



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

Personskadeföreningen NRH – Nack-, Rygg- & Hjärnskadades rätt till utredning och diagnos efter trauma, är inbjudna **tisdag den 16 april kl. 14-15** för att presentera de frågeställningar som vi särskilt vill göra Finansinspektionen uppmärksamma på.

Bakgrund

Personskaderegleringen efter trafikskador och andra olyckor har alltid varit problematisk när skadorna inte syns eller är svåra att diagnostisera, som vid lättare hjärnskador (t.ex. hjärnskakning), ryggskador och nackskador (t.ex. whiplashskador). Vid riksdagsseminariet den 18 januari i år kommenterades de sistnämnda av företrädaren för Svensk Försäkring, Staffan Moberg, på följande vis (han talar om 1990-talet och början av 2000-talet):

”... det var framförallt whiplashskador som ökade i antal som vi såg, ... det pratades om att en 70–80 % procent rörde sig om whiplashskador på den tiden. Och det fanns en stor okunskap om skademekanismer, diagnostisk, behandling, rehabilitering. Många av de här anmälningarna tror vi också tillkom för säkerhets skull, men likväl måste ju försäkringsbolagen hantera dessa på ett seriöst sätt, vilket gav belastningar så att säga. Det var också en väldigt spretig syn inom sjukvården på whiplashskada och kunskaperna varierade väldigt starkt om det här.”

Vetenskapliga studier bekräftar också denna bild. Tack vare en mängd förbättringar av trafiksäkerheten, inte minst bilbälteslagen, har andelen dödliga och mycket svåra skador i trafiken minskat avsevärt under de senaste decennierna. Parallellt med detta har andelen skador med svåra följder, såsom långvarig sjukskrivning och permanent arbetsförmåga till följd av whiplashskador ökat till 60-70 %. Samma tendens har noterats i Trafikskadenämndens statistik från slutet av 1990-talet och början av 2000-talet.

Denna problematik har hanterats och tolkats på olika sätt av, å ena sidan, aktörer inom sjukvård, rehabilitering och forskning och, å andra sidan, av försäkringsgivare. Precis som Moberg påpekade har sjukvården och Socialstyrelsen haft ”*en väldigt spretig syn*” på fenomenet. Läkare, sjukgymnaster och beteendevetare, med täta och nära kontakt med denna patientkategori, har dock genom forskning och erfarenhet fått trovärdiga förklaringsmodeller för de svåra funktionsnedsättningar som många i denna patientgrupp drabbas av. De har försökt utreda, behandla och rehabilitera efter bästa förmåga med denna kunskap.

Försäkringskassan och framför allt försäkringsbolagen och deras medicinska rådgivare har emellertid försökt lösa ”problemet med de många whiplashskadorna” med långvariga besvär genom att bortse från eller förneka dess existens. Man har schablonmässigt reducerat invaliditetsgraden för vissa tillstånd som denna patientgrupp kan drabbas av. Man har med tendensiöst urval av vetenskapliga referenser sånär lyckats definiera bort problemet med kronisk besvärsutveckling efter en till synes lindrig skada i nacke, rygg eller hjärna, trots att sådana i vissa fall kan medföra betydande funktionsnedsättning och arbetsförmåga (se nedan under ”den traumatiska principen”). Den motsättning som uppstod för många år sedan till följd av kunskapsbristen har snarast fördjupats.

Problemen med skaderegleringen efter de ovan nämnda skadetyperna kan hänföras till två grundläggande konflikter som inte åtgärdats på över 20 år

1. Den första konflikten är av medicinsk/vetenskaplig natur och beror på det som ovan angavs om bristen på kunskap om skademekanismer, diagnostik, behandling och rehabilitering, men i högsta grad också på en bristande samsyn hur man förstår och tolkar skadornas uppkomst och de allvarliga följder som utan tvivel kan bli konsekvensen av sådana till synes lindriga skador. Här ligger konflikten tydligast mellan de behandlande, intygsskrivande läkarna och av försäkringstagarsidan anlidade medicinskt sakkunniga å ena sidan, och av försäkringsbolag och Försäkringskassa anlidade medicinska rådgivarna å den andra. Men det finns också en djup konflikt inom det medicinska vetenskapssamhället, där forskarna framhåller diametralt motsatta resultat av olika studier. Den påtagliga kunskapsökning som skett under perioden avspeglas inte i de val av referenser som de medicinska rådgivarna återkommande väljer att hänvisa till. De referenser som läkare/forskare på den försäkrades sida valt att hänvisa till avvisas regelmässigt av samma medicinska rådgivare som ovetenskapliga.

