängd olika vägar att gå för en kund när han är missnöjd. Flera av dessa har tidigare berörts, men ett urval kan se ut så här:

- Bolaget
- Allmänna Reklamationsnämnden (ARN)
- Trafikskadenämnden
- Ansvarsförsäkringens Personskadenämnd
- Livförsäkringens Villkorsnämnd
- Olycksfalls- och Sjukförsäkringsnämnden
- Skadeförsäkringens Villkorsnämnd
- Domstol
- Handelskammaren auktoriserad värderingsman
- Skiljeman (kan vara samma)

- Dispaschör (sjöförsäkring)
- Konsumenternas Försäkringsbyrå.

Hur lämnar ditt bolag information om kundens rättigheter till överklagan?

PM

Mina synpunkter kring trafikskadades problem med försäkringshandläggning av deras skador.

Ur rehabiliteringssynpunkt är det för den skadade viktigt med stöd från försäkringsbolaget och att den skadades ekonomiska situation fungerar tillfredsställande. Försäkringsbolagen brister ofta i att upplysa den skadade om hur inkomstförlust skall beräknas, och även i utbetalning av ersättning för inkomstförlust. Just ersättning för inkomstförlust är en oerhört central fråga för den skadade då en havererad ekonomi ofta leder till passivitet och bristande motivation för rehabilitering. När försäkringsbolagen dröjer med utbetalning och den skadade måste vänta lång tid på utredning och ersättning för inkomstförlust hamnar den skadade i stark misströstan vilket ofta påverkar läkningsprocessen i negativ riktning. Genom att försäkringsbolagen oftast har mycket sporadisk och bristfällig kontakt med dem som är skadade, händer inte sällan att den skadade på grund av sina besvär blir uppsagda eller själva säger upp sig från sin anställning, vilket ur arbetsrättslig synpunkt inte skall behöva ske. Om försäkringsbolagen hade varit mer engagerade i de skadades situation och haft en snabbare handläggning hade många skadade sluppit att drabbas av "onödig" inkomstförlust. Jag träffar ibland på skadade som sagt upp sig på grund av sin skada, vilket inte hade behövt hända ifall den skadade ordentligt hade informerats om hur en situation med arbetsoförmåga på grund av inträffad skada skall hanteras. Följden blir ibland att försäkringsbolaget nekar ersättning för inkomstförlust på grund av att den skadade sagt upp sig själv och därmed själv förorsakat del av inkomstförlusten.

Härutöver upplever många skadade att försäkringsbolagen dröjer med svar på om ersättning utges för olika behandlingar. Skadade väljer inte sällan att bli behandlade av naprapater, kiropraktorer, laser, massage mm som kan vara ganska kostsamma och ofta lämnar försäkringsbolagen lång tid efter att behandlingen påbörjat besked om att sådan behandling inte ersätts (med motivering att det inte finns medicinsk utredning som påvisar positivt resultat om behandlingen). Vidare medför försäkringsbolagens utdragna handläggningstider att den skadade inte alls eller alltför sent utreder behov av hjälpmedel i hemmet och på arbetsplatsen. Kommun och försäkringskassa har visst ansvar vad gäller hjälpmedel, men försäkringsbolagen skall ur rehabiliteringssynpunkt ansvara för att den skadade känner till sina rättigheter och engagera sig i att den skadade verkligen har tillgång till alla hjälpmedel som finns behov av. Försäkringsbolagen kan med en snabb handläggning och tät kontakt med den skadade ge besked om vilka behandlingsformer de är beredda att ersätta och se till att den skadade rehabiliteras både i arbetslivet och privat. Jag hör ganska ofta att skadade upplever det som att försäkringsbolaget inte "tror på dem", endast av den anledningen att försäkringsbolagets handläggare inte engagerar sig och ofta dröjer månader med att svara på förfrågningar och ersättningskrav. Jag har själv nyligen trätt in som juridiskt ombud för en skadad som inte fått ut någon ersättning för inkomstförlust alls, trots att han på grund av sin skada var arbetsoförmögen och hade haft inkomstförluster sedan över 5 år! tillbaka i tiden. När ersättning nu utbetalas, avser det således inkomst som avser flera olika år vilket medför merarbete genom kontakt med skattemyndigheterna för ackumulering av skatten. Under alla dessa år har den skadade levt under knappa ekonomiska förhållanden enbart på grund av att försäkringsbolaget "inte haft tid" att engagera sig och utge ersättning. Detta är ett skräckexempel, men det finns fler och värre!

