

»genetisk diskriminering» bör kunna tonas ner. Det finns skäl att tro att försäkringsbolagen, bl a i samarbete med genetikerna, kommer att finna lösningar som kan accepteras av allmänheten.

Många slags prognostisk information har i försäkringssammanhang hanterats på sätt som blivit väl accepterade. Vi får inte heller glömma att de sjukdomar som kan avslöjas genom gendiagnostik länge har funnits i sjukdomspanoramata.

Litteratur

1. Karlsson Y. Medicinsk kontrovers på Läkaresällskapet: Kan gendiagnostiken leda till diskriminering? Oro hos genetiker, ointresse hos försäkringsbolag. Läkartidningen 1992; 89: 3933-4.
2. Pokorski RJ. Genetic information and life insurance. Nature 1995; 376: 13-4.
3. Pokorski RJ. Genetic information and life insurance; Risk classification and antiselection. Journal of Insurance Medicine. 1994; 26: 413-9.
4. Pokorski RJ. Genetic information and life insurance; Key issues regarding use of genetic information. Journal of Insurance Medicine 1995; 27: 5 - 11.

INTRIKAT RISKBEDÖMNING VID BARNFÖRSÄKRINGAR

Samhället erbjuder alla skolbarn och barn i kommunal barnomsorg en allmänförsäkring och en olycksfallsförsäkring. Utöver detta grundskydd kan föräldrar välja att teckna privata försäkringar på sina barn. Ansökan om försäkring måste åtföljas av en hälsodeklaration, vilken utsätts för en försäkringsmässig riskbedömning.

Vissa sjukdomar och handikapp kan medföra begränsningar i försäkringsvillkoren. Den medicinska utvecklingen har dock medfört en omvärdering av försäkringsbolagens riktlinjer för riskbedömning.



SERIE Försäkringsmedicin

Tidigare artiklar i serien har publicerats i nr 1-2/96 samt i detta nummer.

De flesta försäkringsbolag har särskilda försäkringar för barn med vissa skillnader avseende omfattning och villkor. Ofta erbjuds en kombination av olycksfalls- och sjukförsäkring som ett komplement till den allmänna försäkringen och den kommunala olycksfallsförsäkring som gäller alla skolbarn och ofta även barn i kommunal barnomsorg. Dessa försäkringar ger dock endast ett begränsat grundskydd.

Skolförsäkringen gäller i regel bara skoltid, dvs vistelsen i skolan och under vägen till och från skolan, och omfattar kostnader i samband med olycksfall och viss invaliditetsersättning. Man skall betänka att det är betydligt vanligare att barn drabbas av svåra handikapp till följd av sjukdom än av olycksfall.

Föräldrar som under minst sex månader vårdar ett sjukt eller handikappat barn yngre än 16 år kan få ett beskattat vårdbidrag. Bidragets storlek beräknas med hänsyn till merkostnader. 1995 uppgick helt vårdbidrag till 89 250 kronor. Efter 16 års ålder kan förtidspensionen inklusive pensionstillskott upp-

gå till 70 497 kronor. Handikappade kan även få bidrag för olika kostnader.

För att bygga på samhällets grundskydd kan man välja en privat försäkring för sitt barn. Försäkringen ger ett skattefritt engångsbelopp vid invaliditet och en vårdersättning som gör det möjligt för föräldrarna att stanna hemma och vårda sitt barn. Invaliditetsersättning avser att kompensera dels ett handikapp, s k medicinsk invaliditet med bestående nedsättning av den fysiska eller den psykiska funktionsförmågan, dels s k förvärvsmässig invaliditet med nedsatt arbetsförmåga, som kommer att påverka det framtida yrkeslivet. Ersättning för den senare invaliditetsformen utbetalas tidigare vid 16 års ålder. För en normal årspremie på 500-600 kronor utbetalas 30-60 basbelopp (= 1-2 miljoner kronor) vid 100-procentig förvärvsmässig invaliditet. Dödsfallskapitalet vid barnförsäkring är i regel begränsat till ett basbelopp och är därför endast en mindre del av försäkringsbolagens risktagande. Grupp-försäkringar genom föräldrarnas arbete kan ibland även tecknas för deras barn till en lägre kostnad men med betydligt mindre omfattande försäkringsskydd.

Författare

CLAES THORÉN

docent, konsultläkare vid Återförsäkrings AB Sverige, Stockholm.

