



2017-05-15

Personskadeföreningen NRH
Nack-, Rygg- & Hjärnskadades rätt till utredning & diagnos efter trauma
Box 4, 671 21 Arvika

Till Finansinspektionen
Yvonne Lindell
Finansinspektör/ Supervisor,
Konsumentenheten
Box 7821, 103 97 Stockholm

NRH-s presentation för FI den 16 maj 2017

Den personskadades väg genom försäkringsföretagens processer och rutiner

Personskadeföreningen NRH önskar göra Finansinspektionen uppmärksamma på den personskadades väg genom försäkringsföretagens processer och rutiner för att om möjligt ge en helhetssyn från verkligheten. En verklighet som många gånger upplevs överväldigande, övermäktigt och känslan av att vara fullständigt orimlig att hantera för den personskadade kunden.

Försäkringsföretagens utredningsprocess och rutiner:

- Skadeanmälan
- Ofta en begäran om komplettering av anmälan
- Redovisning av kvitton från akutskedet
- Uppföljning av aktuellt medicinskt status kontinuerligt, ex. från akutbesök, efter 14 dagar, 2 mån, 4 mån, 6 mån osv., sker ofta per telefon, men också via e-post eller brevpост
- Fullmakt för medicinsk journalinhämtning
- Allt du sagt och inkommit skriftligt med till försäkringsföretaget kan komma att ifrågasättas vid jämförelse med inhämtade medicinska journaler. Du tvingas ofta försvara och stå upp för hur du menat då du uttryckt dig i jämförelse med hur din behandlande läkare journalfört sin bedömning
- Många får ospecifik smärta som diagnos och hamnar under F-diagnoser och det kan bli helt fel, när en person faktiskt skadats fysiskt i ett trauma mot kotpelaren och har smärta på grund av det. Många blir inte ens undersökta för att utreda orsaken till smärtan, utan får ospecifik smärta som diagnos. Det är inte ovanligt att andra symptom än smärta – som yrsel, domningar, fumlighet, migränliknande huvudvärk, ljus- och

ljudkänslighet, extrem trötthet, kognitiva svårigheter, med mera inte registreras i journalen trots att de nämnts vid besöket. I en skadeprocess har den skadade bevisbördan men det är svårt att få bevis på skadorna när man som olycksdrabbad inte får adekvat utredning och diagnos. Därmed blir det även svårt att veta vilken behandling/åtgärd som behövs. Något som ofta påverkar hela den försäkringsmedicinska bedömningen i försäkringsföretagens utredning.