Ovan angivna rör i huvudsak inledningen av en skadereglering, och det är för den skadade oerhört viktigt att han/hon känner att de har försäkringsbolagets engagemang i sin rehabilitering. Försäkringsbolagen har ansvar för att skaderegleringen fortlöpande fungerar, men på grund av utdragna handläggningstider, stor arbetspress och tidsbrist hos handläggarna

är oftast kontakten med de skadade oerhört sporadisk och bristfällig vilket är högst olämpligt för den skadades rehabilitering och ekonomiska situation. Många skadade, särskilt whiplashskadade, får ofta besked från läkare att det inte finns någon behandling. Dessa besked tillsammans med ett passivt försäkringsbolag medför inte sällan att den skadade hamnar i ett hopplöshetstillstånd med isolering och inaktivitet, och den skadade slutar ofta med all behandling och rehabilitering. Detta i sin tur kan leda till att försäkringsbolaget vid skadans senare (då det ofta gått många år) slutreglering ifrågasätter den skadades besvär med anledning av bristande dokumentation från läkarbehandling och andra behandlingar.

Ur samhällsekonomisk synpunkt har försäkringsbolagens utdragna handläggningstider betydelse såtillvida att många skadade blir beroende av sjukersättning, arbetslöshetskassa, sjukbidrag/förtidspensionering mm när en engagerad och aktiv skadereglering kunde ha hjälpt den skadade att rehabiliteras och kanske kunna återgå i arbete eller i vart fall leva ett drägligt och tryggt liv. Många skadade uppfattar dessutom försäkringsbolagens passivitet som att försäkringsbolagen vill att de skall tröttna och ge upp sina krav på ersättning.

Ett engagerat och kunnigt juridiskt ombud kan ofta ge ett bra stöd och hjälp med att få ut korrekt och relevant ersättning från försäkringsbolagen. Ett juridiskt ombud har även bättre möjligheter att påverka handläggningen med försäkringsbolagen så att korrekta underlag mm tas fram för bedömning av olika ersättningsformer och som kan bedöma vilka rättigheter den skadade kan göra gällande mot försäkringsbolagen. Men dessvärre har en advokat inga rättsliga medel att ta till för att påskynda försäkringsbolagens handläggning. Att stämma ett försäkringsbolag under pågående handläggning är inte en bra lösning, särskilt inte med hänsyn till att det kan föra med sig ekonomiska risker för den skadade ifall framställda yrkanden inte bifalles i sin helhet och den skadade i en rättslig process har en oerhört ekonomiskt stark motpart i Försäkringsbolaget som inte, såsom den skadade, riskerar att få en totalhavererad privatekonomi efter förlust i en juridisk tvist medförande skyldighet att ersätta motpartens rättegångskostnader. Om handläggningen drar ut på tiden på grund av försäkringsbolagets tidsbrist skall en skadad inte behöva tillgripa en stämningsansökan för att framtvunga besked av försäkringsbolaget om deras inställning i olika ersättningsfrågor. En skadereglering skulle kunna ske mycket smidigare om försäkringsbolagen gav snabba besked om sin inställning i olika ersättningsfrågor och arbetade aktivt för att föra handläggningen till ett avslut, vilket vore till gagn både för de skadade och samhällsekonomin.

Detta är mina funderingar kring ämnet. Jag har mycket stor förståelse för att skadade upplever hopplöshet och misstro mot försäkringsbolagens ofta passiva, oengagerade och i tid utdragna skadereglering. Jag får dagligen samtal från besvikna skadade med frågor om varför deras försäkringsbolag drar ut på handläggningen. Detta är alltså oerhört vanligt, men jag har även kontakt med en del handläggare på försäkringsbolag som är väldigt engagerade och måna om de skadades rehabilitering och då fungerar handläggningen av ett skaderegleringsärende oftast väldigt smidigt och bra, med korrekt och framförallt fortlöpande utbetalning av ersättning till den skadade.

Advokat Kajsa Collin, Malmö



Datum

Referens

Från

XXXXXXXXXX

SKADOR

Personskador

Telefon

08-693 XX XX

E-post

xxxxxxx@trygghansa.se

*OBS: Skicka inte känslig information
via telefax eller e-post.*

(Avpersonifierat och layoutredigerat¹ av Tomas Alsbro - brev ställt till ett juridiskt ombud, hämtat från ett aktuellt ärende hos en advokatbyrå)

Din klient XX

Jag har mottagit Din skrivelse av den xx dennes.

