

Hvor er det blitt av kommentarene til den nye veilederen i miljørettet helsevern?

(med et smart tips til skeptikerne...)

AV OLA NORDVISTE.



Ola Nordviste

Forskriften og veilederen er altså en gigant-sak i forvaltningen av miljørettet helsevern, men få har nevnt at de hørte det da den ble klasket i bordet, og enda færre har omtalt den offentlig. (Se dog Tidsskriftet for DnL, www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visNyhet?vp_id=2377). Hvorfor har det vært så stille? Har vi mistet troen på at miljørettet helsevern er viktig? Har utviklingen vist at den negative helsepåvirkning fra tidligere fanesaker som inneklima, radon, småulykker, vannforurensing, lekeplassikkerhet, manglende internkontroll og avfallshåndtering ikke er så stor som en trodde? Har kommunelegene fått en følelse av at de har jobbet for mye med for små ting?

Forskrift om miljørettet helsevern trådte i kraft 1. juli 2003. Den erstattet hele 400 lokale og sentrale forskrifter. Sammen med en gjennomarbeidet veileder ble forskriften distribuert sommeren 2003. Skriftene skulle modernisere innholdet i miljørettet helsevern og samle intensjonene i lovverket. De skulle samordne tenkning samt skape en ny inspirasjon på området miljørettet helsevern.

Forskriftens formål er å fremme folkehelse gjennom å sikre befolkningen mot biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. Den skulle lette kommunenes og kommunelegenes arbeid.

Forskriften gjelder for alle private og offentlige virksomheter, inne og ute. Det er nesten overalt, det! Private boliger er unntatt så lenge en ikke forstyrrer naboen.

Den nye forskriftens paragraf 7, om overordnet miljø- og helsekrav, instruerer oss om at «Virksomheter og eiendommer skal planlegges, bygges, tilrettelegges, drives og avvikles på en helsemessig tilfredsstillende måte...». Hvis ikke, så kan kommunen gjennom paragraf 6 sjekke forholdene og treffe nødvendige vedtak hjemlet i kapittel 4a i kommunehelsetjenesteloven. Kommunen kan bl a ilegge tvangsmulkt og kreve konsekvensutredning, retting eller stansing.

Undertegnede var en gang blant de mer ihuga samfunnsmedisinere med en topp på inspirasjonskurven idet jeg startet arbeidet med ovennevnte veileder i Sosial- og helsedirektoratet i 2002 – og en bønn på kurven idet jeg forlot direktoratet. Hvorfor? Jo, blant annet fordi jeg syntes jeg fant så liten dokumentasjon av faren for helseskade ved miljøpåvirkning i hverdags Norge og så liten dokumentasjon på nytten av alt arbeidet som gjøres av eplekjekke

kommuneleger og miljøkandidater. Sjekk f eks på Folkehelsa (www.fhi.no) hvor lite vi egentlig vet om helsefarer i inneluft og om effekten av dyre tiltak for å bedre inneluften i barnehager og skoler. Hva vi kommuneleger har blåst av penger ut gjennom luftekanalene i landets skoler!

Et vesentlig poeng i den nye forskriften og veilederen er understrekningen av at vi bør basere våre råd og vedtak i større grad på klar kunnskap innen miljømedisin. God idé! La oss bruke den også! Kanskje vi som leger kan ha nytte av å vite mer om når det IKKE skal brukes mye arbeidstid og IKKE skal gjøres dyre og irriterende vedtak innen miljørettet helsevern? Her er et tips til nærmere lesning for deg som nikker til dette spørsmålet:

Studer nøye merknadene til paragraf 7 (s 140 i veilederen). Det står bl a:

- «...en viss grad av alminnelig risiko må nødvendigvis aksepteres i samfunnet... Det er verken ønskelig eller mulig å regulere enhver mulig negativ helsemessig påvirkning. Forhold som ikke går utover dagliglivets alminnelige risiko vil ikke omfattes av forskriften. Det kan tenkes en rekke eksempler på forhold som kan være både irriterende og plagsomme, men som likevel ikke kan anses som verre enn det en med rimelighet må tale.»
- «Det bør vanligvis kunne henvises til dokumentasjon når det er grunn til å anta at en virksomhet kan føre til helsemessig ulempe eller fare for helseskade... Når det gjelder vedtak om retting og stansing, skal det (forf. understreking) etter forvaltningslovens paragrafer 17 og 25 angis hvilke kunnskapsreferanser kommunen bygger sin vurdering på».