Det må i sammanhanget nämnas att helt grundlösa argument mot samband – med begreppet ”*den traumatiska principen*” – notoriskt framförs av vissa av de oftast anlidade medicinska rådgivarna, till och med under ed, med hänvisning till vetenskap och beprövad erfarenhet” (mer om det nedan).

2. Den andra konflikten är av juridisk/byråkratisk natur och rör demokratiunderskottet och den uttalade resursobalansen vid handläggningen hos försäkringsbolagen,

inklusive Trafikförsäkringsföreningen och Kammarkollegiet (sic!), i Trafikskadenämnden, i domstolarna och vid Försäkringskassan. Konsekvenserna av detta demokratiunderskott och denna resursobalans för den enskilda kunden framgår mer utförligt i bilaga 1, ”Den personskadades väg, etc”.

Dessa två konflikter har kommit att samverka under mer än 20 år och har utvecklats till ett för försäkringstagaren ogenomträngligt block – systemet har slutit sig

Ett aktuellt exempel på denna slutenhet fick NRH i inläga från Kammarkollegiet när NRH till Förvaltningsrätten överklagade beslutet att godkänna Trafikskadenämnden som alternativ tvistelösningsnämnd (se bilaga 2, 9 st handlingar i målnr 24297-16, FR i Sthlm).

Kammarkollegiet hävdade att NRH saknar rätt att överklaga – trots att det ur patient-/brukarperspektiv står helt klart att har inte NRH den rätten har ingen det. Enbart misstanken om att det finns, om inte en allians, så åtminstone en brist på oberoende och fristående mellan trafikförsäkringsbolagen, Trafikförsäkringsföreningen, Kammarkollegiet, Trafikskadenämnden och Försäkringskassan borde räcka för att Finansinspektionen gör en fördjupad utredning av detta.

Ytterligare belägg för slutenheten i systemet är de uppenbara problem för försäkringstagarna att få insyn i sina egna ärenden i Trafikskadenämnden. Den som begär att få veta vilka handlingar som insänts till nämnden med den PM som bolaget upprättat, får till svar att ärendet ”ägs” av bolaget som sänt in det. Eftersom ingen muntlig förhandling hålls i nämnden och den försäkrade inte har någon företrädare där (vilket ”branschen” har), blir underläget än mer påtagligt.

Hela systemet med att det egna bolaget utreder den skadades rätt till ersättning utan att beakta regressrätten mot vållandes bolag (nackskador är påfallande ofta orsakade av påkörning bakifrån, där den vållande, påkörande oftast är oskadd) blir än mer diskriminerande då den påkörde som oskyldig, skadad och utan kunskaper om försäkringsrätt eller skadereglering får bära bevisbördan, ensam eller med ett kanske opålitligt ombud. När det kommer till domstolsprocess blir denna obalans än mer tydlig, eftersom den skadade dessutom riskerar att få stå för motpartens (det egna försäkringsbolagets!) rättegångskostnader.

”Den traumatiska principen”

Försäkringsbolagen (och i viss mån Försäkringskassan) och deras medicinska rådgivare har under de senaste 15-20 åren, mycket medvetet och systematiskt agerat för att införa ett nytt begrepp i personskaderegleringen, uppenbart i syfte att ge giltighet åt en förklaringsmodell där nekande av sambandet mellan olycksfallsskada och allvarliga funktionsnedsättningar är regel. Försäkringsbolagen har varit påfallande framgångsrika i sina ansträngningar och dessutom lyckats gå i allians med Trafikskadenämnden och domstolarna om detta tolkningsföreträde.

Sammantaget har rättssystemet blivit ett slagfält för medicinska/vetenskapliga konflikter där striden böljar fram och tillbaka utan att det egentligen kommer fram vem som har rätt – starkast vinner. Den svagare parten, den försäkrade/skadade, är förlorare från början till slut. Konsekvenserna för den skadade/patienten och dennes familj blir i många fall katastrofal och rör många plan i tillvaron.