Trygg-Hansas policy är numera att inte inhämta medicinsk utredning utöver vad sakkunnigläkarna anser sig behöva för att kunna göra en så korrekt bedömning som möjligt. Diskussioner förekommer om det i alla lägen ens är nödvändigt med ett s k invaliditetsintyg för de fall det finns välskrivna och heltäckande journalanteckningar. En del invaliditetsintyg tenderar dessutom att innehålla uppgifter som redan är kända för bolaget. I detta fall kan vi vitsords kostnaden för ett invaliditetsintyg, dock maximalt med 2 400 kr. När jag går igenom den föreliggande medicinska utredningen i ärendet finner jag att vi inte har några journalanteckningar från tiden fr om XXXX när XXXX började känna av den första skadan, Det är alltid problematiskt när man tar över handläggningen av en skada att veta varför olika saker skett respektive inte. Jag kan emellertid inte se att frågan om inhämtande av sådana anteckningar diskuterats. Skälet till att jag nu funderar över sådan komplettering är att sakkunnigläkaren, vid sidan av invaliditetsintyget, kan behöva ha underlaget. Kan Du inhämta denna utredning, om problem eller frågor så får Du höra av Dig.

Med vänlig hälsning

¹ De delar som är personavslöjande har borttagits. Layout förändringar pga brister i skannermjukvaran.

7.3 Ombud

För att försäkringen ska gälla måste du anlita ett ombud. Ombudet ska vara lämpligt med hänsyn till din bostadsort, till ärendets natur och

1. vara ledamot av Sveriges advokatsamfund (advokat) eller jurist anställd hos advokat, eller
2. kunna visa att han någon gång under de tre senaste åren förordnats till biträde enligt rättshjälpslagen i tvist av liknande beskaffenhet och fortfarande är lämplig som sådant biträde, eller
3. på annat tillfredsställande sätt kunna visa att han har lämplighet för uppdraget.

I tvist som handläggs utomlands måste du anlita ombud som If godkänner.

Prövning av ombuds lämplighet enligt 2 och 3 görs av Försäkringsbolagens Rättsskyddsnämnd. Ombudet måste förbinda sig att godta nämndens prövning av arvode och övriga kostnader i händelse av tvist.

If har rätt att hos advokatsamfundet påkalla skiljedom rörande skäligheten av advokats arvode

7.4 Kostnader som ersätts

Du får ersättning för följande nödvändiga och skäliga kostnader och som du inte kan få betalda av motpart

- ombuds arvode och kostnader
- kostnader för utredning före rättegång som ditt ombud beställt
- kostnader för bevisning i rättegång och skiljemannaförfarande
- expeditionskostnader i domstol
- rättegångskostnader som du ålagts att betala till motpart eller staten eller som du vid förlikning under rättegång åtagit dig att betala till motpart om det är uppenbart att du skulle dömts att betala högre rättegångskostnader
- kostnad för medling enligt 42 kap 17 § rättegångsbalken.

Ombudsarvode lämnas för skälig tidsåtgång och högst enligt den timkostnadsnorm som Domstolsverket tillämpar vid fastställande av taxa i vissa mål.

7.5 Kostnader som inte ersätts

- eget arbete, förlorad inkomst, resor, uppehälle eller andra kostnader för dig eller annan försäkrad
- kostnader som ersätts eller kunnat ersättas via rättshjälp
- merkostnad som uppstår genom att du anlitar flera ombud eller byter ombud
- ersättning till skiljemän
- verkställighet av dom, beslut eller avtal
- om skadestånd till dig får anses innefatta även kompensation för dina advokatkostnader betalas inte någon ersättning för dessa.

7.6 Krav för att kostnader ska betalas

Du får endast ersättning för nödvändiga och skäliga kostnader och som du inte kan få betalda av motpart. Det innebär bl.a. att vi inte betalar om du i eller utom rättegång avstår från dina möjligheter att få ersättning av motparten.

7.7 När du ska ha haft försäkring för att få rättsskydd

Huvudregel

När tvisten uppkommer ska du vara försäkrad och ha haft samma slags försäkring (hos oss eller i annat bolag) under en sammanhängande tid av minst två år.

Om du inte haft försäkring i två år

De händelser eller omständigheter som ligger till grund för anspråket ska ha inträffat sedan försäkringen trädde i kraft.

Om du inte har försäkring längre därför att försäkringsbehovet upphört

De händelser eller omständigheter som ligger till grund för anspråket ska ha inträffat när försäkringen var i kraft och det ska därefter inte ha gått längre tid än tio år.

