

> 3 gånger övre normalgränsen (mot-svarar ca 2 µkat/l).

Nyligen har tillverkaren redovisat en internationell sammanställning av fall med symtomgivande leverskada, där ett klart misstänkt samband med Glucobay finns hos minst tio patienter. Många av dessa inträffade i Japan. Flertalet patienter blev sjukhusvårdade på grund av en kraftig transaminasstegring, i många fall dessutom en ökning av bilirubin, ALP och/eller gamma-GT. Debuten kom normalt efter flera månader, och normalisering skedde inom någon till flera månader. Utredning kunde oftast inte påvisa någon annan genes till leverpåverkan. Symtomgivande leverskada orsakad av akarbos är sannolikt sällsynt.

Det är oklart huruvida akarbos eller metaboliterna orsakar leverskadan. Inga riskfaktorer för utveckling av leverskada under behandling med akarbos har identifierats, men i tidigare kliniska prövningar förefaller frekvensen av transaminasstegring ha ökat med stigande doser. Ett sådant samband kan ej ses i fallen med symtomgivande leverskada där inga patienter hade tagit högre doser än rekommenderat.

Det kan vara svårt att misstänka en leverpåverkan hos patienterna, eftersom akarbos ofta ger gastrointestinala biverkningar. Regelbunden kontroll av leverprov kan därför vara av värde. Att leverskadan ofta debuterar efter många månaders behandling betyder att man bör beakta denna risk vid uppföljningen och informera patienten om att söka läkare vid avtackling eller sent debuterande symtom från gastrointestinalkanalen under behandlingen.

Rapporter om liknande eller nya biverkningar, särskilt om de är allvarliga, skickas till de regionala biverkningsenheterna eller direkt till Läkemedelsverket. •

Policydokument

Samarbete gynekologer–allmänläkare i kvinno- och mödrahälsovården

Under hösten 1995 inbjöd Svensk förening för allmänmedicin/Distriktsläkarföreningen (SFAM/DLF) Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) för diskussion om »vem som gör vad» inom mödrahälsovårdens olika områden. Från SFOG utsågs tre representanter till detta arbete. Nyligen har parterna enats om detta samarbetsdokument.

Den principiella överenskommelsen omfattar hälsoövervakning under graviditet liksom preventivmedelsrådgivning, ungdomsmottagningsverksamhet, föräldrautbildning och övrig utåtriktad förebyggande verksamhet. Dessa olika delar av landet och samarbetsformerna kan inte regleras i detalj

Aktörer inom mödrahälsovården är, förutom barnmorskor, den medicinskt verksamhetsansvariga läkaren samt patientansvariga läkare.

Den medicinskt verksamhetsansvariga läkaren (mödrahälsovårdsöverläkaren), som skall vara specialist i obstetrik och gynekologi, ansvarar för policy, vårdprogram, remissrutiner, fortbildning och kvalitetsutveckling. Den patientansvariga läkaren kan vara gynekolog eller allmänmedicinare med vidgad erfarenhet i obstetrik och gynekologi.

Kompetens och intresse

För att verksamheten skall fungera bra är det viktigt att gynekologen, förutom kompetens i obstetrik och gynekologi, också har ett engagemang och intresse av förebyggande verksamhet, liksom att allmänläkaren, förutom sin allmänmedicinska kompetens och intresse för förebyggande arbete, har en vidgad erfarenhet av obstetrik och gynekologi.

Fördelningen mellan allmänläkare och gynekologer kan variera i olika områden. Det är viktigt att den som fungerar som patientansvarig läkare i mödrahälsovården har en verksamhet av viss volym för att underhålla erfarenhet och rutin.

Det medicinska innehållet i mödrahälsovården bör följa det basprogram för mödrahälsovård som finns framtaget av en arbetsgrupp inom SFOG och de förslag som finns i Socialstyrelsens utredning Hälsovård före, under och efter graviditet (1996).

För preventivmedelsrådgivning

finns en expertrapport under utgivning från Socialstyrelsen (1996), där moderna medicinska rekommendationer för preventivmedelsrådgivning finns redovisade.

För att tillgodose behovet av medicinsk utveckling, för att bibehålla hög medicinsk kvalitet och för att kunna ge rimligt kliniskt stöd till barnmorskorna, som sköter normala graviditeter och preventivmedelsrådgivning till friska kvinnor, men som inte har utbildning och kompetens att sköta motsvarande till kvinnor med någon form av sjukdom eller komplikation, bör SFOG, SFAM och DLF samarbeta för att stärka och utveckla läkarrollen inom kvinno-/mödrahälsovården. •