Det vil ganske ofte by på problemer å dokumentere helsetrusselen. Uten sikker dokumentasjon på helseskade OG på sikker effekt av eventuelle tiltak for å endre på forholdene, bør en vurdere å legge saken på is. Så kan en bruke tid og krefter på noe viktigere.

Det er mye som ikke er så veldig farlig. Det skal vi alle være glade for.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ola Nordviste. Kontakt henne på nord-ola@frisurf.no

C Cipralax® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

T: 18

T **Tabletter 5 mg og 10 mg:** Hver tablett inneholder: Escitalopram 5 mg eller 10 mg (som oksalat). Filmrasierte tabletter med delestrek (10 mg). Fargestoff: Titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Behandling av alvorlige depressive episoder. Behandling av panikktilstand med eller uten agorafobi. Behandling av sosial fobi.

Dosering: Sikkerheten av doser på over 20 mg daglig er ikke undersøkt. Cipralax administreres som en enkelt dose daglig og kan tas med eller uten mat. **Alvorlige depressive episoder:** Normal dosering er 10 mg én gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maksimalt 20 mg daglig. Vanligvis er 2-4 ukers behandling nødvendig for å oppnå antidepressiv respons. Etter bedring av symptomene bør behandlingen fortsette i minst 6 måneder for å vedlikeholde effekten. **Panikktilstand med eller uten agorafobi:** Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maksimalt 20 mg daglig avhengig av individuell respons. Maksimal effekt nås etter ca. 3 måneder. Behandlingen varer i flere måneder. **Sosial fobi:** Anbefalt doser er 10 mg daglig. Symptomlindring oppnås vanligvis først etter 2-4 ukers behandling. Avhengig av individuell respons, kan dosen deretter reduseres til 5 mg eller økes til maksimum 20 mg daglig. Sosial fobi er en sykdom med et kronisk forløp og 12 ukers behandling anbefales for å vedlikeholde respons. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt i 6 måneder, og har vist seg på individuell basis å hindre tilbakefall. Effekt av behandlingen bør vurderes regelmessig. **Eldre (> 65 år):** Startdose 5 mg daglig og en lavere maksimal dose bør vurderes. **Nedsatt leverfunksjon eller sakte metabolisere** av CYP2C19: Startdose 5 mg daglig de første to behandlingsukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg. Når behandlingen avsluttes bør dosen gradvis reduseres over en eller to uker for å unngå mulige seponeringsreaksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor escitalopram eller et eller flere av hjelpestoffene. Samtidig bruk av ikke selektive MAO-hemmere.

Forsiktighetsregler: En eventuell økning i angstsymptomer avtar vanligvis innen de to første behandlingsukene. Lav startdose kan redusere symptomene. Escitalopram bør unngås hos pasienter med ustabil epilepsi. Escitalopram bør brukes med forsiktighet hos pasienter med mani/hypomani i anamnesen, og bør seponeres dersom en pasient går inn i en manisk fase. Escitalopram kan påvirke glukosekontrollen hos diabetikere. Det kan være nødvendig å justere dosen med insulin og/eller perorale antidiabetika. Pasienter bør følges nøye i begynnelsen av behandlingen pga. økt suicidalfare initialt. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hyponatremi, som eldre, chirotske pasienter eller pasienter som samtidig behandles med legemidler som kan gi hyponatremi. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av orale antikoagulantia og legemidler kjent for å påvirke blodplatefunksjonen (for eksempel atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste trisykliske antidepressiva, acetylsalicylsyre og ikke-steroid anti-inflammatoriske midler (NSAIDs), ticlopidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningsstendens. På grunn av begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombinasjonen av escitalopram med MAO-A hemmere anbefales generelt ikke på grunn av risikoen for serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotonerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urtepreparater som inneholder Johannesurt (*Hypericum perforatum*) kan gi økt incidens av uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CLCR mindre enn 30 ml/min.). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Da alle psykoaktive legemidler kan påvirke vurderingsevnen og evnen til å utføre oppgaver, bør pasientene informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