- Det är inte ovanligt att handläggare flertalet gånger byts ut och varje gång ska den nya handläggaren läsa in sig på ärendet, det tar tid och kan bli väldigt tröttande för den skadade som då måste ta fram samma uppgifter igen. Det är oklart vad denna handläggningsomsättning beror på, känslan blir ibland att det ligger någon baktanke bakom eller kan det bero på dålig arbetsmiljö hos försäkringsbolagen?
- Byte av utredande avdelningskontor, flera byten under utredningsprocessen
- Stor påfrestning på den skadade att hålla god ordning i pappersexercisen
- Försäkringsföretagen har ofta oförklarligt långa handläggningstider
- Den försäkrade uppmanas att återkomma inom viss, ofta kort tid vid kommunikering
- Begäran om invaliditetsintyg, ingen hänvisning om var man kan vända sig eller vem som står för kostnaderna
- Inget invaliditetsintyg begärs in, i stället kräver bolaget samtliga journaler, även mycket gamla och helt irrelevanta
- Ärendet skickas till flera försäkringsläkare för bedömning av det inlämnade medicinska underlaget, vilket ofta kräver ytterligare intyg och sakkunnigas yttranden för att bemöta försäkringsläkarnas bedömning
- Ibland förekommer ”shopping”, bolaget skickar ärendet vidare tills de får det svar man vill ha (låg invaliditetsgrad och/eller avslag på samband med inkomstförlust)
- I de fall förfrågan till de medicinska rådgivarna medföljer svaret till kunden framgår inte sällan en förvrängning/bagatellisering av bakgrunden i sammanfattningen
- Vanligt förekommande i försäkringsläkares bedömning är att det förekommer stympad återgivning/tendensiöst urval från journalerna, t ex så är ibland endast halva meningarna med i citaten, vilket gör att bedömningen blir att samband inte föreligger. Om hela meningarna varit med så hade det framgått att samband föreligger. Detta arbetssätt leder till att allt måste dubbelkollas och bemötas av den skadade och/eller dennes ombud, och/eller av den skadades anlitade medicinskt sakkunniga
- Försäkringsbolagen anlitar försäkringsläkare för bedömning av främst sambandet och eventuell medicinsk invaliditetsgrad. De hänvisar då ofta till påstådda konkurrerande tillstånd i den skadades sjuk- och livshistoria utan avvägning av relevansen av detta. Åtminstone borde de göra en bedömning av vilken orsak som är mest sannolik och/eller om det kan vara samverkande faktorer.
- Försäkringsläkarna bortser ofta från ”det befintliga skicket” hos den försäkrade. I stället förstör de ofta besvär som förekommit före olycksfallet eller tillkommit efter. Det i kombination med att de sina yttranden hänvisar till delar av en mening från den försäkrades journalanteckningar leder till att det framstår som att samband inte föreligger. Fokusförskjutning från det faktiska är vanligt förekommande, t ex genom att överdriva psykosociala omständigheter som skilsmässa eller dödsfall i familjen.

- Enstämmiga bedömningar – för att försäkringsläkarna uppenbart diskuterat ihop sig – får de att framstå som vetenskapliga sanningar, trots att det egentligen handlar om så kallade konsensuslögnar.
- Ibland förekommer ”Sambedömningar” (framför allt hos If...) då bolaget ordnar videokonferens med 7-10 medicinska rådgivare och en föredragande, vanligtvis en som sedan tidigare yttrat sig negativt i ärendet, och där ingenting framgår av vilket underlag de haft, om deltagarna fått handlingar i förväg, eller vad de grundar sin ”sambedömning” på – bara ett enhälligt avvisande av samband.
- Ofta hänvisas i rätten till att bolagets läkare har gått kurser (helt interna) hos varandra där det undervisats om ”den traumatiska principen”, och påstås att utomstående läkare, som inte haft möjlighet att delta i dessa kurser, saknar kompetens för att göra sambands- eller invaliditetsbedömningar. Misstanken blir osökt att dessa bedömningar varken är opartiska eller oberoende och inte grundade på medicinsk sakkunskap
- Kriterier för bedömning av orsakssamband mellan en skadlig händelse och ett senare tillstånd presenterades av Sir Austin Bradford Hill, redan 1965. Deras giltighet har helt anammats av vetenskapssamhället. Professor Michael Freeman och medarbetare publicerade 2008 och 2009 genomgångar av litteraturen avseende dessa kriterier. Den senare publikationen avsåg symptomgivande diskskada efter motorfordonsolycka. Enligt Freeman och medarbetare räcker det om tre huvudkriterier är uppfyllda för att orsakssamband skall anses föreligga med klart övervägande sannolikhet.

1. Det måste finnas plausibilitet/möjlighet att exponeringen (skadan) kan leda till utfallet/effekten (besvärshandlingen/funktionsnedsättningen). Den centrala frågan är huruvida ett visst biomekaniskt våld kan orsaka en viss biologisk skada

2. Det måste finnas ett tidsmässigt samband mellan exponering och utfall. För att fastställa detta måste man bedöma om skadehändelsen inträffat före symptomdebuten och det eventuella tidsintervallet mellan skadehändelsen och symptomdebuten, samt symptomutvecklingen över tid.

