

# FÖRSÄKRINGSMEDICIN – PROGNOSEMEDICIN

**Medicinsk riskbedömning görs vid nyteckning av olika typer av försäkringar. Hos privata försäkringsgivare handläggs flertalet ansökningar utan läkarmedverkan, men vid problematiska bedömningar sker dessa i samråd med läkare. För ett smidigt samarbete är det viktigt att läkarna känner till försäkringsbolagens sätt att arbeta. Det är till exempel skillnad mellan klinisk och försäkringsmedicinsk prognos.**

Varje år begär försäkringsbolagen in mängder av intyg och utlåtanden av olika slag, ofta kompletterade med journalkopior. Dessa används i den riskbedömning som görs innan personförsäkringar (liv-, sjuk- och olycksfallsförsäkring) tecknas, eller när något har hänt en försäkrad. Flertalet läkare skriver regelbundet intyg och utlåtanden till privata försäkringsgivare, och i stort sett fungerar det hela bra.

När problem uppstår beror det vanligen på att läkarna vet för litet om försäkringsmedicin, som tyvärr inte ingår i dagens läkarutbildning. Vissa utbildningsinsatser har gjorts under årens lopp, men dessa har endast nått en liten del av vår kår.

## Allt fler privata personförsäkringar

Intyg och annan medicinsk information från sjukvården till de privata försäkringsgivarna blir allt viktigare i takt med att struktur och ersättningsnivåer i socialförsäkringssystemet på allvar ifrågasätts. Redan nu har cirka 40 procent av den vuxna befolkningen individuella livförsäkringar eller frivilliga grupplivförsäkringar.

Sannolikt kommer staten att framdeles svara för en minskande del av vårt

## Författare

EINAR PERMAN,  
med dr, docent, rådgivande läkare  
vid Trygg-Hansa, Stockholm.

medborgerliga försäkringsskydd. I samma takt kommer troligen många att som komplement skaffa sig försäkringsskydd via privata försäkringsgivare.

## Försäkringstagaren riskbedöms

Försäkringsmedicin skulle kunna kallas prognosmedicin. Kunskap om sjukdomars prognos avseende mortalitet, morbiditet och inverkan på arbetsförmåga är särskilt viktig. Försäkringsmedicinsk bedömning är en förutsättning för att privata försäkringsgivare skall kunna erbjuda försäkringar som ger ekonomiskt skydd vid förtida död, allvarlig sjukdom och olycksfall.

Denna artikel behandlar huvudsakligen medicinsk riskbedömning i samband med nyteckning av personförsäkringar hos vuxna. Läkartidningen planerar att i kommande artiklar belysa andra aspekter av försäkringsmedicin.

## Normal dödlighet

Genom stora undersökningar har man klarlagt den svenska befolkningens normala dödlighet. Denna kan anges som sannolikheten (i procent) att en person drabbas av något som leder till döden under det närmast följande året. Denna sannolikhet varierar givetvis starkt i olika åldersgrupper (Figur 1).

I försäkringssammanhang använder man som normalgrupp den stora grupp livförsäkrade som fått normala försäkringsvillkor. Överlevnadsstalet är något större i denna grupp i jämförelse med hela befolkningen.

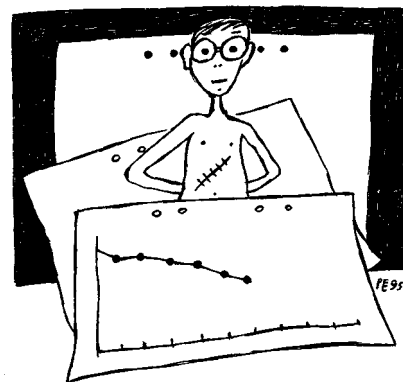
## Överdödlighet

Begreppet överdödlighet kan illustreras med följande exempel:

A. Av 1 000 40-åriga män i normalgruppen kommer sammanlagt 28 att dö inom tio år. Det definitionsmässigt ingen överdödlighet i gruppen (överdödlighet = 0 procent).

B. Av 1 000 40-åriga män som lider av en lindrig sjukdom kommer sammanlagt 42 att dö inom tio år. Överdödligheten inom gruppen blir då  $(42-28)/28 = 0,5 = 50$  procent.

