

Samhandling mellom allmennlege

AV HARALD KAMPS OG SIDSEL ARNESEN

Psykomotorisk fysioterapi (PMF) er en spesialgren innen fysioterapi med en egen norsk tradisjon. Metoden ble utviklet av fysioterapeut Aadel Bülow Hansen i et samarbeid med psykiater Trygve Braatøy for mer enn 50 år siden (1). De to terapeutene fant hverandre i en felles undring over sammenhengene mellom muskelspenninger, respirasjon og følelser (2). Da Trygve Braatøy døde i 1953 fortsatte Aadel Bülow Hansen å videreutvikle psykomotorisk fysioterapi i nært samarbeid med psykiater Nils Houge og allmennpraktiserende lege Toralf Hødahl. Bülow Hansen satte som en forutsetning for sitt arbeide at hun hadde et godt samarbeid med henvisende lege. Metoden er beskrevet i mange bøker og artikler, noen mer biografisk (3–5), andre mer opptatt av prinsippene ved metoden (6–10). Det finnes en studie som evaluerer metoden (11).

Forventningene til samarbeidet ble beskrevet sist i 1990 (12), illustrert med flere pasientfortellinger. I dag er det store variasjoner for hvordan samarbeide mellom rekvirerende lege og psykomotorisk fysioterapeut fungerer. I mange tilfeller fungerer legen kun som henvisende instans, og det er liten kontakt mellom de to behandlerne. Dette kan skyldes mangel på kunnskap hos legen om hva psykomotorisk fysioterapi står for, og for lite informasjon/ tilbakemeldinger fra fysioterapeutene. Lange ventelister hos fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse er også en medvirkende faktor til at markedsføring av denne metoden blir relativt

Metoden PMF:

PMF er en metode som tar utgangspunkt i at en omstilling / forandring er mulig.

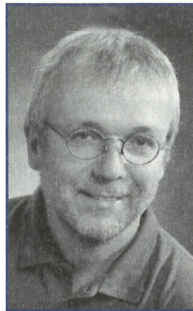
Metoden er en «hjelp til selvhjelp» hvor det settes krav til pasienten om å arbeide med seg selv.

Det krever tid, tålmodighet og at forholdene ligger til rette slik at det er mulig å gjøre nødvendige endringer.

Fysioterapeuten sammenfatter en undersøkelse ut fra:

- sykehistorie
- kroppsholdning, med fokus på bevegelighet og balanse
- pust
- forskjellige funksjonsundersøkelser / bevegelser
- kroppsbevissthet og kroppskontakt

Etter undersøkelsen må fysioterapeuten gjøre en vurdering av om pasienten kan ha utbytte av PMF, og er motivert for en slik behandling.



Harald Kamps

født 1951, spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Mange år kommunelege i Bjugn. 2000–2002 fastlege ved Edda legesenter i Trondheim og universitetslektor ved NTNU. Fra 2002 igjen i Tyskland, arbeider som allmennlege i egen praksis i Berlin (www.praxis-kamps.de), hovedsakelig med smertepasienter. Underviser medisinstudenter ved Charite i kommunikasjon. Opptatt av språk, metaforer og dialogbasert medisin.



Sidsel Arnesen

født: 1957. Spesialist i psykiatrik og psykosomatisk fysioterapi. Har arbeidet i egen praksis med psykomotorisk fysioterapi siden 1988. Erfaring fra arbeid med flyktninger / traumatiserte. Nå: 20% stilling som faglig leder ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, videreutdanning for fysioterapeuter i psykisk helsearbeid. Er opptatt av at mulighetene som ligger i psykomotorisk fysioterapi skal bli bedre kjent.

beskjeden. Arbeidspress/ tidspress hos legene gjør kanskje at de ikke følger opp og etterlyser opplysninger om hva som skjer med pasientene.