Prognosmedicinsk riskbedömning görs

För att teckna en individuell sjuk- och olycksfallsförsäkring måste föräld-

rarna lämna en hälsoförklaring för sitt barn. Denna läggs till grund för försäkringsbolagets bedömning. Har barnet vårdats på sjukhus, fötts för tidigt eller har någon kronisk sjukdom, försenad utveckling eller annan avvikelse från vad som kan betraktas som normalt inforrdar bolaget journalkopior eller utlå-tande från Barnvårdscentralen eller behandlande läkare. Utifrån dessa upp-gifter görs en medicinsk riskbedömning – en prognosbedömning.

Prognosmedicin avser den medi-cinska bedömningen av vilken risk för-säkringsbolaget tar i det enskilda fallet [1]. Överdödligheten under barndomen utgör sällan något problem, men där- emot kräver sjukdom och invaliditet samt eventuell överdödlighet i vuxen ålder noggrann prognosvärdering. En barnförsäkring ger nämligen rätt att vid försäkringstidens slut – i regel 25 års ålder – teckna en vidareförsäkring utan hälsoprövning.

Revidering av riktlinjerna

Den medicinska utvecklingen har in-neburit omvärderingar och revidering av försäkringsbolagens riktlinjer för riskbedömning. Nya sjukdomar, nya behandlingsmetoder och förbättrade re-sultat av missbildningskirurgi är exem-pel på förändringar som kräver ny pro-gnosvärdering vid riskprövning. En inte oväsentlig grupp utgör de mycket för tidigt födda, som i dag fås att över-leva med eller utan sekundära handi-kapp – en ny generation mycket önska-de barn.

Det ligger i sakens natur att konse- kvenserna av påvisade eller misstänkta sjukdomar eller defekter är svåra att prognostisera och värdera. Ju yngre barnet är, desto försiktigare måste man vara. I vissa fall kan försäkring inte be- viljas före en viss ålder, ofta 3 eller 4 år, ibland först efter ett års skolgång.

För äldre barn kan bedömningen gö- ras mildare med hänsyn till längre ob- servationstid och kortare försäkrings- tid. Försäkringsmässig riskbedömning kräver medicinsk sakkunskap, och de flesta bolagen anlitar rådgivande barn- läkare som konsulter.

Medfödda sjukdomar begränsar villkoren

Medfödda sjukdomar och handi- kapp samt olika former av förlösnings- komplikationer utgör begränsningar i försäkringsvillkoren. Föreligger miss- tanke om sådana tillstånd av betydelse ges i regel uppskov, vilket betyder att försäkringen inte kan ges förrän barnet fyllt 3 år och genomgått en allsidig häl- soundersökning. Har inga symtom visat sig då beviljas försäkring utan inskränk- ning. Vissa försäkringsbolag har dock utsträckt denna åldersgräns till 4 eller 6

EXEMPEL 1

5-årig flicka insjuknade för ett år sedan i diabetes mellitus. Insulinbe- handling gavs utan större problem, men flickan har haft viss hypoglyke- mibenägenhet.

– Vanlig barnförsäkring beviljas med den lägsta premieförhöjningen, 50 procent, plus klausul som upphäver rätt att teckna vidareförsäkring utan hälsoprövning.

EXEMPEL 2

3,5-årig pojke med recidiverande akuta otiter och otosalpingiter debute- rande före 1 års ålder. Han har be- handlats med ensidigt transmyringealt dränage, som stöts ut spontant efter knappt ett år. Talutvecklingen förefal- ler vara normal.

– Barnförsäkring beviljas med be- gränsande klausul för öronsjukdom el- ler hörselnedsättning plus efterpröv- ning vid 10 års ålder.

års ålder. Barn med komplikationer un- der graviditeten, i samband med för- lossningen eller under nyföddhetsperi- oden, barn med låg födelsevikt och otillfredsställande tillväxt är alla exem- pel på förhållanden som motiverar upp- skov.

Den sk 4-årskontrollen på barna- vårdscentralen har numera ersatts av en skolförberedande hälsoundersökning vid 5–6 års ålder och utgör en avslut- ning av barnvårdscentralens handi- kappuppspårande verksamhet. Denna kontroll är ofta ett viktigt stöd för risk- bedömningen.

Premieförhöjning eller klausul

Har barnet en sjukdom eller handi- kapp som bedömts som en förhöjd risk kan ibland försäkring beviljas med en premieförhöjning på 50–150 procent eller genom särskilda villkor – klausu- ler – innebärande vissa undantag och begränsningar. Detta gäller framför allt medicinsk invaliditet, kostnadsbidrag och rätten till vidareförsäkring. Be- gränsningen kan också gälla en viss sjukdom t ex epilepsi, hemofili och ul- cerös kolit.