Utdrag ur Folksams etiska regler

Skadereglering

Hur vi handlägger våra skadeärenden har avgörande betydelse för vår framgång som försäkringsbolag. Det är vid skaderegleringen som kunden kan avgöra om Folksam är ett bra företag eller inte. Vårt bästa betyg är en nöjd kund.

Vi ska därför ha som mål att handlägga våra skadeärenden snabbt, smidigt och korrekt. Kunden och dennes intressen ska alltid stå i förgrunden. Vi ska bemöta kunden positivt och med omtanke. Enkla arbetsformer och direkt kontakt med kunden ska eftersträvas.

Lagar, praxis, villkor och Folksams anvisningar måste följas men vi ska undvika osmidighet, låsning och prestige. Villkor ska tolkas med förnuft. Det är bättre med ett självständigt handlande till kundens bästa än alltför stor försiktighet. Följande ska vägleda oss i vår skadereglering.

Var snabb

Skaderegleringen ska ske så snabbt som möjligt. Den första kontakten med kunden ska vi ta inom två arbetsdagar. Fördröjs handläggningen måste vi tala om varför.

Var aktiv

Folksam ska i samarbete med kunden se till att utredningen blir så fullständig som möjligt. Vi ska också ge råd och anvisningar så att skadans verkningar begränsas. På ett enkelt och

lättfattligt sätt ska vi informera kunden om hans rättigheter och skyldigheter och om våra åtgärder och beslut. Fördröjs ett ärende ska vi förklara varför.

Var rättvis

Ersättningen ska bestämmas med tillämpning av försäkringsavtalet samt gällande lagar och praxis. Låt dock det sunda förnuftet råda så att resultatet inte blir orimligt. Onödig formalism ska undvikas. Även om kunden begär mindre därför att han inte känner till reglerna ska han ha den ersättning som han har rätt till. Var tydlig

Vi måste uttrycka oss på ett enkelt och begripligt sätt. Vägrar vi att betala eller reducerar vi begärd ersättning ska vi tala om varför och informera om möjligheterna till omprövning av beslutet. Råkar vi felbedöma ett ärende ska vi snarast själva rätta till felaktigheten och underrätta kunden.

Var positiv

Vi ska möta kunden öppet och positivt. Men vi ska stå emot hot, påtryckningar och oärlighet. Om kunden medvetet lämnar felaktiga uppgifter eller på annat sätt vilseleder oss ska vi agera så att vi skyddar övriga försäkringstagares intressen.

Var hjälpsam

Vi är till för kunden och ska hjälpa honom i en besvärlig situation. Vi ska bistå med olika praktiska råd och anvisningar och även hjälpa kunden att få bästa möjliga försäkringsskydd. Det finns många sätt att visa att Folksam bryr sig om.

Erfarenheter av vittnesmål och domstolsframträdanden

Exempel på vittnesfrekvens (enbart från Stockholms Tingsrätt) avseende en försäkringsläkare, neurologen Charlotta Sachs.

Namn	Målnr	Rotel	För år
Charlotta Sachs	6-325-96	601	1996
Charlotta Sachs	10-791-97	1004	1997
Charlotta Sachs	4-1514-97	405	1997
Charlotta Sachs	4-1514-97	405	1997
Charlotta Sachs	6-680-97	606	1997
Charlotta Sachs	10350-98	404	1998
Charlotta Sachs	12114-98	502	1998
Charlotta Sachs	11792-98	401	1998
Charlotta Sachs	14124-98	204	1998
Charlotta Sachs	14147-98	204	1998
Charlotta Sachs	10866-99	1004	1999
Charlotta Sachs	13780-99	406	1999
Charlotta Sachs	2435-99	301	1999
Charlotta Sachs	2606-99	410	1999
Charlotta Sachs	4248-99	908	1999
Charlotta Sachs	11830-99	608	1999
Charlotta Sachs	16440-99	603	1999
Charlotta Sachs	13795-99	605	1999
Charlotta Sachs	10355-00	502	2000
Charlotta Sachs	10598-00	707	2000
Charlotta Sachs	11465-00	501	2000
Charlotta Sachs	313-00	409	2000
Charlotta Sachs	5753-00	208	2000
Charlotta Sachs	1772-00	705	2000
Charlotta Sachs	619-00	204	2000
Charlotta Sachs	4955-00	406	2000
Charlotta Sachs	400-00	1002	2000
Charlotta Sachs	10134-01	502	2001
Charlotta Sachs	13433-01	604	2001
Charlotta Sachs	14862-01	502	2001
Charlotta Sachs	1727-01	503	2001
Charlotta Sachs	17436-01	502	2001
Charlotta Sachs	2721-01	401	2001
Charlotta Sachs	5158-01	1003	2001
Charlotta Sachs	11115-01	903	2001
Charlotta Sachs	13375-01	602	2001
Charlotta Sachs	16896-01	904	2001
Charlotta Sachs	3808-02	206	2002

Branschens lobbyism

En del av försäkringsbranschens påverkansmodell?