Anvendelse av psykomotorisk fysioterapi

Allmennlegen møter ofte mennesker med symptomer som vitner om et sammensatt liv. Kroniske smerter, søvnplager, depresjonsfølelse og en opplevelse av å ha mistet alle krefter er hyppige symptomer legen møter. Medikamentell behandling av slike plager har ofte begrenset verdi. Mange av disse pasientene kan istedenfor ha nytte av et psykomotorisk behandlingstilbud hvor bevisstgjøring på sammenheng mellom opplevelser og kroppslige reaksjoner står sentralt. Psykomotorisk fysioterapi kan også fungere som et ledd i utredning av pasienter med mage/tarmsmerter, underlivsproblemer, hypertensjon, kjeve/ hals / hode og ansiktssmerter. Fysioterapeuter med denne kompetansen kan også bidra positivt i forhold til barn og unge med stressrelaterte plager. I psykomotorisk fysioterapi arbeides det med å løsne på spent muskulatur og stimulere muskulatur som har vært lite brukt. Ved bruk av massasje og bevisstgjøring på en mer hensiktsmessig muskelbruk kan behandlingen bidra til at pasienten kommer ut av et uheldig spenningsmønster. Pasienten vil kunne oppleve at pusten blir friere og at en beveger seg annerledes. Det skjer en omstilling hos pasienten. Dette krever at terapeuten kan gi de rette impulser, og at

og psykomotorisk fysioterapeut

pasienten har evne til å forandre seg. Innsikt i sammenhenger og muligheter for å gjøre noe med fastlåste mønstre er avgjørende.

Stramme muskler, pust og følelser henger sammen. Når pasienten slipper sine muskelspenninger og endrer sitt pustemønster, kan følelser komme sterkere frem. Dette kan oppleves både som godt og vondt. Omstilling kan ta tid, og derfor er dette en behandlingsform som ofte foregår over flere måneder, noen ganger år. Pasienten trenger ikke nødvendigvis å komme ofte til behandling. Det er ønskelig at det settes i gang en prosess og at pasienten arbeider videre med seg selv. PMF er «en hjelp til selvhjelp». Mange allmennleger er lite kjent med dette behandlingstilbudet, og pasienten blir ofte henvist uten at legen alltid vet hva han henviser til.

Evalueringsstudie

Som et ledd i kvalitetssikringen av vårt arbeid ønsket vi å se på pasientenes erfaringer med PMF og deres tanker rundt samarbeid mellom fysioterapeut og lege. Hensikten med denne undersøkelsen er å

- beskrive det psykomotoriske behandlingstilbud for allmennleger,
- skissere egnete former for samhandling,
- gjengi pasientenes egne erfaringer med PMF,
- utarbeide en kort beskrivelse om behandlingstilbudet til pasienter

Materiale og metode

Metoden trekker i vesentlig grad informasjon fra vår daglige praksis.

1. Det dokumenteres i egne journalnotater behandlingsforløpet til alle pasienter som blir henvist fra allmennlege til samarbeidende fysioterapeut i løpet av ett år.
2. I tillegg gjennomfører allmennlegen en serie med psykomotoriske behandlinger hos en annen fysioterapeut.
3. Allmennlegen og fysioterapeut møtes regelmessig for gjensidig informasjon.
4. Alle inkluderte pasienter får tilsendt et spørreskjema som vektlegger deres erfaring med tanke på samarbeid mellom allmennlege og fysioterapeut og deres erfaring med selve behandlingsmetoden.
5. Alle pasienter får tilsendt et utkast av den skriftlige oppsummering og gis anledning til å kommentere og eventuelt endre innholdet.

Resultater

Tretten pasienter ble i perioden 15. januar 2001 til 14. januar 2002 henvist. Det var 11 kvinner og to menn i alderen 21–48 år. Henvisende lege hadde en liste på 1125 personer.