3. Det får inte finnas en mer sannolik förklaring till symptomen.

Fullständig kausalitet råder mellan olyckan och kvarstående symtom om alla dessa tre kriterier är uppfyllda. Okunskap och missuppfattningar gör det dock svårt att avgöra detta, och ”den traumatiska principen” har satt hela sannolikhetsresonemanget ur spel.

- Ofta sätter försäkringsläkarna en orimligt låg invaliditetsgrad, de senaste 20 åren med stöd av ändringar i försäkringsbranschens tabellverk för bedömning av medicinsk invaliditet, med ett ologiskt lågt ”takvärde” för följderna av svårdiagnostiserade skador som halsryggsdistorsion (”whiplashskada”) och hjärnskakning.
- Bolagen sätter regelmässigt anmärkningsvärt låg invaliditetsgrad även när funktionsnedsättningen är mycket omfattande. Sedan argumenterar de utifrån denna låga invaliditetsgrad och menar att så låg medicinsk invaliditet kan inte innebära någon skaderelaterad arbetsförmåga – ett klassiskt cirkelbevis

- Försäkringsföretagen producerar ibland stora mängder inlagor, där fokusförskjutning från det faktiska är vanligt förekommande
- Under skadeprocessen betalar de flesta försäkringsbolag för ett ombud, med vissa restriktioner. Timpenningen är den fastställda rättshjälptaxan och gäller begränsat antal timmar. Vill man ha en dyrare advokat får den skadade själv betala mellanskillnaden. Vid en eventuell rättegång där den skadade inte vinner blir den skadade ålagd betala även försäkringsbolagets rättegångskostnader, och har de då haft en dyrare advokat än rättshjälptaxan behöver inte bolaget betala mellanskillnaden utan det får den skadade betala själv. Försäkringsbolagens utveckling verkar vara att ha dyrare och dyrare, inte sällan två dyra advokater mot den skadade. Det verkar syfta till att skrämja de flesta från att gå vidare till domstol eller begära prövningstillstånd om de förlorat. Varför inte hålla sig till rättshjälptaxan i alla skeden?
- Det är stora oklarheter vad som gäller kring rättsskyddet. När ska rättsskyddet börja användas? Skall försäkringsföretagen betala advokat-/juristkostnader tills ev. stämningsansökan lämnas in? Vad gäller enligt lag?
- Att välja juridiskt ombud som har rätt kunskap och erfarenhet i personskade- och/eller skadeståndsrätt är inte lätt för den redan hårt belastade skadade kunden. Vart vänder man sig för råd och tips? Ditt val av juridiskt ombud kan komma att belasta dig särskilt om advokaten/juristen inte har tillräcklig kunskap och erfarenhet för att driva ditt ärende för ditt bästa. En okunnig advokat/jurist kan utgöra en risk för att processen blir dyr, utdragen och utan rättvis uppgörelse för den försäkrade i såväl bolagens skadereglering som i civildomstolarna
- Även om du är oskyldigt påkörd och annan är vållande så får du ditt eget försäkringsbolag som motpart eftersom försäkringsbolagen kommit överens om att inte nyttja sin regressrätt ("det tjänar alla bolag på")
- Bolagen "äger" promemorian, PM-et till Trafikskadenämnden (TSN), du har mycket svårt/omöjligt att påverka vad som faktiskt sänds in till TSN
- Prövningen i TSN, vare sig det gäller obligatoriska ärenden (om den medicinska invaliditetsgraden uppgår till minst tio procent) eller övriga, så kallade tvistelösningsärenden, är varken oberoende eller opartisk. Inflytandet från försäkringsgivarna är mycket stort, medan det saknas representanter för konsumentens sida (de fackliga företrädare som sitter där som gisslan saknar kunskap om konsumenten/den skadades problem)
- I TSN är det försäkringsbolagets ord som väger tyngst. Den skadade är inte tillåten att vara med under föredragningen (inte heller något ombud), det är inte rättssäkert och varför får inte den skadade vara med och höra vad som sägs? Hur ska man veta att rätt underlag är inlämnat eller om något undanhålls som är av särskild vikt för den skadade? Vid förfrågan till TSN om att få kopia på sin akt som försäkringsbolaget lämnat in, kom svaret att det är bolaget som äger akterna och att TSN inte lämnar ut kopior utan man får be bolaget om kopia. Fortfarande vet man inte då ifall de undanhållit något/några dokument
- Att förbereda ärendet för stämning i allmän domstol är extremt svårt/omöjligt utan juridiskt ombud

