

Hudläkare bör ta hand om misstänkta maligna melanom



OLLE LARKÖ, professor, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
olle.larko@sahlgrenska.gu.se

I detta nummer av Läkartidningen visar Bernt Lindelöf och medarbetare att specialiserade enheter kan sänka sjukvårdskostnaderna vid omhändertagande av hudtumörer. Detta är ett mycket intressant inlägg i dagens sjukvårdsdebatt.

Malignt melanom är en av de cancerformer som ökar snabbast i västvärlden. I Sverige var antalet fall av melanom drygt 2 200 år 2006 [1]. Hudcancer exklusive melanom diagnostiserades hos knappt 4 200.

Det gäller att kunna filtrera ut drygt 2 000 melanom bland cirka 500 miljoner nevus i den svenska befolkningen. I dagens trängda sjukvårdsekonomiska situation är det helt nödvändigt att ha ett säkert diagnostiskt omhändertagande samtidigt som inte så mycket pengar får spenderas på onödigt provtagning/borttagning av nevus.

Detta är särskilt viktigt när det gäller malignt melanom, eftersom tidig och korrekt diagnostik är helt avgörande för prognosen. Tyvärr har vi inte sett några dramatiska behandlingsframsteg på senare år när det gäller spridd sjukdom.

En jämförelse mellan olika sätt att handlägga malignt melanom bland dermatologer, kirurger och allmänläkare i Storbritannien publicerades av McKenna och medarbetare 2004 [2], och de kunde visa att en ökande andel melanom handläggs av dermatologer. De menar att dermatologer bör ha en central roll i handläggningen av melanom.

Chen och medarbetare har jämfört den diagnostiska förmågan och handläggningen hos dermatologer kontra allmänläkare. De fann, inte oväntat, att dermatologer hade bättre förmåga att diagnostisera melanom än allmänläkare. De konkluderar att nya strategier bör användas för att bättre utbilda primärvården [3].

Blum och medarbetare har studerat tiden till diagnos för melanom på olika kontinenter, och det förefaller som om den högsta medvetenheten bland patienterna om tidig diagnostik som förbättrar överlevnaden finns i Sverige och Australien [4]. Av alla läkare missade dock 20–30 procent, oberoende av specialitet, melanomen. Studien genomfördes dock i huvudsak innan dermatoskopi som diagnostiskt hjälpmedel blev allmänt förekommande.

Webb och Khanna gjorde 2006 en studie av remissförfarandet och dess påverkan på prioritering och prognos [5]. De

konkluderar att remissförfarandet kan förbättras för att förbättra prioriteringsarbetet.

Även om osäkerhet kan råda om de ekonomiska beräkningarna, visar Bernt Lindelöf och medarbetare att kostnaden per diagnostiserat dysplastiskt nevus år 2005 var knappt 9 000 kronor vid en enhet med hög specialiseringsgrad jämfört med drygt 27 000 kronor vid en enhet med låg specialiseringsgrad. Motsvarande siffror för malignt melanom var 63 000 kronor respektive 94 000 kronor. Detta är anmärkningsvärt stora skillnader, och även dessa ekonomiska aspekter bör få konsekvenser för var patienter med misstänkt melanom tas om hand.

Bernt Lindelöf och medarbetare visar att ett mer kvalificerat primärt omhändertagande kan innebära besparingar på cirka 30 miljoner kronor per år enbart i Stockholmsregionen. Detta motsvarar en stor del av budgeten för hudsjukvården. Eftersom kvaliteten på diagnostiken dessutom rimligen blir bättre på specialiserade enheter – och detta är helt avgörande för prognosen för patienter med malignt melanom – bör enligt min mening patienter med misstänkt malignt melanom primärt tas om hand på en hudklinik utan remiss.

Inom stora delar av landet krävs i dag remiss för att komma till en hudklinik vid misstanke om melanom. Detta förfarande leder sannolikt till ökad mortalitet, ökad morbiditet och onödigt höga samhällskostnader.

En svårt belastad primärvård bör rimligen avlastas hudtumördiagnostiken. För patienten torde det vara enkelt att själv välja specialitet när det gäller hudtumördiagnostik. Vi har ju goda erfarenheter av att patienter kan vända sig primärt till t ex en gynekolog vid underlivsbesvär.

Eftersom många nevus/maligna melanom ändå diagnostiseras i primärvården, blir en annan konsekvens att utbildningen för icke-specialiserade enheter måste förbättras. I dag finns sannolikt stora kvalitetsskillnader inom icke-specialiserade enheter, eftersom randutbildningen inom dermatologi varierar högst avsevärt mellan olika individer.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Cancer incidence in Sweden 2006. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. Statistics – Health and Diseases 2007;16.
2. McKenna DB, Marioni JC, Lee RJ, Prescott RJ, Doherty VR. A comparison of dermatologists', surgeons' and general practitioners' surgical management of cutaneous melanoma. Br J Dermatol. 2004;151:636-44.
3. Chen SC, Pennie ML, Kolm P, Warshaw EM, Weisberg EL, Brown KM, et al. Diagnosing and managing cutaneous pigmented lesions: Primary care physicians versus dermatologists. J Gen Intern Med. 2006;21:678-82.
4. Blum A, Ingvar C, Avramidis M, von Kannen A, Menzies SW, Olsson H, et al. Time to diagnosis of melanoma: same trend in different continents. J Cutan Med Surg. 2007;11:137-44.
5. Webb JB, Khanna A. Can we rely on a general practitioner's referral letter to a skin lesion clinic to prioritise appointments and does it make a difference to the patient's prognosis? Ann R Coll Surg Engl. 2006;88:40-5.

SAMMANFATTAT

Specialistklinik förefaller ha lägre kostnad för omhändertagande av misstänkt malignt melanom än andra mottagningar.

En hårt belastad primärvård bör avlastas så mycket som möjligt från primär melanomdiagnostik.

Primärvården behöver bättre utbildning i melanomdiagnostik.