Legens henvisningsdiagnoser:

Ryggsmerter/ Myalgi	6
Slitenhet	3
Depresjonsfølelse	2
Underlivssmerter	1
Angst	1



ILLUSTRASJONSFOTO: PDC TANGEN

Terapeutiske virkemidler:

- bevisstgjøring om kroppslige og følelsesmessige sammenhenger
- bevegelser / øvelser tilpasset pasienten
- massasje
- samtale
- bevegelser i gruppe med vekt på ledighet og frie bevegelser

Henvissende lege gjennomførte i perioden 13.9. til 15.11.2001 en behandlingsserie med 6 behandlinger hos en annen fysioterapeut med psykomotorisk kompetanse. Behandlingen skjedde etter henvisning fra allmennpraktiker kollega.

Mens dette kvalitetssikringsprosjektet pågikk hadde fysioterapeut og lege 13 møter. Disse møtene var i starten hovedsakelig prosjektorientert og mot slutten mest pasientorientert. Ved noen møter deltok en samarbeidende psykolog. Hovedinformasjonen ved disse møtene var fra fysioterapeut til lege om behandlingsframdrift og eventuelt forestående avslutning. Detaljene i behandlingen ble ikke diskutert.

Det ble sendt ut 13 spørreskjema. Et brev ble returnert på grunn av ukjent adresse – pasienten hadde flyttet til utlandet. Det ble etter en purring returnert 6 utfylte spørreskjema av fire kvinner og to menn. Skjemaet ga enkelte avkrysningsvalg, men hadde mange åpne spørsmål med mulighet til egne formuleringer. Enkelte av respondentene valgte å svare meget utførlig. Det trekkes fram enkelte utsagn fra spørreskjemaene:

På spørsmål om hvorfor pasienten ble henvist ble det sagt:

- Spenninger i muskulatur. Generelt trøtt og sliten.
- Utbrent, hadde ingen energi. Store smerter i ryggen, som jaget i føtter og korsrygg. Stressnivået var såpass høyt at det var problematisk å føre en normal samtale uten å kjenne på adrenalin som fløt i kroppen. Jeg klarte ikke å stå oppreist pga. smertene i perioder.
- Jeg hadde følelse av manglende kontroll på kroppen og meg selv. Smerter, slitenhet og angstfølelse tok nesten all min tid. Kroppen og jeg ble et daglig hinder i mange sammenhenger.
- Smerter og stress var vedvarende i perioder. Smerter i forbindelse med artrose i hofter, smerter ved sitting spesielt i jobbsammenheng.
- Ukontrollerte rykninger i musklene rundt ryggraden. Til tider kunne hele ryggen riste.

På spørsmål om egen kunnskap om psykomotorisk fysioterapi ble det trukket fram:

- Jeg hadde vært i behandling tidligere.
- Tre venninner som selv har gått til psykomotorisk fysioterapi, alle tre med forskjellig utgangspunkt. De mente jeg burde gå til psykomotorisk behandling for å få «kontroll» på kroppen igjen. Jeg har selv spurt de ut om behandling – hva de gjør og hvorfor. De hadde hver sin beskrivelse.
- Jeg har fått kunnskap om psykomotorisk fysioterapi gjennom en bekjent. Jeg fikk fortalt litt om en behandlingstid.

Egne erfaringer med behandlingen ble beskrevet slik:

- Har blitt flinkere til å kjenne på magefølelsen, bruker det til å ta beslutninger på egne vegne (mer enn før). Har ikke kommet så langt enda, men jeg tror jeg er på riktig vei.
- Det jeg kan si om behandlingen er at den er svært grunnleggende. Jeg ble bevisst kroppen min etter å ha forsømt den i lang tid. Psyken (stresset) blokkerte for normal kroppslig koordinering og det skremte meg... gjennom øvelsen og prate om det som plaget meg, ble jeg bevisst meg selv. Etter behandlingene var det som om små biter begynte å falle på plass i hodet mitt. Ubeskrivelig, men for meg ble det nærmest en åpenbaring. Jeg kom meg bokstavelig talt på beina igjen.
- Økt bevissthet i forhold til kroppen og dens signaler.
- At selvfølelse/ selvbilde gjenspeiles i hvordan jeg bruker kroppen og forholder meg til den.
- Gjerkjenne gode/dårlige følelser, smerter/ubehag, akseptere de, ikke fortrenge – de kan bearbeides gjennom bevisstgjøring/trening.
- At jeg vokser på økt kunnskap om meg selv og blir tryggere på min egen grensesetting.
- At metoden som brukes er veldig uvanlig og overrasker meg at den kan fremme slik avslapping i muskler og skjelettet.
- Ryggproblemene har etter et halvt år etter behandling blitt helt borte. Jeg er blitt godt kjent med kroppen min. Jeg kjenner mer mine egne grenser.