- Ofta är tiden för att lämna in stämningsansökan mycket kort, det kan vara svårt att hitta pålitligt/kunnigt juridiskt ombud och mycket svårt att avgöra chanserna/riskerna med en domstolsprocess
- Att göra en riskbedömning av chanserna att få rätt i sak i en civil rättstvist är i praktiken omöjligt – det är snarast ett lotteri vem som får rätt. Riskerna att förlora och att få problem att klara av sina egna rättegångskostnader är betydande, och när man räknar in motpartens rättegångskostnader är det avskräckande för de flesta. De senaste åren har kostnaderna stigit till inte sällan miljonbelopp. Hur många har ekonomiska resurser att gå vidare med en stämning?
- När det kommer till stämning är det ytterligare en part/instans som blir involverad i skadeprocessen. Kommunikering tar nu ytterligare tid och ork i anspråk och försäkringsbolaget tar ofta in nya läkare som ska gå genom journaler, hela ärendet. Vissa FMR skriver över 20 sidor långa yttranden som ska granskas och bemötas. Ofta förekommer det sakfel och direkta osanningar i dessa utlåtanden, och om en skriver in felaktigheter händer det ofta att de följande yttrandena bara upprepar dessa felaktigheter. Nya yttranden från den skadades läkare nonchaleras och påstås inte tillföra ärendet något nytt. Det läggs fokus på irrelevanta saker istället för på det faktiska, olyckan och dess konsekvenser som drabbat den skadade. Alla dessa fel som ska påtalas tar energi från den skadade, energi som istället skulle kunna gå till läkning/återhämtning. Istället tröttnas den skadade ut med helt onödiga, oseriösa kränkande påhopp som ska bemötas för att påvisa att det inte stämmer. Är det medvetet av FMR med detta, vill de försöka svartmåla, misskreditera, undergräva den skadade? Trötta ut? Många processer tar årtal, en del flera decennier.
- På senare år har bolagen tagit till nya grepp för att slippa betala ut ersättning: spaning och smygfilmning och beskyllningar för försäkringsbedrägeri, utan att ha några som helst bevis eller ens belägg för bedrägeri. De drar sig inte ens för att samarbeta med FK och förmå dem att dra in sjukersättning och arbetsskadelivränta (vid så kallade färdolycksfall). Är det verkligen lagligt? I stället för att samarbeta med sin kund för att minimera skadeverkningarna saboterar man dennes möjligheter till ersättning och slår helt undan benen för den skadade. Har bolagen inga skyldigheter? Hur ska någon kunna försvara sig mot sådana metoder?
- En vanlig orsak till att bolaget plötsligt påstår att samband inte föreligger, trots att man godkänt det tidigare och betalat för inkomstförlust i många år, är att tillståndet har försämrats och arbetsförmågan minskat ytterligare. Då kommer beskyllningarna för bedrägeri och indragen ersättning – ibland till och med krav på återbetalning. Hur ska någon, efter så många år, kunna bevisa sambandet från totalt underläge?