C. Av 1 000 40-åriga män som lider av en allvarlig sjukdom kommer sammanlagt 126 att dö inom tio år. Över-



## SERIE försäkringsmedicin

Denna artikel inleder en serie om försäkringsmedicin.

dödligheten inom gruppen blir då  $(126-28)/28 = 3,5 = 350$  procent.

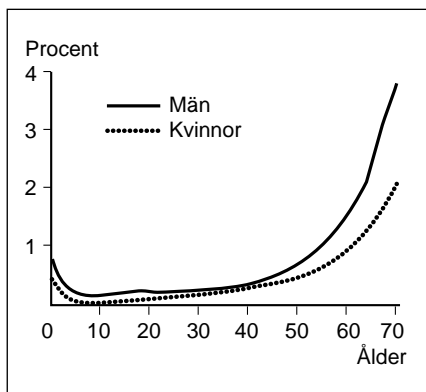
Eftersom det finns en spridning när det gäller normal dödlighet har man räknat fram premiekostnaden så att viss överdödlighet (upp till ca 50 procent) inkluderas i »normalgruppen». Grupperna A och B har alltså samma premiekostnad. Gruppen C kan däremot bara försäkras till en högre kostnad. Ett exempel på »överdödlighetsgrupper» ges i Tabell I.

## Avslag vid allvarlig sjukdom

Svenska försäkringsbolag livförsäkrar sällan för en längre tidsperiod personer med en förväntad överdödlighet överstigande 600 procent, eftersom premiekostnaden då skulle bli mycket hög. Det blir därför avslag vid t ex allvarlig kranskärlsjukdom eller diabetes mellitus med njursvikt. Gäller det en övergående sjukdom kan avslaget ibland kombineras med ett erbjudande att ompröva bedömningen efter en viss tid, t ex två år. Den riskbedömning som då görs kan resultera i att försäkring kan erbjudas, ibland med normala villkor. Ett exempel på hur en person som haft en hjärtinfarkt kan bli bedömd ges i Tabell I.

## Särskilda principer för tumörsjukdomar

I flertalet fall räknar man med att överdödligheten kvarstår oförändrad



**Figur 1.** Normal dödlighet. Diagrammet visar sannolikheten (i procent) att dö under det följande året. Exempel: Av 100 000 födda män lever 92 876 fortfarande vid 50 år. Av dessa beräknas 472 att avlida under året fram till 51 års ålder. Den ettåriga sannolikheten är alltså:  $472: 92\ 876 = 0,005 = 0,5$  procent. Vid 70 år är motsvarande siffra  $0,031 = 3,1$  procent, således mer än sex gånger högre. Diagrammet bygger på uppgifter om den svenska befolkningens dödlighet under perioden 1976–1980. Den lilla »puckeln» för män omkring 20 år beror på trafikolycksfall.

under resten av livet. Särskilda principer gäller dock för tumörsjukdomar, eftersom överdödligheten hos dessa vanligen är temporär. En sökande som behandlats för tumörsjukdom är som regel försäkringsbar först när viss tid förflutit efter avslutad behandling. Under ett fastställt antal år får vederbörande en premieförhöjning som sedan automatiskt faller bort.

En del svenska bolag erbjuder många tumörfall helt normala premievillkor (oavsett initial metastasering, etc) om tio års kontroller efter avslutad behandling varit utan anmärkning.

### Skillnad mellan klinisk och försäkringsmedicinsk prognos

När läkare i dagligt tal säger att prognosen är gynnsam är överdödligheten ofta stor. En artikel i en välrenommerad

**Tabell I.** Exempel på indelning i riskgrupper. En 55-årig man som genomgått en hjärtinfarkt utan komplikationer i efterförloppet kan t ex bli bedömd på följande sätt: Första året: Uppskov till 1 år. Från ett år till tre år, grupp 3 (överdödlighet motsvarande 250 procent). Från tre år till tio år, grupp 2 (överdödlighet motsvarande 150 procent). Från tio år, grupp 1 (överdödlighet motsvarande 75 procent).