Nødvendig samarbeid mellom allmennlegen og fysioterapeut ble vektlagt forskjellig:

- Jeg mener allmennlegen kan få grundig informasjon gjennom pasienten. Pasienten får da forklare med sine egne ord om sin egen helsetilstand. Er det noe spesielt kan man bruke telefon.
- Gjennom personlig møter: dette kunne være eventuelt nødvendig hvis det trengs kunnskapsutvikling.
- Gjerne telefonisk: Kommunikasjonen mellom allmennlegen og fysioterapeuten er viktig, men det er også viktig å informere pasienten om denne kommunikasjonen.

Vi spurte: «Under psykomotorisk behandling kan det oppstå behov for å sette ord på følelser som kan oppleves som vanskelige. Hvem vil du helst snakke med slike følelser om?» Her kunne pasientene krysse av i en prioritert rekkefølge. Svarene ga et meget variert bildet: to ville først snakke med allmennlegen, to med behandlende fysioterapeut og to med en psykolog.

Det kom følgende forslag hvordan psykomotorisk fysioterapi kunne beskrives for andre pasienter:

- Fysioterapeutiske behandlingstilbud gir hjelp både med det psykiske og det fysiske, gir forståelse om sin egen kropp, gir styrke til å takle hverdagen bedre, setter i gang utviklingen til å bli trygg på seg selv og sine egne grenser.
- At følelseslivet har stor innvirkning. At behandlingsmetodikken er uvanlig sammenlignet med andre fysioterapeutiske behandlingstilbud. Hovedvekten ligger på spenning/avspenning av muskler og ikke på behandling av betennelser i muskler med ultralyd med mer.
- En bevisstgjøringsprosess av tanke, kropp, handling/bevegelse som en helhet. En personlig/individuell behandlingsprosess som ligger i samspillet mellom pasient og behandler, hvor man gjennom bevegelse/ øvelse, massasje, pust definerer og bearbejder problemene (smerter/ følelser); ved å sette deg og kroppen din i sentrum, gjenkjenne/ akseptere, tolke og forstå dine følelser og reaksjoner, lære å sette grenser, lære å bruke avslapping/ bruk av riktige muskler.

Pasientene valgte ikke å kommentere en tilsendt versjon av artikkelen ut over tidligere merknader i spørreskjemaet.

Legens erfaring med behandlingen

Legen ble gjennom seks behandlinger godt kjent med prinsippene i psykomotorisk fysioterapi. Det ble opplevd et spennende vekselspill mellom stimulerende og avspennende tiltak. Spesielt betydningsfullt ble opplevelsen av hvordan ulike muskelgrupper i tilsynelatende uavhengige deler av kroppen samhandlet: avspenning i kjevemuskulaturen kunne bidra til en avspenning i leggmuskulaturen.

Diskusjon

Pasientene er tilfeldig valgt og vil ikke gi et representativt bilde av hvilke pasienter som behandles av psykomotorisk fysioterapeut. Studien hadde heller ikke til hensikt å beskrive effekten av psykomotorisk fysioterapi. Vi ser igjen hvor vanskelig en slik studie ville være, når erfaringene med behandling påvirker så ulike forhold som kroppsbevissthet, opplevelse av kroppen som helhet, behovet for grensesetting, og mye mer. For flere av pasientene har behandling vært en del av en prosess, som oppleves som positivt, selv om symptomene kan være nokså uforandrede. Inntrykkene fra undersøkelsen begrenses i tillegg av at bare

50 prosent svarer på spørreskjema. På den annen side synes vi beskrivelsene fra pasientene gir viktig og gyldig informasjon om hva PMF kan bidra til.