Sveriges Försäkringsförbund är ett gemensamt organ för försäkringsbolag som driver försäkringsrörelse i Sverige. Förbundet ska ta tillvara medlemsbolagens intressen och deras möjligheter att verka i Sverige och utomlands.

Annika Lundius ny VD i Försäkringsförbundet (2002)

Annika Lundius efterträder den 1 februari 2002 Gunnar Holmgrenⁱ som VD i Sveriges Försäkringsförbund.

Annika Lundius kommer närmast från Finansdepartementet, där hon nu är finansråd och chef för finansmarknadsavdelningen. Hon har tidigare tjänstgjort bland annat inom Justitiedepartementet och Arbetsmarknadsdepartementet. Annika Lundius är jurist, med erfarenhet från Arbetsdomstolen och som rättschef i Finansdepartementet.

Annika Lundius säger i en kommentar: "Jag ser fram mot att få delta i den utveckling som sker inom försäkringsområdet. En utveckling som återspeglar viktiga förändringar i samhället såsom ändrad riskbild och en allt mer integrerad europeisk marknad".

"Det är mycket glädjande att vi kunnat rekrytera Annika Lundius som ny VD i Försäkringsförbundet", säger Försäkringsförbundets styrelseordförande Tommy Persson. "Genom sina breda erfarenhet från departementsarbetet och EU:s arbete med frågor som är av största vikt för försäkringsbranschen är jag övertygad om att Annika Lundius på ett mycket bra sätt kommer att kunna ta tillvara svensk försäkrings intressen."

Sveriges Försäkringsförbund är de svenska försäkringsbolagens branschorganisation. Förbundets medlemsbolag tillhandahåller den helt övervägande delen av alla de försäkringar som säljs i Sverige.

Eventuella frågor besvaras av Tommy Persson, Försäkringsförbundets styrelseordförande, tel 08-588 417 90
2001-12-17

Gunnar Holmgren ny VD i Försäkringsförbundet (1998)

Gunnar Holmgren efterträder vid årsskiftet 1998/1999 Olov Hertzman som VD i Sveriges Försäkringsförbund.

Gunnar Holmgren, 41 år, kommer närmast från Finansdepartementet där han de senaste åren varit finansråd och chef för den förvaltningspolitiska avdelningen. Tidigare har han bland annat varit generaldirektör vid Statens oljelager samt haft olika uppdrag vid ÖCB, Försvars- och Finansdepartementen och inom Ericssonkoncernen. Han är ledamot i styrelserna för bland andra SBAB, Väg- och Baninvest och Botniabanan AB. Gunnar Holmgren är ekonomie licentiat och maskiningenjör samt dessutom reservofficer.

Olov Hertzman, som varit Försäkringsförbundets VD sedan 1990, går i pension vid årets slut.

Gunnar Holmgren säger i en kommentar: "Försäkringsverksamheten är i en spännande utvecklingsfas där branschens betydelse för utvecklingen av samhällsekonomin och välfärdssystemet ökar. Det skall bli en intressant uppgift att som VD leda Försäkringsförbundets verksamhet."

"Det är mycket glädjande att vi kunnat rekrytera Gunnar Holmgren som ny VD i Försäkringsförbundet", säger Försäkringsförbundets styrelseordförande Lars-Eric Petersson. "Genom sin breda erfarenhet från departement och myndigheter är jag övertygad om att Gunnar Holmgren på ett mycket bra sätt kommer att kunna ta tillvara och torgföra svensk försäkrings intressen, både i den allmänna debatten och hos lagstiftare och myndigheter."

Sveriges Försäkringsförbund är de svenska försäkringsbolagens branschorganisation. Förbundets medlemsbolag tillhandahåller den helt övervägande delen av alla de försäkringar som säljs i Sverige.

Eventuella frågor besvaras av Lars-Eric Petersson, Försäkringsförbundets styrelseordförande, tel 08-788 12 86.
1998-10-22

ⁱ Gunnar Holmgren återgick i februari 2002 - efter sin sejour vid Försäkringsförbundet - till statsförvaltningen som förvaltningschefen vid Statsrådsberedningen