

# Ökad medvetenhet om melanom får patienten att söka tidigare

■ Tidig diagnos och behandling av melanom är avgörande för prognosen. Om patienten väntar med att söka läkare hinner sannolikt melanomet bli tjockare, med minskad femårsöverlevnad som följd. År 1986 rapporterade MacKies grupp i Glasgow [Doherty VR, et al. *BMJ* 1986;292:987-9] att bara 38 procent av deras melanompatienter hade melanom tunnare än 1,5 mm och att bara 16 procent hade sökt allmänläkare inom tre månader från det att de själva hade noterat hudförändringen. Månaderna efter en upplysningskampanj riktad till allmänheten inom upptagningsområdet ökade andelen tunna melanom till 62 procent.

Nu, 25 år senare, har man åter tittat på dessa faktorer. I den aktuella studiepopulationen var andelen melanom <1,5 mm 72 procent, och 67 procent hade

sökt allmänläkare inom tre månader. Däremot hade bara 63/162 patienter hunnit bli opererade inom tre veckor efter besöket hos allmänläkare, jämfört med samtliga (125/125) i 1986 års rapport. Således har patientens fördröjning minskat avsevärt, medan specialistvårdens omhändertagande snarare har försämrats. MacKie tar dessa data till intäkt för att den upplysningskampanj till allmänheten som man har genomfört har varit framgångsrik.

Denna tolkning kan mycket väl vara riktig, men någon möjlighet att säkert avgöra detta erbjuder studien inte. Liksom i andra rapporter [Williams HC, et al. *Br J Dermatol* 1990;123:85-92; Mallett RB, et al. *Br J Dermatol* 1993;129:689-93; Lowe JB, et al. *Med J Aust* 1994;161:195-8; Rossi CR, et al. *Melanoma Res* 2000;10:181-7] där man har

sett fler tunna melanom (<1,5 mm) före en upplysningskampanj saknas jämförelser med någon region där man inte har genomfört en liknande upplysningskampanj. Oavsett effekten av en enskild kampanj förefaller det dock rimligt att anta att de många upprepade kampanjerna de senaste två decennierna bidragit till ökad allmän kunskap om att födelsemärken kan vara farliga.

**Nils Hammerius**

*Nils.Hammerius@lblekinge.se*

*MacKie RM, et al. Effect of public education aimed at early diagnosis of malignant melanoma: cohort comparison study. BMJ 2003;326:367.*

## Belöningsystem diskriminerar icke-vita och kvinnor

■ Förutom det ordinarie lönesystemet finns i England, Wales och Skottland ett godtyckligt poängbelöningsystem. Cirka hälften av specialistläkarna får belöning. Totalt kostar detta poäng- och belöningsystem 251 miljoner pund per år. Varje poäng är värd en viss summa, och maximalt kan en läkare erhålla 8 poäng. Hälsoministeriets riktlinjer för belöningspoängen ger tydliga direktiv om att läkarna ska bedömas lika oavsett etniskt ursprung, kön, religion, politisk tillhörighet, civilstånd, sexuell läggning, medlemskap i facklig organisation, ålder eller handikapp.

Artikelförfattarna beslöt sig för att undersöka huruvida det fanns någon form av diskriminering avseende kön och etniskt ursprung i detta poängbelöningsystem gällande specialistläkare i England, Wales och Skottland. Data från år 2000 och 2001 inhämtades från lokal ansvarig rådgivande kommitté och inkluderade födelseår, kön, etniskt ursprung, specialisttillhörighet, belöningsnivå eller antal erhållna poäng samt vilket år utmärkelsen eller poängen beviljades.

**Indelningen vit-icke-vit** skedde efter följande princip: läkare från Bangladesh, Pakistan, Kina, Indien och Afrika placerades i gruppen icke-vita och jämfördes med grupper som definierade sig själva som vita. Läkare med annat etniskt ursprung eller som inte uppgav etniskt ur-

sprung exkluderades. Jämförelser gjordes mellan vita och icke-vita och mellan män och kvinnor. I England och Wales hade vita läkare erhållit 1,37 gånger så många belöningar som icke-vita. Män hade erhållit 1,25 gånger så många belöningar som kvinnor. I Skottland var proportionerna 1,34 respektive 1,36. Ju högre utmärkelsenivå, desto större andel vita som fått någon form av belöning.

Icke-vita respektive kvinnliga specialistläkare bedöms förmodligen ofördelaktigt av detta poängbelöningsystem. Den andel för vilken inga data fanns var 16 procent i England och Wales, och detta kan ha påverkat resultatet. Icke-vita specialistläkare är äldre när de utnämns, och därför är deras möjliga valbara period för att kunna erhålla belöningen kortare än vita specialistläkares. Icke-vita specialistläkare arbetar oftare inom specialiteter som ger mindre möjlighet till belöning. Orsaken till skillnaden i antal poäng mellan män och kvinnor är oklar men kan bero på diskriminering.

Belöningspoäng utdelas lokalt efter beslut av speciellt utsedda grupper, vanligtvis bestående av tre icke-valbara kolleger och tre sjukhushuvudmän. Dessa gruppers överläggningar är vanligen inte öppna för granskning. Bristen på publicerade data från de lokala och nationella förslagen är en ständig källa till oro. Juridiska prövningsnämnder har redan dömt till fördel för specialistläkare som uppgett sig diskriminerade utifrån etnisk

tillhörighet. Utan en effektiv övervakning är det omöjligt att bedöma huruvida systemet sköts rättvist och utan diskriminering. Min egen reflektion, efter att ha tagit del av artikeln, är att kvinnor diskrimineras i relation till män, icke-vit diskrimineras i relation till vit, och slutsatsen blir att icke-vit kvinna är dubbelt utsatt. De lokala grupper som har till uppgift att dela ut belöning till kolleger står förmodligen inför liknande problem som dem som Wold och Wennerås pekar på i en annan artikel [*Nature* 1997;387:341-3], dvs män bedömer män, vit bedömer vit, och denna eventuella felkälla analyseras inte!

**Så hur ser det ut** hos oss idag? Vad händer i lönekuvertet mellan lönerevisionerna? Löneglidningen är störst för manliga kolleger. Individuell lön utan kända lönekriterier medför ett större godtycke, och att kvinnor lönediskrimineras i Sverige är ett känt faktum.

**Ingela Heimann**

*ingela.heimann@vgregion.se*

*Esmail A, et al. Discrimination in the discretionary points award scheme: comparison of white with non-white consultants and men with women. BMJ 2003;326:687-8.*