Legens erfaring med selv gjennomført og opplevd psykomotorisk fysioterapi bestyrker det pasientene gir uttrykk for: behandlingen bidrar til å kunne oppleve musklene i kroppen i sammenheng. Slik egenbehandling formidler mer innsikt i metodens egenskaper, enn å lese artikler og bøker. Konkret erfaring av behandlingen og fysioterapeutens språk gir et enestående grunnlag for å forstå hvordan pasientene formidler erfaringene med psykomotorisk fysioterapi.

Diagnoser og behandlingsresultatene:

Henvisningsdiagnosene beskriver meget utilstrekkelig hva som plager pasientene. Flere pasienter beskriver meget utførlig sine symptomer og plager, som vanskelig lar seg forene i en sykdoms- eller symptomdiagnose. Derfor er det heller ikke hensiktsmessig å lage en liste med diagnoser som egner seg for psykomotorisk behandling. Vi ser igjen at psykomotorisk behandling krever mye av pasienten: motivasjon, endringsvilje, evne til selvrefleksjon – men ikke nødvendigvis høy utdannelse. Flertallet av fysioterapeuter som arbeider med PMF er kvinner, det er også deres pasienter. Henvisende lege bør være oppmerksom på flere menn kunne ha nytte av psykomotorisk behandling.

Samarbeidsrutiner

Vi mener at i utgangspunktet er et samarbeide mellom behandlerne et gode for pasientene. Tilbakemeldingene vi fikk i undersøkelsen var flersidige. Flere pasienter mente at pasienten skal være sentral i kommunikasjonen mellom allmennlege og fysioterapeut. Vår erfaring er at den personlige kontakten oss i mellom var viktig for å gi pasientene et optimalt tilbud. Når behandlerne kjenner hverandre, vil terskelen for å ta kontakt gjennom telefon / E-post bli lavere, det blir lettere å gi informasjon/ stille spørsmål om saker som vedrører pasienten.

Legen kjenner pasienten over tid. Han/ hun koordinerer tiltak i forhold til pasienten eks. ved sykemelding, henvisning til psykolog, omskolering, uførevurdering etc. Fysio-

Hva kan PMF bidra til:

Pasientene har forskjellige utgangspunkt/ plager og vil derfor også ha ulikt utbytte av behandlingen. Mange vil oppleve at de:

- får bedre forståelse av sammenhengene mellom anspenning, pust og følelser
- får bedre forståelse av kropp og bevegelse, hva som fremmer gode bevegelser
- lærer å finne og sette egne grenser, ta kroppens signaler på alvor
- lærer noe om mestring, avspenning og egen lindring av smerter
- lærer å forebygge sykdom/ plager gjennom bevisstgjøring om årsak og virkning

terapeuten blir ofte svært godt kjent med pasienten over en gitt periode, og kan bidra med nyttig informasjon i forhold til ovenfornevnte saker.

I et samarbeidsforhold tror vi det er nødvendig å lage noen faste rutiner og ellers samarbeide ut fra behovet til den enkelte pasient. Pasienten bør informeres om at dette samarbeidet skjer. Vi anbefaler at allmennlegene gjør seg kjent med hvem som tilbyr psykomotorisk fysioterapi i kommunen og prøver å få til et samarbeide. Det finnes egne takster for samarbeids møter. Blant annet på bakgrunn av de tilbakemeldinger vi fikk under denne undersøkelsen er det utarbeidet en kortfattet informasjon om PMF som allmennleger kan gi til sine pasienter. Denne informasjonen gjøres også tilgjengelig i Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL).