- A. Naturligtvis ekonomiskt – du får inte din rättmätiga ersättning för skadan och funktionsnedsättningen/inkomstförlusten
- B. Du blir behandlad utan respekt som kund, du blir ifrågasatt, inte sällan till och med utsatt för spaning och smygfilmning och beskyllning för försäkringsbedrägeri utan att du kan försvara dig
- C. De allvarliga fysiska konsekvenserna av skadan medför inte sällan också psykosociala och kognitiva problem, vilket sammantaget radikalt förminskar din förmåga att hävda din egen rätt
- D. Att inte bli trodd i sin egen upplevelse av att vara skadad, innebär att du tvingas föra ett tvåfrontskrig (eller flerfronts- om FK också vägrar dig ersättning) från ett extremt underläge. Det innebär starka stresspåslag, inte bara av smärta och oro för att aldrig bli bra, utan också av ekonomisk utsatthet och bombardemang av skrivelser från FK, försäkringsbolaget och eventuellt juridiskt ombud
- E. Det har uppstått en gråzon, där du som skadad får ännu svårare att hävda din rätt till ersättning – när ditt försäkringsbolag och FK samarbetar och beskyller dig för försäkringsbedrägeri. FK får inte själv spana, men drar sig inte för att samarbeta med försäkringsbolaget och, även om det helt saknas fog för misstankarna, får du ingen upprättelse eller ens en ursäkt. I bästa fall får du pengarna tillbaka, men inte utan strid och utan ränta på pengarna.
- F. Du måste hela tiden ta ansvar för din egen utredning och kämpa för diagnos och behandling/rehabilitering med risk för att du beskylls för att orka för mycket, för att du försöker få hjälp/arbeta med det du kan och när du kan – allt kan vändas emot dig. Det krävs att du för din egen talan, trots att du inte längre förmår det på grund av skadan och dess konsekvenser.
- G. I det värsta scenariot blir konsekvenserna av systemfelen i skaderegleringen total ekonomisk kollaps, extrem utmattning och total deprivatation, vilket har lett till självmord eller för tidig död av andra orsaker i många fall.

När det gäller FI:s uppdrag att kartlägga och analysera försäkringsbolagens processer och rutiner avseende personskadade samt hanteringen av de trafikskadade vill NRH särskilt framhålla vikten av belysning och utredning av de ovan nämnda konflikterna. I de rapporter som myndigheten har publicerat har betoningen bland annat legat på långa handläggningstider. Långa handläggningstider är förvisso ett problem, men vi vill uppmärksamma FI på att för de skadade som NRH representerar är det vanligt att handläggningen måste få ta lång tid, eftersom deras besvär varierar stort med belastning och kan utvecklas under flera års tid, och att arbetsoförmågans omfattning därför ofta inte kan avgöras förrän efter flera år. Vi vill samtidigt framhålla att de exempel på extremt långa

handläggningstider som påtalats i RTP-Västerås kartläggning av nackskadades skadereglering är oacceptabla (se bilaga 2, 201612061250, RTP Västerås rapport). Det är därför angeläget att FI analyserar förklaringarna till att det förekommer handläggningstider på 15-20 år och längre. Det finns ett utbrett missnöje bland försäkringstagarna på grund av dessa långa handläggningstider och misstankar har uppkommit om att försäkringsbolagen medvetet sinkar regleringen, särskilt i slutskedet, när det kommit till stämning till domstol och bolaget begär in yttrande efter yttrande och kallar in fler och fler medicinska rådgivare. Dessutom är det under skaderegleringen inte ovanligt med upprepade byten av handläggare, vilket medför onödig fördröjning.

En omständighet som också är angelägen att FI granskar är försäkringsbolagens ovilja att ta in invaliditetsintyg vid den typ av skador som NRH-s medlemmar har. I stället begär man in samtliga journaler och hävdar återkommande att sanningen om besvär, besvärsutveckling och kontinuitet i besvärsbilden framgår bättre i journaler, särskilt de tidiga journalerna. Man hävdar till och med att intyg utfärdade ett år eller mer efter skadan inte är tillförlitliga, och att läkare som träffar patienten, automatiskt blir partiska med ”sin” patient och agerar ombud för denne. Det är helt emot de kliniska och etiska principer som gäller och har gällt i alla tider. Som framgår av en HD-dom NJA 2001 s 657, kan journaler, särskilt akutjournaler, vara behäftade med betydande fel. Läkrintyg, däremot, skall utfärdas med objektivitet, opartiskhet och noggrannhet enligt gällande författningar, och läkaren har straffansvar för vad som står i intyget. Försäkringsbolagens och FK-s medicinska rådgivare, däremot, är inte bundna av dessa krav och ansvarar enbart inför sina uppdragsgivare. Det är därför högst angeläget att FI granskar försäkringsbolagen närmare i detta avseende och frågan leder osökt över till nästa punkt.