| Grupp  | Överdödlighet inom gruppen procent |
|--------|------------------------------------|
| Normal | < 50 (0–50)                        |
| 1      | 75 (60–90)                         |
| 2      | 150 (100–200)                      |
| 3      | 250 (200–300)                      |
| 4      | 350 (300–400)                      |
| 5      | 450 (400–500)                      |
| 6      | 550 (500–600)                      |

medicinsk tidskrift [1] beskrev nyligen överlevnaden hos en grupp unga, asymtomatiska patienter som överlevt en infarkt. Det visades att 10 procent avled i kranskärslssjukdom under den sjuåriga uppföljningsperioden. I artikeln framhölls att »... their long-term prognosis with conservative therapy is good . . . » Författarna må anse detta vara en god prognos, från försäkringssynpunkt är den miserabel (överdödlighet = 700 procent). Varje läkare som skriver utlåtande eller diskuterar en sjukdoms prognos med sin patient bör därför vara återhållsam med uttalanden om patientens möjlighet att teckna försäkringar.

### Riskbedömning vid tecknande av livförsäkring

Genom kliniska undersökningar och försäkringsmedicinska erfarenheter har man fått en god bild av överdödligheten vid många olika sjukdomar.

Vid tumörsjukdomar har tumörens utbredning och histologiska typ stor inverkan på prognosen. Tumördiagnosen måste bygga på mikroskopisk undersökning, behandlingen måste ha varit framgångsrik, efterbehandlingen avslutad och recidivfriheten dokumenterad genom regelbundna kontroller.

PAD-utlåtande behövs som regel. Det är också viktigt att veta när efterbehandlingen avslutades. För riskbedömning av tumörsjukdomar anlitas ibland patologer och annan expertis.

Vid diabetes mellitus styrs bedömningen i hög grad av debutålder samt tecken på hjärt-, kärl- och njurskada. Vid kronisk alkoholsjukdom styrs den framför allt av om den sökande är helt avhållsam när det gäller alkohol. Vid psykisk sjukdom är det framför allt suicidrisken som måste beaktas.

Rökning medför en överdödlighet på omkring 70 procent. I Sverige inkluderas rökare i den grupp som får normala premievillkor (om deras hälsa i övrigt är normal). Vid rökning skärps dock bedömningen av vissa sjukdomar, t ex hypertoni, astma, diabetes mellitus och ischemisk hjärtsjukdom. Hos vissa försäkringsbolag i andra länder, t ex USA, medför rökning per se högre premier.

Vid alla sjukdomar påverkas bedömningen givetvis av hur patienten medverkat vid behandling och kontroller.

### Dyrare sjukförsäkring vid översjuklighet

Ofta tecknas liv- och sjukförsäkring samtidigt. Flertalet svenska sjukförsäkringar är enbart avsedda att täcka inkomstbortfall vid längre tids sjukdom, och karenstiden brukar vara minst en månad. Den medicinska riskbedömningen är följaktligen inriktad på sådant som kan föranleda längre tids sjukskrivning (översjuklighet). När norma-

la premievillkor inte kan erbjudas kan försäkringsgivaren ofta genom att kombinera premieförhöjning med längre karenstid tillgodose den sökandes önskemål.

I många fall följs premieförhöjningarna för översjuklighet och överdödlighet åt. För vissa sjukdomar (t ex reumatoid artrit) är emellertid översjukligheten större än överdödligheten. Ett sjukskrivningsmönster med många, långa sjukskrivningar under olika diagnoser kan föranleda högre premier eller avslag på sjukförsäkring.

Ibland kan det vara lämpligt att helt undanta en lokaliserad medicinsk riskfaktor genom en begränsning av riskåtagandet (klausul) i försäkringsvillkoren. En person som t ex har drabbats av näthinneavlossning kan teckna sjukförsäkring om man genom klausul undantar rätten till ersättning vid näthinneavlossning. Mera generella sjukdomar, t ex diabetes mellitus och ischemisk hjärtsjukdom, kan dock aldrig undantas genom klausul.