Litteratur

1. Braatøy T. De nervøse sinn. Oslo: Cappelen; (1947) 1967.
2. Bunkan H.B., Radøy L. and Thornquist E. Psykomotorisk behandling. Festskrift til Aadel Bülow-Hansen. Oslo: Universitetsforlaget, 1982.
3. Houge NH. Psykomotorisk fysioterapi og psykomotorisk behandling. Tidsskr Nor Laegeforen 1979;99:787-8.
4. Houge NH. Braatøy og psykomotorisk fysioterapi. Tidsskr Nor Laegeforen 2001;121:505.
5. Thaulow JF. Pasientens talsmann Trygve Braatøy. Tidsskr Nor Laegeforen 2001;121:2902-3.
6. Øvreberg G. Om psykomotorisk fysioterapi. Fysioterapeuten 1997;6.
7. Thornquist E, Bunkan BH. Hva er psykomotorisk behandling? Oslo: Universitetsforlaget; 1986.
8. Bunkan BH. Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. Tidsskr Nor Laegeforen 2001;121(24):2845-8.
9. Øvreberg G, Andersen T. Aadel Bülow-Hansen fysioterapi. Oslo: Norli; 1986.
10. Ianssen B, Øvreberg G, Andersen T, Kvebæk I, Ottesen A, Rognved E. In Bevegelse, liv og forandring: i Aadel Bülow-Hansens spor. Ianssen B. Oslo: Cappelen akademisk forlag 1997
11. Bülow-Hansen A, Houge NH. Samarbeid mellom fysioterapeut og lege i forbindelse med psykomotorisk fysioterapi. Tidsskr Nor Laegeforen 1990;110:3498-500.
12. Aabakken L, Aabakken B, Øfsti L, Schrøder R, Wilhelmssen T. Psykomotorisk fysioterapi – pasientens utgangspunkt og deres vurdering av behandlingsresultatet. Tidsskr Nor Laegeforen 1991;111:1619-23.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ingvild Menes Sørensen. Kontakt henne på ingmenes@online.no

Twinrix®

Verdens første vaksine mot hepatitt A og hepatitt B

C Twinrix Paediatric «GlaxoSmithKline»

C Twinrix Voksen «GlaxoSmithKline»

Vaksine mot hepatitt A (inaktivert) og hepatitt B (rDNA), (adsorbent).

ATC-nr.: J07B C20

INJEKSJONSVEKSE, suspensjon: Twinrix Paediatric: 0,5 ml inneholdt: Inaktivert hepatitt A-virus 360 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HB_sAg) 10 µg, aluminiumfosfat 0,2 mg, aluminiumhydroksid 25 µg, formaldehyd maks. 50 µg, neomycinsulfat maks. 10 nanogram, natriumklorid 4,5 mg, vann til injeksjon. Konserveringmiddel: 2-fenoksyetanol 2,5 mg.

INJEKSJONSVEKSE, suspensjon: Twinrix Voksen: 1 ml inneholdt: Inaktivert hepatitt A-virus 720 ELISA-enheter, rekombinant hepatitt B-virus overflateantigen (HB_sAg) 20 µg, aluminiumfosfat 0,4 mg, aluminiumhydroksid 50 µg, formaldehyd maks. 0,1 mg, neomycinsulfat maks. 20 nanogram, natriumklorid 9 mg, vann til injeksjon. Konserveringmiddel: 2-fenoksyetanol 5 mg.

Indikasjoner: Twinrix Paediatric: Vaksinen er indisert for bruk til ikke-immune barn fra 1 år t.o.m. 15 år som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. **Twinrix Voksen:** Vaksinen er indisert for bruk til ikke-immune voksne og ungdommer, 16 år og eldre, som er i risikogruppen for å få både hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon.