Domstolens utredningsprocess och rutiner:

- Den käre och dennes ombud skall ta fram sakkunniga vittnen som kan skriva utförliga utlåtanden och är beredda och kompetenta att ställa upp som muntliga vittnen i rätten
- Den käre och dennes ombud skall ordna med övriga vittnen

- Förhållningsordningen i rättsprocessen. Den skadades sakkunniga vittnen hörs först och försäkringsbolagens sakkunniga vittnen kommer sist. Det innebär att den skadades sakkunniga aldrig kan bemöta exempelvis konsensuslögn, förtal av den försäkrades vittnen eller andra vittnesmål som inte överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet
- Ingen kontroll sker av korrektheten i referenser och hänvisningar till vetenskap och beprövad erfarenhet, exempelvis angående den ”traumatiska principen”, den så kallade 72-timmarsregeln eller om att besvärsutvecklingen inte följt ”det förväntade förloppet” efter trauma
- Det påstås ofta i domstolarna att försäkringsbolagens åberopade läkare samlat representerar relevanta specialistkompetenser, kvalificerade meriter och befattningar samt har betydande erfarenhet av sambandsbedömningar. Det hävdas att dessa specialistläkare har genomgått särskild utbildning för att göra sambandsbedömningar, och har lång erfarenhet av att genomföra dessa. Hur FMR läser journaler kan man undra, de lägger fokus på helt irrelevanta eller till och med hittar på saker som inte står med. De tar en mening från journal men skriver inte ut hela meningen, så den får en helt annan innebörd. Datum ändras så att det passar försäkringsbolagets anda, att inte betala ut inkomstförlust. "Klippaklistramentalitet"?
- Ofta hänvisas till ett yttrande till länsrätten i Göteborg från Socialstyrelsens Rättsliga råd från 2006, men bara valda delar – man utelämnar tendensiöst avsnitt som talar för den försäkrades sak.
- Det förekommer att försäkringsläkare oemotsagda uppger lögnaktiga citat ur journaler och intyg och till och med kränker den skadelidande
- Det förekommer att försäkringsläkare oemotsagda uttalar rena lögn och kränkande omdömen om den skadelidandes sakkunniga vittnen
- Det förekommer att domstolen inte tillräckligt beaktar att den käre är försäkrad i befintligt skick vid olyckstillfället
- Bevisbördan vilar helt på den som stämmer, dvs den försäkrade/kunden, som är den klart resurssvaga i sammanhanget. Inte ens om motparten hävdar att det är någon annan, konkurrerande orsak till besvären och funktionsnedsättningen än olyckan, går bevisbördan över på denne.
- Beviskravet har över tid ändrats från att det tidigare räckte med att bevisa att sambandet är sannolikt = 50,1 %, till att det är mer sannolikt, till idag klart mer sannolikt. På vilka grunder denna förskjutning har skett är oklart. Det är också högst varierande hur sannolikhetsbedömningarna görs hos bolagen, i Trafikskadenämnden och i domstolarna. Sällan görs de helt korrekt (se ovan om kriterier för samband och Michael Freemans vetenskapliga artiklar). Om sannolikhetsbedömningen görs korrekt, dvs att man utgår från de tre kriterierna ovan och beräknar den relativa sannolikheten, dvs utgående från de givna förutsättningarna att en olycka inträffat, att symptom på skada uppkommit i relevant tidssammanhang, att symptomutvecklingen och invaliditetstillståndet är förenliga med ett restillstånd efter aktuell skada, då är sannolikheten för samband gott och väl över 90 %. Denna vetenskapliga sanning har försäkringsbolagen och deras medicinska rådgivare gjort allt för att kullkasta genom

att hitta på begreppet ”den traumatiska principen” som påstås innebära att symptomutvecklingen efter trauma alltid följer ett förväntat mönster: värst i akutskedet, därefter bara bättre och bättre, möjligen kvarstående på samma nivå efter en tid, men aldrig värre eller med spridning av smärtan från den ursprungliga skadan.

