

HÅLL ISÄR INDIVIDUELL OCH ALLMÄN FÖRSÄKRING

Försäkringspremien inget fördelningspolitiskt redskap

Eftersom det inte finns någon moraliskt relevant skillnad mellan information erhållen via gendiagnostik och annan prognostisk information bör försäkringsbolagen ha tillgång till resultat av utförd gendiagnostik. Däremot har försäkringsbranschen troligen inget att invända mot lagförslagens förbud mot rätten att kräva gentest vid teckning av försäkring, då detta aldrig har varit ett krav från försäkringsbolagen.

Min artikel om gendiagnostik och försäkring [1] har följts av andra. Hermerén har givit etiska synpunkter [2], Lindblom och Nordenskjöld genetiska synpunkter [3], och Jonsson i nr 18/96 Socialdepartementets synpunkter och lagförslag. Det är bra att ämnet diskuteras. Det är verkligen, för att citera Hermerén, en angelägen offentlig debatt.

Hermerén skriver om det s k villkorsproblemet, dvs om försäkringsbolagen skall ha rätt att kräva gentest som villkor för att teckna försäkring. Jag tror inte att försäkringsbolag kommer att vilja ställa sådana krav. Om man av andra skäl vill lagstifta på denna punkt är det därför troligen acceptabelt från försäkringsbranschens synpunkt.

Annorlunda ligger det till med det s k efterforskningsproblemet, det vill säga om försäkringsbolag skall få efterfråga resultat av tidigare utförd genetisk diagnostik. Hermerén tar upp frågan om det finns »moraliskt relevanta skillnader» mellan information erhållen via gendiagnostik och annan prognostisk information. Ingen har visat att så verkligen är fallet, och det stöder att försäkringsbolagen bör ha tillgång till resultat också av utförd gendiagnostik.

Ännu så länge görs kliniskt-genetiska utredningar i begränsad omfattning,

Författare

EINAR PERMAN

med dr, docent, rådgivande läkare
Trygg-Hansa, Stockholm.

och endast på speciella indikationer. Hermerén ser därför helst att försäkringsbolagen bibehåller nuvarande rutiner, vilka innebär att bolagen i ansökan inte rutinmässigt frågar om genetisk diagnostik har utförts och vad den har givit för resultat. Men försäkringsbolagen vill ha möjlighet att kunna ändra sina rutiner. Gendiagnostik kommer snart att ge mycket mer information än hittills, och bakom hörnet väntar ny teknologi med bl a »DNA-chips» [4], som kan medföra svindlande möjligheter att kartlägga relevanta avvikelser i genomet. Då ökar också risken för moturval.

Hermerén tar också upp frågan om genetiska testmetoders tillförlitlighet. DNA-test är säkert inte ofelbara, inte heller genetisk information som erhållits genom släkthanamnes.

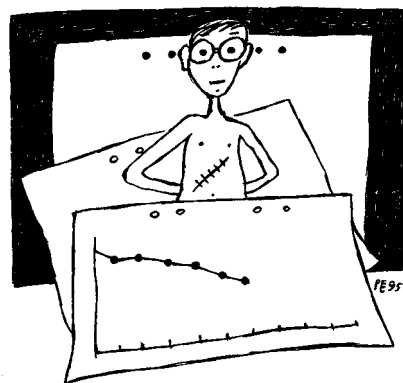
Jag tror inte att detta kommer att medföra stora problem. Hos försäkringsbolagen finns redan nu stor erfarenhet när det gäller att väga in, eller bortse ifrån, prognostisk information med mycket varierande tillförlitlighet.

Urholkad terminologi

Lindblom och Nordenskjöld vill att »en frisk person med ökad risk för ärftlig sjukdom» skall kunna teckna individuell försäkring med normala försäkringsvillkor, också när prediktiva gentest har visat att vederbörande tillhör en grupp med hög överdödlighet. I en och samma mening beskriver de sådana grupper både som »patienter med ärftliga sjukdomar» och som »friska personer», vilket visar hur suddiga orden »frisk», »sjukdom» och »patient» håller på att bli.