Dosering: Twinrix Paediatric: Til barn og ungdommer fra 1 år t.o.m. 15 år anbefales doser på 0,5 ml. **Twinrix Voksen:** Til ungdommer og voksne, 16 år og eldre, anbefales doser på 1 ml. Standard skjema for primær-vaksinasjon med Twinrix Paediatric og Twinrix Voksen er 3 doser. 2. dose gis 1 måned etter 1. dose, og 3. dose 6 måneder etter 1. dose. Når avreise er forventet minst én måned etter påbegynt primær-vaksinasjon, men uten at det er nok tid til å fullføre standard skjemaet for primær-vaksinasjon, kan de 3 dosene Twinrix Voksen gis til voksne etter følgende hurtigskjema: 2. dose gis 7 dager etter 1. dose, og 3. dose 21 dager etter 1. dose. Når dette skjema benyttes anbefales en 4. dose 12 måneder etter 1. dose. Det anbefalte skjemaet bør følges. Når vaksinasjonen er påbegynt, bør den sluttføres med samme vaksine. Behovet for en booster dose med hepatitt A- og B-vaksine hos friske individer som har fullført vaksinasjons-skjemaet er enda ikke helt fastslått. Hos individer som eksponeres for hepatitt B-virus, f.eks. hemodialysepasienter eller pasienter med nedsatt immunforsvar, bør et beskyttende antistoffnivå >10 IE/liter sikres. Retningslinjer for booster-vaksinasjon mot hepatitt A er basert på antagelsen om at antistoff er nødvendig for beskyttelse. Antistoff mot hepatitt A-viruset er beregnet til å være i minst 10 år. Vaksinene er beregnet til intramuskulær injeksjon, i overarmsmuskelen (deltoidområdet) eller anterolateralt i låret hos små barn. Intradermal injeksjon eller intramuskulær injeksjon i glutealmuskelen skal unngås. Til pasienter med trombocytopeni eller blødningssykdommer kan vaksinen unntaksvis gis subkutant selv om dette kan gi suboptimalt immunsvår. **Må ikke injiseres intravaskulært.**

Kontraindikasjoner: Kjent overfølsomhet for vaksinsens komponenter. Tegn på overfølsomhet eller tidligere vaksinasjon med Twinrix Paediatric eller Twinrix Voksen eller monovalent hepatitt A- eller hepatitt B-vaksine. Vaksinasjon skal utsettes ved akutt sykdom med høy feber.

Forsiktighetsregler: Pasienter kan være innenfor inkubasjonstiden for hepatitt A- eller hepatitt B-infeksjon ved tidspunktet for vaksinasjon. Det er ikke kjent om vaksinene beskytter mot hepatitt A og hepatitt B i slike tilfeller. Anbefales ikke som profylakse etter eksponering. Hemodialysepasienter, personer med nedsatt immunforsvar og pasienter som får immunosuppressiv behandling oppnår ev. ikke adekvate antistofftitre etter primærimmunisering. Disse pasientene kan derfor behøve flere vaksinedoser. Adekvat respons kan likevel utetli hos immunsvakte pasienter. Hensiktsmessig medisinsk behandling og overvåking skal alltid være lett tilgjengelig ved vaksinasjon i tilfelle en sjelden anafylaktisk reaksjon skulle oppstå etter injeksjon av vaksinen. Rester av tiomersal, som gjenfinnes i vaksinen, kan medføre sensitivitetsreaksjoner.

Interaksjoner: Twinrix Paediatric: Det anbefales ikke at vaksinen gis sammen med andre vaksiner. **Twinrix Voksen:** Vaksinen kan gis samtidig med andre vaksiner dersom forskjellige sprøyter og ulike injeksjonssteder benyttes.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Effekten på fosterets utvikling er ikke undersøkt, men da dette er en inaktivert vaksine forventes det ingen skade på fosteret. Bør bare gis under graviditet dersom det foreligger en uttalt risiko for hepatitt A- og hepatitt B-infeksjon. **Overgang i morsmelk:** Det foreligger ikke opplysninger om effekt på barn til ammende mødre. Kombinasjonsvaksinen skal derfor brukes med forsiktighet hos ammende kvinner.