Vad gäller FI:s uppdrag att belysa de medicinska rådgivarnas (”försäkringsläkarnas”) roll (bl.a. avseende ersättningssystem och hur den förhåller sig till den behandlande läkarens roll, det senare i samråd med Socialstyrelsen) vill NRH framhålla följande.

De medicinska rådgivarnas roll har varit starkt ifrågasatt under lång tid och den ovan påtalade konflikten (1) mellan dessa och behandlande läkare har snarast förvärrats under de senaste 20 åren. Även konflikten om vad som är vetenskap och hur den skall tolkas har spetsats till, inte minst genom de medicinska rådgivarnas införande av ”*den traumatiska principen*” och deras grundlösa påståenden om denna principens vetenskaplighet och förankring i det medicinska samhället. Denna konflikt har nu gått så långt och drabbat så många skadade på ett förödande sätt (se bilaga 3, Fakta om företeelsen ”*den traumatiska principen*”), att det är nödvändigt att FI lyfter fram denna fråga tillsammans med Socialstyrelsen. Ett orosmoment som NRH ser är dock Socialstyrelsens oförmåga att ta dessa problem på allvar. NRH-s väl genomarbetade begäran om dialogmöte för fördjupning av probleminformationen har avvisats av Socialstyrelsen (SoS) och SoS har valt att avgränsa sitt uppdrag på ett oroväckande sätt (se NRH-s skrivelse till SoS 2017-04-16, bilaga 4). I praktiken har SoS härigenom valt att definiera bort den värst drabbade patientgruppen från sitt uppdrag, dvs. de som utvecklar ett cranio-cervico-brachialt syndrom och/eller ett postcommotionellt syndrom. Därmed återstår den grupp patienter med enbart nacksmärtor efter whiplashskada – en grupp som SoS anser redan är färdigutredd och som kan behandlas med kognitiv beteendeterapi (KBT). SoS har

också valt ut referenser för sitt beslut att avgränsa uppdraget som inte bara väcker oro, de är direkt anstötliga genom sin brist på vetenskaplighet (se bilaga 5, Projektdirektiv_RU_Trafikskador_Långvariga smärttillstånd_Dnr_16908_2016, med referenser).

De medicinska rådgivarna är också starkt knutna till framtagandet av Tabellverket för bedömning av medicinsk invaliditet, och till tillämpningen av detta. Detta tabellverk som ensidigt tagits fram av försäkringsbranschen i samarbete med Trafikskadenämnden, har med 1996 års upplaga medfört en radikal begränsning av ersättningsnivåerna för just de skador som drabbar NRH-s medlemmar. I Försäkringsförbundets alla tabellverk står under punkt 1.2.1: ”Medicinsk invaliditet definieras som *fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning oberoende av orsak ...*” (NRH-s understrykning). Mot den bakgrunden är det uppenbart ologiskt att lyfta ut hjärnskakning och halsryggsdistorsion och sätta ett orimligt lågt takvärde för funktionsnedsättningar som följd av dessa. Men det är precis vad försäkringsförbundet med sina medicinska rådgivare valt att göra. ”*Följdtillstånd efter kotpelardistorsion graderas normalt till högst 18 %. Följdtillstånd efter hjärnskakning graderas normalt till högst 13 %.*” Motiveringen har varit, enligt expertgruppen som tog fram formuleringen 1996, att ”branschen krävde det – de är för många”, dvs rent ekonomiska skäl (se bilaga 6, Försäkringsföretagens processer och rutiner över tid).

FI skall ju också kartlägga förekomsten av självregleringsåtgärder och vilken betydelse dessa haft. Såvitt NRH kan bedöma förekommer inga självregleringsåtgärder som kommer våra försäkringstagare till del. Tvärtom verkar det ha bildats en ohelig allians mellan trafikförsäkringsbolagen, Trafikförsäkringsföreningen, Kammarkollegiet (sic!), Trafikskadenämnden och Försäkringskassan, kanske också Socialstyrelsen. Ur ett patientperspektiv är systemet och systemfelen så ogenomträngliga att hoppet nu står till FI att ta uppdraget om granskning av systemen på alla nivåer på djupaste allvar.