Motsatsen, dvs försäkring av kroppsdel eller kroppsfunction (t ex händer, synförmåga), förekommer däremot inte. Förr lär några berömda filmstjärnor ha försäkrat sina ben, men svenska försäkringsbolag erbjuder mig veterligt inte sådana försäkringar. Anledningen är sannolikt att det är svårt att få ihop det försäkringskollektiv som skall dela på den gemensamma risken.

### Vissa åkommor påverkar även olycksfallsförsäkringen

Också när det gäller olycksfallsförsäkring kommer medicinsk riskbedömning in i bilden. Endast ett mindre antal åkommor medför ökad risk att drabbas av olycksfall. Till dessa hör främst syn- och hörselnedsättningar samt epilepsi.

Många åkommor kan däremot medföra att ett olycksfall får allvarigare följder än normalt. Denna ökade risk följer som regel den översjuklighet som åkomman medför. Detta är en vanlig källa till missförstånd. Det är inte ovanligt att kunder som fått förhöjd premie på en olycksfallsförsäkring frågar varför t ex deras reumatoida artrit gör dem mera benägna att råka ut för olycksfall. I själva verket beror förhöjningen huvudsakligen på den ökade risken för att restitutionen efter en allvarlig olyckshändelse tar längre tid än normalt, eller att det blir en högre grad av bestående invaliditet.

### Kompletterande hälsouppgifter från behandlande läkare

De uppgifter som en sökande lämnar i den hälsodeklaration som ingår i försäkringsansökan är grunden för den medicinska riskbedömningen. Ibland begär bolaget in kompletterande upp-

gifter från den sökande själv, t ex vid hypertoni och ryggbesvär. Men ofta måste man utöver dessa uppgifter ha tillgång till medicinska uppgifter från behandlande läkare och andra instanser inom sjukvården. Den sökande ger i sin ansökan försäkringsgivaren/bolaget fullmakt att begära in de handlingar som behövs för att bedöma försäkringsriskerna.

När försäkringsbolaget begär in sådana medicinska uppgifter sker detta på den sökandes uppdrag. Patienten är alltså läkarens uppdragsgivare. Tyvärr har vissa läkare låg latens när det gäller att besvara sådana förfrågningar. Detta är till nackdel för deras patienter, som är angelägna om att få försäkringsavtalet klart utan fördröjning.

De flesta läkarintyg jag själv sett under årens lopp har varit av god medicinsk kvalitet. När problem förekommit har dessa ibland gällt öppenvårdscentraler i storstadsområden (sämre läkar-kontinuitet?) – och enstaka läkare.

### Varje bolag har egna riktlinjer

Hos privata försäkringsgivare handläggs flertalet ansökningar av bolagets riskbedömare utan läkarmedverkan, men när den medicinska problematiken är större görs bedömningen i samråd med läkare. Dessa läkare brukar kallas rådgivande läkare eller överläkare och är vanligen konsultanställda. Läkare som bedömer nyteckning har som regel invärtesmedicinsk eller pediatrik specialitet.

Läkaren träffar aldrig själv den sökande utan bedömer med ledning av medicinska handlingar (intyg, läkarutlåtande, journalutdrag, m m). Till sin hjälp har läkaren bolagets riktlinjer för bedömning av vanligt förekommande medicinska risker. Också utländska monografier [2] kan vara till stor nytta.

Sedan 1990 har varje bolag egna riktlinjer, tidigare var dessa gemensamma. Företagen uppdaterar sina riktlinjer uppskattningsvis vart fjärde år, särskilt när det gäller i försäkringssammanhang vanliga sjukdomar (t ex hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, vissa tumörer).

Bedömningar kan vara svåra, dels när det gäller ovanliga sjukdomar, dels när en sökande har flera sjukdomar där var och en medför överdödlighet. Sådana riskbedömningar ställer ibland stora krav på läkarnas kliniska erfarenhet och medicinska omdöme. Man kan inte bara addera varje sjukdoms överdödlighet. Ibland är  $1 + 1 = 3$ , eller mer (t ex diabetes + kranskärlsjukdom).

Läkarna svarar också för utveckling och förbättring av bolagets riktlinjer. Sjukdomars överdödlighet uppdateras med hjälp av kliniska artiklar av god kvalitet. Det rör sig alltså inte om av för-

säkringsbranschen specialbeställt material, men bolagens egna erfarenheter kan vara till hjälp. Hypertoni, testistumörer och lymfom är några exempel på sjukdomar som erhållit avsevärt gynnsammare bedömning under senare år.