Bivirkninger: Vanligst er forbigående smerte, rødme og hevelse på injeksjonsstedet. **Hvippige (>1/100):** Trøtthet, hodepine, sykdomsfølelse, kvalme. **Sjeldne (<1/1000):** Feber, brekninger. Svært sjeldne tilfeller av følgende uønskede hendelser er sett i tidsmessig sammenheng med vaksinasjonen: Blod: Trombocytopeni, trombocytopenisk purpura, lymfadenopati. Gastrointestinale: Kvalme, brekninger, appetittløshet, diaré, mavesmerter. Hud: Utslett, kløe, urticaria. Lever: Patologiske leverfunksjonsverdier. Neurologiske: Krampor. Sirkulatoriske: Synkope, hypotensjon. Øvrige: Influensalignende symptomer (feber, frysninger, hodepine, myalgia, artralgi), trøtthet, svimmelhet, parestesi, allergiske reaksjoner, inkl. anafylaktiske og anafylaktoide reaksjoner og overfølsomhetsreaksjon lignende serumsyke. Etter omfattende bruk av de monovalente vaksinene mot hepatitt A og/eller hepatitt B, er i tillegg følgende uønskede hendelser rapportert svært sjelden i tidsmessig sammenheng med vaksinasjon: Hud: Eksudativ erythema multiforme. Neurologiske: Tilfeller av perifere og/eller sentrale neurologiske forstyrrelser som kan omfatte multipel sklerose, optikusneuritt, myelitt, facialisparese, polyneuritt som f.eks. Guillain-Barrés syndrom (med ascenderende paralyse), meningitt, encefalitt, encefalopati. Sirkulatoriske: Vaskulitt.

Egenskaper: Klassifisering: Kombinasjonsvaksine av renset, inaktivert hepatitt A-virus og renset hepatitt B-virus overflateantigen (HB_sAg), separat adsorbent til aluminiumhydroksid og aluminiumfosfat. Hepatitt A-viruset er fremstilt ved dyrking i humane diploide cellekulturer. HB_sAg er fremstilt av gjærceller vha. rekombinant DNA-teknikk. Beskyttelse mot hepatitt A og hepatitt B utvikles i løpet av 2-4 uker. Det er påvist antistoffer mot hepatitt A-virus hos ca. 89% (Twinrix Paediatric) og ca. 94% (Twinrix Voksen) av de vaksinerte 1 måned etter 1. dose og hos 100% 1 måned etter 3. dose (dvs. 7. måned). Antistoffer mot hepatitt B-virus er påvist hos ca. 67% (Twinrix Paediatric) og 70% (Twinrix Voksen) etter 1. dose og 100% (Twinrix Paediatric) og ca. 99% (Twinrix Voksen) etter 3. dose. Ved bruk av hurtigskjemaet for primær-vaksinasjon av voksne er andelen som er seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus 100%, 99,5% og 100% etter hhv. 1, 2 og 3 måneder etter den 1. dosen. Beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus etter 3. dose er påvist hos 82% etter 1 uke og hos 85% etter 5 uker. 3 måneder etter 1. dose er beskyttelsesgraden mot hepatitt B 95,1%. 1 måned etter den 4. dosen hadde alle vaksinerte beskyttende nivåer av antistoffer mot hepatitt B-virus, og alle var seropositive for antistoff mot hepatitt A-virus.

Oppbevaring og holdbarhet: 2-8°C. Beskyttet mot lys. **Må ikke fryses.** Destruer vaksinen dersom den har vært utsatt for frost.

Andre opplysninger: Ved lagring oppstår det et bunntall og en supernatant. Vaksinen skal ristes godt til en nesten gjennomskiktig, hvit suspensjon og kontrolleres visuelt med tanke på fremmedlegemer og/eller fysiske forandringer før bruk. Vaksinen skal destrueres hvis den ser annerledes ut. Vaksinen skal ikke blandes med andre legemidler (inkl. vaksiner) i samme sprøyte.

Pakninger og priser: Twinrix Paediatric: Endosesprøyte: 0,5 ml kr 251,20, **Twinrix Voksen:** Endosesprøyte: 1 ml kr 398,00, 10 × 1 ml kr 3673,20. Priser av 01.2004

* P van Damme et al. Hepatitis A booster vaccination: is there a need? The Lancet 2003; 237: 1065-71

 GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AS, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon: 22 70 20 00 Telefaks: 22 70 20 04 www.gsk.no

GSK03/04