Även ur jämställdhetsperspektiv är det en växande skandal. Skadetyperna, åtminstone de kroniska följderna och särskilt efter nackskador, är överrepresenterade hos kvinnor, till skillnad mot i stort sett samtliga andra skador med svåra konsekvenser. Orsakerna till detta är mångfasetterade och ofullständigt utredda, men likaväl faktiska. Svårigheten att bevisa sin skada och att det är skadan som är orsak till funktionsnedsättningarna drabbar ensidigt försäkringstagaren, särskilt kvinnor, och diskrimineringen blir än mer påtaglig när bolagen nu verkar ha lyckats definiera bort problemet med personer som utvecklar svåra kroniska smärttillstånd efter trauma – med stöd av en för ändamålet påhittad ”traumatisk princip”. Diskrimineringen i tabellverket och att regressrätten satts ur spel ökar ytterligare problemen.

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

Anser Finansinspektionen att vår sammanfattning av de allvarliga oklarheterna och bristerna är relevanta och överensstämmer med vad den personskadade möter i sin väg genom försäkringsföretagens processer och rutiner?

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

Hur ser Finansinspektionen på NRH:s redovisning av:

- 1) De två grundläggande konflikterna som vi menar inte har åtgärdats på över 20 år?
- 2) Hur dessa två konflikter har kommit att samverka och utvecklas till ett för försäkringstagaren ogenomträngligt block – att systemet har slutit sig?
- 3) Att Kammarkollegiet har hävdats att NRH saknar rätt att överklaga deras beslut angående Trafikskadenämnden?
- 4) NRH:s misstanke om att det finns, om inte en allians, så åtminstone en brist på oberoende och fristående mellan trafikförsäkringsbolagen, Trafikförsäkringsföreningen, Kammarkollegiet, Trafikskadenämnden och Försäkringskassan?
- 5) Trafikskadenämndens brist på oberoende från trafikförsäkringsbolagen, Trafikförsäkringsföreningen och Kammarkollegiet?
- 6) Trafikskadenämndens avsaknad av konsumentrepresentanter?
- 7) Trafikförsäkringsbolagens och Trafikskadenämndens anammande av den traumatiska principen?
- 8) Diskrimineringen av NRH:s skadegrupper i tabellverket för medicinsk invaliditet?
- 9) Samarbetet mellan trafikförsäkringsbolagen och Försäkringskassan?
- 10) Att regressrätten satts ur spel?
- 11) Det tvåfrontsrig (eller flerfronts- om Försäkringskassan också vägrar den skadades ersättning) från ett extremt underläge?
- 12) Det samarbete trafikförsäkringsbolagen och Försäkringskassan har vad gäller obevisade beskyllningar för försäkringsbedrägeri?

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
Olle Bunketorp, leg läk, med dr, överläkare i ortopedi, docent i trafikmedicin
Bo C Bertilson, leg läk, med dr, specialist i allmänmedicin

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

Bilagor

Bilaga 1, Den personskadades väg genom försäk.företag. processer och rutiner
Bilaga 2, 20161205, Kammarkollegiets svar på föreläggande, 24297-16
Bilaga 2, 20161206124, Kammarkollegiets överlämnande t Förvaltningsrätten
Bilaga 2, 20161206125, Registratur överklagat beslut
Bilaga 2, 201612061247, Skrivelse 161115, Föreläggande 161121
Bilaga 2, 201612061248, Handlingarna i dnr 31.2-3896-16
Bilaga 2, 201612061249, Registratur komplettering överklagat beslut
Bilaga 2, 201612061250, RTP Västerås rapport
Bilaga 2, Stockholm FR 24297-16 Dagboksblad 2016-12-16
Bilaga 2, Kommentar till svaromål från Kammarkollegiet 170127, Mål nr 24297-16, avd
31 FR Sthlm
Bilaga 3, Fakta om företeelsen ”den traumatiska principen”
Bilaga 4, Brev NRH:s Vetenskapsråd till SoS angående regeringsuppdraget 2016
Bilaga 5, Projektdirektiv_RU_Trafikskador_Långvariga smärttillstånd_Dnr_16908_2016
Bilaga 6, Försäkringsföretagens processer och rutiner över tid