De framhåller också att dessa grupper och deras anhöriga har stort behov av försäkringsskydd. Men det finns grupper med inte lika påtagligt ärftliga sjukdomar (t ex diabetes mellitus, kranskärlssjukdom, maligniteter) som får betala mycket mer för sitt försäkringsskydd eller inte får teckna försäkring alls. Hur kommer dessa grupper att reagera? De »straffas» (för att använda Lindbloms och Nordenskjölds ordval) ju för sina sjukdomar!

Lindblom och Nordenskjöld anser att en person med en ärftligt betingad koagulationsrubning och stor risk för



SERIE Försäkringsmedicin

Detta är en debattartikel som kommenterar artiklar i serien.

Tidigare artiklar i serien har publicerats i nr 1-2/96, 3/96, 5/96, 7/96, 9/96, 10/96, 13/96, 18/96 och 20/96.

DEBATT

”... visst kan personen med hög risk för cancer klara sig till 80 års ålder (eller dö innan dess av något helt annat), men risken för motsatsen är stor. Individuell försäkring gäller risker, inte möjligheter.”

livshotande blödning skall erbjudas samma försäkringsvillkor som en person med normal prognos, eftersom »samma sjukdom kan orsakas av mediciner». De anser också att en person med 80 procents risk att insjukna i en viss cancersjukdom bör ha normala försäkringsvillkor, eftersom man inte vet »när eller om den som har hög risk kommer att insjukna». Visst kan personen med hög risk för cancer klara sig till 80 års ålder (eller dö innan dess av något helt annat), men individuell försäkring gäller risker, inte möjligheter.

Ge hjälp på annat sätt

Den allmänna försäkringen indelar inte i riskgrupper utan bygger på princi-

pen »from all of us to all of you». Den kan fungera enligt den »solidaritetsprincip» som Hermerén skriver om på grund av sina speciella förutsättningar (alla medborgare försäkrade, intäkter via skattsedeln, inget lönsamhetskrav, m m).

Det är bra att Sverige har en väl fungerande allmän försäkring, och den skall vi värna om. I artiklarna märks emellertid en kritisk inställning till att individuell försäkring är dyrare för dem med tydligt förhöjd risk. Detta torde dock vara en förutsättning för att individuell försäkring skall uppfattas som ett skäligt alternativ för dem som överväger att satsa beskattade medel på extra skydd mot ekonomiska risker i samband med egen ohälsa.

Är det alltså rimligt att begära att individuell försäkring skall fungera enligt samma solidaritetsprincip som den allmänna försäkringen? Lindblom och Nordenskjöld förespråkar en lagstiftning som »tvingar det större (friskare) försäkringskollektivet att solidarisera sig med denna utsatta grupp». Är inte detta i praktiken fördelningspolitik via försäkringspremien? Är det inte bättre att fortsätta att hålla isär dessa ting, och i stället hjälpa genetiskt utsatta grupper genom fördelningspolitik via skattsedeln?

Svår gränsdragning

Jonsson går väsentligen på samma linje som Lindblom och Nordenskjöld, och Socialdepartementets lagförslag påminner mycket om den genlag som antogs i Norge 1994. Jonsson skriver att lagen skall gälla »all genetisk information, från släkthistorien till DNA-tester», men preciserar tyvärr inte vad som ligger däremellan och hur lagen skall tillämpas.

Är kolesterolvärdet ett gentest? Är alfa-1-antitrypsinvärdet ett gentest? Gränsen mellan genetisk information och annan medicinsk information blir mer och mer besvärlig att dra i takt med att allt flera sjukdomars genetiska bakgrund klarläggs.

Det framlagda lagförslaget aktualiserar viktiga frågor som berör många. Jag hoppas att debatten fortsätter.

Litteratur

1. Perman, E. Gendiagnostik framtida försäkringskrav? Ifrågasatt prognostiskt redskap. Läkartidningen 1996; 93: 155-7.
2. Hermerén G. Etik, försäkring och gentest. Angelägen offentlig debatt. Läkartidningen 1996; 93: 1228-32.
3. Lindblom A, Nordenskjöld M. Ingen skall straffas för sina anlag. Genetisk information bör skyddas i lag. Läkartidningen 1996; 93: 908-10.
4. Abbott A. DNA chips intensify the sequence search. Briefing. Nature 1996; 379: 392.