En sådan begränsande klausul kan ibland även användas vid t ex diabetes, astma och medfött hjärtfel (se Exempel 1). Med en begränsningsklausul krävs oftast ingen premieförhöjning (se Ex-empel 2). Föräldrarna har i allmänhet större förståelse för en begränsande klausul än för alternativen generell pre- mieförhöjning eller avslag på försä-kringsansökan. För att få längre observa-

tionstid kan man föreslå uppskov med omprövning efter en viss tid. En pre- mieförhöjning eller klausul kan också efterprövas efter några år.

Om en sjukförsäkring inte kan teck- nas så kan ofta enbart en olycksfallsför- säkring erbjudas. Ibland kan dock en starkt ökad risk för olycksfall förutses, därför avböjs försäkring t ex vid svår epilepsi och vid svåra psykiska stör- ningar. Sjukdomstillstånd som genom olycksfall kan befaras bli försämrade måste också beaktas vid riskbedöm- ningen. Detsamma gäller om en sjuk- dom kan befaras leda till att ett olycks- fall kan få ett allvarigare förlopp.

Det finns även särskilda ungdoms- försäkringar med i stort sett samma in- nehåll som barnförsäkringen men som tecknas för ungdomar som fyllt 16 år. I regel gäller dessa försäkringar också längst till 25 års ålder men riskbedöm- ningen är oftast liberalare än för barn.

Särskilda regler för adoptivbarn

För barn födda utanför Norden kan det vara svårt att få tillförlitliga uppgif- ter om t ex graviditet, förlösning och inte minst om den viktiga första lev- nads månaden. Detta gäller framför allt adoptivbarn födda utanför Europa. En- ligt Statens nämnd för internationella adoptionsfrågor adopteras ca 1 000 barn om året från länder utanför Norden genom auktoriserade organisationer. Till dessa kommer 100–200 privata adoptioner.

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd om hälsoundersökning av adoptivbarn (1989:20) ingår kontroll av TBC, hepa- tit-B och HIV. Har barnet fyllt 4 år och genomgått denna hälsokontroll räcker det i regel för försäkringsbedömningen. För barn mellan 1½–4 års ålder krävs för sjukförsäkring att barnet vistats i Sverige minst ett år. Detta gäller även barn som fötts utom Norden av svenska föräldrar. I dessa fall kan dock försä- ring beviljas före 18 månaders ålder och utan krav på ett års vistelse i Sverige.

CP-skador svåra att prognosbedöma

Som exempel på problemområden vid prognosbedömning av barn med kroniska sjukdomstillstånd kan nämnas CP-barn. Under 1950–70-talen minskade prevalensen av CP-skadade barn suc- cessivt från 2,3–1,7 per 1 000 levande födda, men trenden bröts under 1970- talet för att nå 2,5 av barn födda 1983–86 [2]. En högre prevalens än för 30 år sedan.

Med tanke på den neonatala inten- sivvårdens stora framsteg kan detta tyckas paradoxalt då allt fler av de myc- ket för tidigt födda överlever. Men mer än hälften av de CP-skadade barnen

föds fullgångna med en hjärnskada som ofta orsakats av en prenatal asfyxi.

Vid en CP-skada är det inte ovanligt med komplicerande handikapp. Epilepsi uppträder hos en fjärdedel, och hos cirka en tredjedel föreligger olika grader av psykisk utvecklingsstörning. I det enskilda fallet måste man vara mycket försiktig vid den prognostiska bedömningen. I fall med lätta ensidiga neurologiska symtom och normal psykisk utveckling ges en sjuk- och olycksfallsförsäkring med en lätt premieförhöjning men med begränsning i rätten till invaliditetsersättning samt viss begränsning att teckna vidareförsäkring.

MBD/DAMP kan ges normal premie

MBD (minimal brain dysfunction) eller DAMP (deficit in attention, motor-control and perception) som är den nyare beteckningen för att avgränsa tillstånd utan CP eller mental retardation [3]. Ca 80 000 barn i Sverige anses ha någon grad av DAMP, ett handikapp med neuropsykologiska problem. I utpräglade fall kan omfattande hjälpinsatser erfordras. Dessa barn löper även en ökad risk för olycksfall. Bland svåra fall är pojkar starkt överrepresenterade. Dessa förhållanden, som klarlagts först under 1990-talet, måste beaktas från försäkringssynpunkt. I lindriga fall med minst ett års tillfredsställande skolgång kan dock både liv- och olycksfallsförsäkring ges med normal premie.

Vid medfödda hjärtfel krävs detaljinformation

Av 1 000 födda barn har åtta ett medfött hjärtfel. Av dessa är nästan hälften så lindriga att de inte behöver opereras – en del fel kan till och med »växa bort», t ex kan en liten kammarseptumdefekt spontant läkas under de första åren. De flesta hjärtoperationer sker före skolåldern och ofta redan under spädbarnsåret, men ibland krävs upprepade operationer. Tillväxtens inverkan på resultatet är också faktorer som är speciella för barn. Till de anatomiska problemen kommer de funktionella i form av arrytmier, inte sällan som följd av ett operativt ingrepp. Av detta torde det klart framgå att det krävs betydande detaljinformation och kunskap vid en försäkringsmedicinsk riskbedömning.