Riskbedömer olika bolag samma diagnos olika? Eftersom varje försäkringsbolag använder egna riktlinjer blir svaret ja, men skillnaderna är troligen marginella eftersom den s k marknaden styr så att variationerna blir små. Det bör dock ibland kunna löna sig att begära offerter från olika bolag.

### Oriktiga uppgifter kan reducera ersättningen

När något inträffar som innebär att ersättning begärs (sjukdom, dödsfall, m m) uppstår ibland misstanke om att den ursprungliga ansökan innehöll oriktiga uppgifter, eller att viktiga medicinska uppgifter utelämnades. Bolaget begär då in journalkopior och andra medicinska uppgifter om förhållanden som kan ligga rätt långt tillbaka i tiden och avser att klarlägga läget när försäkringen tecknades.

Bolagets läkare avgör sedan om handlingarna dokumenterar att oriktiga uppgifter lämnats. Om så är fallet blir följden att bolaget omprövar försäkringsvillkoren och fastställer de villkor som skulle ha gällt om riktiga uppgifter lämnats. Oriktiga uppgifter är inte alltid kundens fel utan kan ha andra orsaker (språksvårigheter, missförstånd vid ifyllandet av ansökan, otillräcklig information om genomgången sjukdom, m m), men de kan tyvärr innebära att den väntade ersättningen reduceras avsevärt eller helt uteblir.

Det är därför viktigt att allt görs för att varje ansökan skall bli korrekt och fullständig. Den behandlande läkaren kan ibland hjälpa till med detta.

### Litteratur

1. Negus BH. Coronary anatomy and prognosis of young asymptomatic survivors of myocardial infarction. *Am J Med* 1994; 96: 354-8.
2. Brackenridge RDC, Elder JE. Medical selection of life risks. New York: Stockton Press, 1992

## Ebola i Liberia/ Elfenbenskusten

Kring den 10 december rapporterades ett fall av ebolainfektion från Elfenbenskusten. Det rörde sig om en 25-årig liberian, som tagit sig över gränsen från Liberia och sökt vård i Gozon i början av december. Ett team från WHO och Médecins sans Frontières fick tillstånd att komma in i Liberia och undersöka kontakter och andra misstänkta fall. Hittills har inga fler fall upptäckts, och patienten är på bättringsvägen. Cirka 15 personer som haft nära kontakt med honom i Elfenbenskusten är dock i karantän.

Enligt uppgift från en schweizisk ap-forskare skall det ha varit en ebolae-pidemi bland chimpanser i västra Elfenbenskusten förra året.

Det inträffade har väckt diskussion om det finns flera ebola(-liknande) virus, och hur taxonomin för filovirus egentligen ser ut.

## VEE i El Salvador

Venezuelan equine encephalitis orsakas av ett arbovirus som finns endemiskt i norra Sydamerika, Centralamerika och sydligaste USA. Reservoiren är gnagare, men vid epidemier överförs den av myggor till hästar, som i sin tur sannolikt utgör reservoiren för humaninfektioner. Såväl hästar som människor kan drabbas av sjukdom.

Från El Salvador rapporteras i början av månaden två dödsfall bland människor (samt ett större antal bland hästar) i VEE.

## Influensa i öst och syd

Olika nyhetsbyråer rapporterar ett influensautbrott som är större än vanligt i Moskva. Flera hundra tusen människor uppges ha insjuknat, varav en stor del är barn. Utbrottet startade i slutet av november, och började möjligen avta under vecka 50.

Även i Tjeckien rapporteras hög incidens: upp mot 5 procent av befolkningen i vissa områden. Jullovet kommer att förlängas med en vecka för att bryta smittspridning i skolorna.

Frankrike har sedan ett decennium ett s k sentinelsystem för övervakning av bl a influensa. 500 allmänläkare spridda över hela landet rapporterar varje vecka in misstänkta fall till Paris. Man kan där i år se en relativt tidig incidensökning, vilket fransmännen anser tala för att epidemin kan komma att bli omfattande. ●