- Prövningstillstånd krävs till nästa instans och är svårt att få för den enskilde, betydligt lättare för de resursstarka bolagen
- Förberedelser inför förhandlingar i nästa instans. Omöjligt att få ta in ny bevisning, även om utvecklingen av symptomen och inom läkarvetenskapen gör att skador/restillstånd efter skador kunnat påvisas med undersökningar som kommit till stånd efter huvudförhandlingen i lägre instans
- Att göra en riskbedömning av chanserna att få rätt i sak i högre instans är i praktiken omöjligt – det är snarast ett lotteri vem som får rätt. Riskerna att förlora och att få problem att klara av sina egna rättegångskostnader är ännu mer betydande, och när man räknar in motpartens rättegångskostnader är det än mer avskräckande i den högre instansen. Det rör sig ofta om miljonbelopp. Hur många har ekonomiska resurser att gå vidare till hovrätten?
- Vid domstolsprocesser anlitar försäkringsbolagen ofta externa advokatbyråer som numera ofta har flera representanter på plats i domstol och dessutom tar ut en timpenning på flera tusen kronor. Detta medför att rättegångskostnaderna ökar markant
- Vid domstolsprocesser anlitar försäkringsbolagen ofta många för företaget kända specialistläkare. Ju fler expertvittnen desto högre arvode krävs av den förlorande parten. Det är en kostnad som bolagen kan klara och kvitta mot insparade försäkringsersättningar, men för den enskilde innebär det ekonomisk och social katastrof
- Risken med juridiska ombud är inte negligierbar. Det finns exempel på advokatbyråer som efter år av ”mjölkande” både försäkringsbolaget och dess kund på 100 tusentals kronor och sedan förhandlar fram en för den försäkrade dålig förlikning (inför hot om jätteförluster om de förlorar i domstolen), men ser till att få kostnaderna ersatta av bolaget. Sedan kan de ändå fakturera klienten med lika stora belopp. Summa summarum är de enda som tjänar på dessa utdragna skaderegleringar och domstolsprocesser parternas juridiska ombud. Någon kvalitetssäkring eller juste konkurrens förekommer inte i den världen. Lotteri är mer träffande

Expertus – Expert – en som har prövat på, har erfarenhet, dvs patienten

Hur ser Finansinspektionen på vår helhetsbeskrivning av den personskadades väg genom försäkringsföretagens processer och rutiner med dess brister och systemfel?

Anser Finansinspektionen att de uppräknade punkterna är relevanta och överensstämmer med vad den personskadade möter i sin väg genom försäkringsföretagens processer och rutiner?

Om Finansinspektionen anser att dessa punkter är relevanta, vilket intresse har man av att komma tillrätta med bristerna och vilka möjligheter ser man?

Har Finansinspektionen någon uppfattning om:

- 1) vad dessa utdragna processer och rutiner skapar för problem för den personskadade individuellt och för samhället i termer av antal personskadade som berörs,
- 2) vad utebliven/icke fungerande, orättvis personskadereglering kostar i försenad, ofullständig eller felaktig utredning och
- 3) hur de missbedömningar och orättvisor, som en felaktig utredningsprocess kan leda till, medför i kostnader för den personskadade individen, samhället och för försäkringsföretagen?

Vi emotser med stort intresse Finansinspektionens svar på dessa frågor innan det är för sent att påverka rapporteringen av regeringsuppdraget.

Personskadeföreningen NRH – Nack-, Rygg- & Hjärnskadades rätt till utredning & diagnos efter trauma, Org. nr: 802496-4085

Adress: Box 4, 671 21 Arvika

E-post: forening@nackskada.se

Styrelsen 2017, Ordförande: Anneli Andersson, Mobil: 073-813 37 71

Gunilla Bring, leg läk, med dr, specialist i rättsmedicin

Bo C Bertilson, leg läk, med dr, specialist i allmänmedicin

Olle Bunketorp, leg läk, med dr, överläkare i ortopedi, docent i trafikmedicin

E-post till: Yvonne.Lindell@fi.se