Minskad risk vid tumörer hos barn

Tumörer hos barn skiljer sig i väsentliga avseenden från vuxna. En del är kongenitala, t ex neuroblastom och Wilms njurtumör, andra är ärftliga, som neurofibromatos och tuberös skleros. Tidigare var risken vid barncancer så stor att någon försäkring inte var tänkbar, men under 1990-talet, då 60 pro-

cent visar en femårsöverlevnad och ett ökat antal blir långtidsbotade, har den medicinska riskbedömningen blivit ett delikat problem.

Kromosomala defekter ger ökad risk

Den cytogenetiska utvecklingen har varit explosionsartad. Som exempel kan nämnas att man känner till över 100 sjukdomstillstånd, som uppstår på grund av defekter bara i X-kromosomen. Vid Turners sjukdom förekommer associerade defekter av prognostiskt intresse så som coartatio aorta och aortaklaffel. Man vet nu också att som vuxna utvecklar mer än hälften av dem thyreoidit, och många får nedsatt hörsel. Pojkar med en extra X-kromosom har en viss ökad risk att få leukemi och seminom.

Molekylärgenetisk analys skapar etiska problem

Molekylärgenetisk forskning har skapat möjligheter för prediktiv diagnostik av ärftliga sjukdomar. Med genetisk screening kan man spåra svåra sjukdomar redan hos nyfödda. Genetiskt betingade enzymdefekter är i regel recessivt ärftliga och har en sjukdomsdebut ofta före 3-årsåldern och faller då utanför möjligheten till sjukförsäkring.

De flesta sjukdomar med genetisk etiologi som debuterar i vuxen ålder har dock multifaktoriella orsaker. Vid t ex alfa₁-antitrypsinbrist, som har en prevalens i Sverige på 1:1 600, föreligger stor risk för lungemfysem i vuxen ålder framför allt hos rökare och därtill en viss risk för levercirros och levercancer. En allmän screening av denna enzymdefekt har föreslagits i 10–11-årsåldern för att i tid kunna förhindra rökning, som genom frisättning av elastas skadar lungorna [4].

Tekniken och kunskapen att i dag kunna spåra sjukdomar långt före sjukdomsdebuten har onekligen skapat medicinskt etiska problem och en berättigad tveksamhet. Dessa nya prognostiska test kan dock utan tvivel vara positiva för patienten om behandling och förebyggande åtgärder kan motverka en påvisad förväntad sjukdom. Förslag att dessa test endast skulle användas om de innebär en direkt fördel för barnet har mångas stöd. Den psykiska påfrestning det innebär för ett barn att veta om att det bär på en farlig och oförståelig sjukdom får inte negligeras.

Avvaktande hållning till genetiska test

Det finns en berättigad oro att försäkringsbolag och även arbetsgivare kan komma att diskriminera individer som har »registrerats» som högriskfall för allvarliga sjukdomar. Dessa pro-

blem diskuterades på Läkaresällskapet för tre år sedan och refererades i Läkartidningen [5]. Försäkringsbolagens ställningstagande till genetiska test diskuteras internationellt, och vid en kongress som hölls i Washington i september 1995 var rekommendationerna fortfarande avvaktande.

Grundregeln beträffande barnförsäkringar är att tills vidare inte ställa krav på aritidära upplysningar eller på resultat av cytogenetisk screening. Men det finns anledning att dessa frågor tas upp i särskild belysning. Tiden får visa vilka effekter utvecklingen leder till.

Litteratur

1. Perman E. Försäkringsmedicin – prognosmedicin. Läkartidningen 1995; 92: 0000-0.
2. Hagberg B, Hagberg G, Olow I. The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. VI. Prevalence and origin during the year period 1983–1986. Acta Paediatr 1993; 82: 387-93.
3. Gillberg C. Nordisk enighet om MBD-bedömning. Termen otidsenlig och olämplig. Läkartidningen 1991; 88: 713-5.
4. Eriksson S, Piitulainen E. Alfa₁-antitrypsinregistret behövs. Klinisk uppföljning av patienter underlättas. Läkartidningen 1994; 91: 3510-6.
5. Karlsson Y. Medicinsk kontrovers på Läkaresällskapet: Kan gendiagnostiken leda till diskriminering? Oro hos genetiker, ointresse hos försäkringsbolag. Läkartidningen 1992; 89: 3933-4.