Biverkningsnytt

Enures hos barn av salmeterol

Biverkningsrapporteringen för salmeterol domineras av hudbiverkningar och psykiska störningar tillsammans med dosberoende biverkningar som kan förklaras av den beta-2-stimulerande effekten. Nu rapporteras också enures hos barn. Tre fall beskrivs i Information från Läkemedelsverket 2:96.

Salmeterol (Serevent) är en långverkande beta-2-stimulerare som registrerades i Sverige 1992 på indikationen underhållsbehandling vid bronkialastma då behandling med inhalationssteroider ej givit tillräcklig effekt och bedömts vara olämplig. Försäljningen har gradvis ökat och drygt 16 miljoner definierade dygnsdoser (DDD) har sålts.

Under perioden 1992-1995 har det kommit 102 biverkningsrapporter till det svenska registret. Tjugotre rör barn och ungdomar under 20 år.

Hudbiverkningar, såsom exantem och urticaria, dominerar tillsammans med psykiska biverkningar som hyperaktivitet, sömnrubbingar, aggressivitet och hallucinationer. Vidare förekommer dosberoende biverkningar, som kan förklaras av den beta-2-stimulerande effekten, såsom muskelkramper, takykardi, tremor och huvudvärk. Andra biverkningar är artralgi, epistaxis, stomatit och enures.

Salmeterols eventuella koppling till mera svårbehandlade astmafall har tidigare uppmärksammats (Information från Läkemedelsverket 1:96).

Fallbeskrivningar

En åttaårig flicka med astma och allergisk rinokonjunktivit behandlades med Serevent 100 mikrogram dagligen. Några veckor senare framkom att flickan hade enures varje natt. Serevent sattes ut och enuresen försvann. Under en vecka återinsattes Serevent på prov och då hade flickan enures fyra nätter av fem.

En nioårig pojke som haft astma sedan tre års ålder var allergisk mot pälsdjur och pollen. Han behandlades med Pulmicort Turbuhaler 400 mikrogram dagligen och Bricanyl Turbuhaler 250 mikrogram vid behov. På grund av kvarstående symtom och resultat av spirometri adderades Serevent 100 mikrogram dagligen. Cirka en vecka senare hade han enures varje natt. Tidigare

hade nattlig sängvätning förekommit sporadiskt. Han fick desmopressin och efter detta avtog enuresen successivt. Eftersom pojken bedömdes vara i behov av långverkande beta-2-stimulerare sattes Serevent inte ut.

En nioårig flicka med astma förskrevs Serevent 100 mikrogram dagligen. Efter cirka en vecka hade hon enures. Dessutom blev hon aggressiv och fick sömnsvårigheter. När Serevent sattes ut blev hon helt torr, sov bra och hennes aggressivitet försvann inom en vecka.

Om enuresen beror på CNS-effekter och/eller en ökad nattlig diures till följd av vasodilatation är ej känt.

I WHO:s internationella databas redovisas, förutom de tre svenska fallen, två fall från USA och ett från Storbritannien.

I de amerikanska fallen var salmeterol det enda misstänkta läkemedlet, medan patienten i fallet från England också hade tagit salbutamol. I ett fall återkom symtomen vid återinsättning.

För salbutamol finns 15 fall av enures rapporterade hos WHO, för terbutalin ett. Salbutamol har dock en betydligt större användning än terbutalin internationellt.

Nedstämdhet hos barn vid behandling med Pulmicort Turbuhaler

En tioårig pojke med lindrig astma, framför allt torrhosta, behandlades med Pulmicort Turbuhaler 400 mikrogram/dos två gånger dagligen i två veckor, därefter en gång dagligen. Det gav god effekt på hostan. Efter knappt 14 dagar blev han aptitlös och nedstämd och minskade 2-3 kg i vikt. Pulmicort utsattes av föräldrarna och symtomen försvann snabbt. Efter cirka två veckor gjordes ett nytt försök, men samma reaktion återkom efter någon veckas behandling.

I det svenska biverkningsregistret finns tre fall rapporterade om nedstämdhet hos barn vid behandling med Pulmicort. Barnen var i åldrarna 4, 7 och 16 år. Alla blev helt besvärsfria efter utsättandet eller vid dosreduktion. I WHO:s biverkningsregister finns ytterligare två rapporter om barn (båda nio år) med depression i samband med behandling med budesonid. •