Interaksjoner: Tilfeller av alvorlige reaksjoner, inklusive serotonergt syndrom, er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv MAO-hemmer, og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI behandling og påbegynt behandling med MAO-hemmer. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitalopram behandling før behandling med ikke-selektiv MAOH påbegynnes. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversibel MAOH (selegilin) og minst én dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOH (RIMA) moklobemid. Selegilin i doser opp til 10 mg/dag har vært gift sammen med citalopram uten reaksjoner. Samtidig administrasjon med serotonerge legemidler (for eksempel tramadol, sumatriptan og andre triptaner) kan føre til serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan øke krampetorsjonen. Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gift samtidig med litium eller tryptofan. Som for andre psykoaktive legemidler anbefales ikke en kombinasjon med alkohol. Samtidig administrasjon av legemidler som hemmer CYP2C19, som for eksempel omeprazol, kan gi økte plasmakonsentrasjoner av escitalopram. Forsiktighet bør utvises når escitalopram i øvre del av doseringsintervallet tas samtidig med høye doser cimetidin. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP2D6, og som har smal terapeutisk indeks, som for eksempel flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvikt) eller enkelte CNS virkende legemidler som i hovedsak metaboliseres via CYP2D6, for eksempel antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tioridazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrasjon av desipramin eller metoprolol (CYP2D6 substrater) medfører en dobling av plasmavæivene. (I: N06A B escitalopram).

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Cipralax bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. **Amming:** Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Vinner som ammer bør ikke behandles med escitalopram eller amming bør opphøre.

Bivirkninger: Bivirkninger er vanligst i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. Seponeringsproblemer har ikke vært systematisk undersøkt med escitalopram. Seponeringsreaksjoner har vært observert med rasemisk citalopram: svimmelhet, hodepine og kvalme. De er i hovedsak milde og forbigående. Følgende bivirkninger er observert hyppigere med escitalopram enn med placebo i dobbelt-blind, placebo-kontrollerte studier. Frekvensene er ikke korrigeret for placebo. **Svært hyppige (>1/10):** Gastrointestinale: Kvalme. **Hyppige (>1/100):** Metabolske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido, anorgasme hos kvinner. Nervesystem: Søvnløshet, sømnløshet, svimmelhet. Respiratoriske: Sinusitt, gjesping. Gastrointestinale: Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Reproduksjon: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Tretthet, feber. **Mindre hyppige (>1/1000):** Nervesystem: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Følgende bivirkninger gjelder generelt for SSRI: Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Metabolske: Hyponatremi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Syn: Synsforstyrrelser. Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, munntørhet, diaré, anoreksi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, anafylaktisk reaksjon. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Krampor, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikk anfall, nervøsitet. Urogenitale: Urinretensjon. Reproduksjon: Galaktorié, seksuelle bivirkninger inklusive impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Hud: Utslett, ekkymer, kløe, angioødem, svette.

Overdosering/Forgiftning: Doser på 190 mg escitalopram er tatt uten at alvorlige symptomer er rapportert. **Symptomer:** Symptomer på overdose med rasemisk citalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, sømnløshet, bevisstløshet, krampor, takykardi, EKG endringer med ST-T endring, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT intervall, arytmier, respirasjonsdepresjon, oppkast, rabdomyolose, metabolsk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. **Behandling:** Ingen spesifikk motgift. Etabler og oppretthold frie luftveier, adekvat oksygenering og ventilering. Mageskylling bør utføres så raskt som mulig etter tabletting. Overvåking av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales.

Pakninger og priser: Tabletter: 5 mg: Enpac: 28 stk. kr 132,10.

10 mg: Enpac: 28 stk. kr 246,70, 98 stk. kr 716,70. Boks: 200 stk. kr. 1427,20.

Endose: 49x1 stk. Kr 375,40.

Basert på godkjent SPC, SLV januar 2004

Pakninger og priser per januar 2004

Referanser:

- Sorbera LA et al. *Drugs of the Future* 2001; 26(2): 15-20.
- Gorman JM et al. *CNS Spectrums*, April 2002, volume 7 (suppl 1): 40-44.
- Wade A et al. *Int Clin Psychopharmacol* 2002; 17: 95-102.
- Lepola UM et al. *Int Clin Psychopharmacol* 2003; 18: 211-217
- Francois C et al. *Eur J Health Econom* 2003; 4: 12-19
- Burke et al. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:4: 331-336
- Preparatomtale basert på godkjent SPC, SLV januar 2004.