

# Basisliste 2011-2012

- Præparaterne er valgt ud fra kriterierne dokumentation, effekt, bivirkninger og pris. Anbefalingerne følger den Nationale Rekommandationsliste fra Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF).
- Listen giver forslag til førstevalg af lægemidler hos ukomplicerede patienter inden for de mest almindelige indikationsområder i primærsektoren. Basislisten er opdelt efter indikationer.

Anbefaling	
Stofstype	Forslag til førstevalg Generisk navn (eksempel på handelsnavn)
<b>HYPERTENSION</b>	
Thiazid ACE-hæmmer	<b>Bendroflumethiazid m. KCl</b> (Centyl Mite m. KCl) <i>Enalapril eller</i> <i>Lisinopril eller</i> <i>Ramipril</i> (evt. kombineret med hydrochlorthiazid) <i>Losartan</i> (evt. kombineret med hydrochlorthiazid) <i>Amlodipin eller</i> <i>Felodipin</i>
AT-2-antagonist Ca-antagonist m. vaskulær effekt	
<b>ANGINA PECTORIS OG POST AMI</b>	
Trombocythæmmer Statin Beta-blokker, selektiv Hurtigvirkende nitrat Nitrat m. protaheret virkning Ca-antagonist m. vaskulær effekt	<b>Acetylsalicylsyre</b> (Hjertemagnyl) <b>Simvastatin</b> <b>Metoprololsuccinat</b> <b>Glycerilnitrat</b> (Nitroglycerin) <b>Isosorbidmononitrat</b> (Isodur) <b>Amlodipin</b>
<b>HJERTEINSUFFICIENS</b>	
ACE-hæmmer	<i>Enalapril eller</i> <i>Lisinopril eller</i> <i>Ramipril</i>
AT-2-antagonist K-besparende diuretika Loop-diuretika Beta-blokker, selektiv	<b>Losartan</b> (hvis hoste ved ACE-hæmmer) <b>Spironolacton</b> (Spirix) <b>Furosemid</b> <b>Metoprololsuccinat</b> depottabl. <i>eller</i> <b>Bisoprolol eller</b> <b>Carvedilol</b>
Beta-blokker (alfa + beta)	
<b>ATRIEFLIMREN</b>	
Vitamin K-antagonist Trombocythæmmer Beta-blokker, selektiv Ca-antagonist m. kardial effekt Hjerteglykosid	<b>Warfarin</b> (Marevan) <i>eller</i> <b>Acetylsalicylsyre</b> (Hjertemagnyl) <b>Metoprololsuccinat eller</b> <b>Verapamil</b> (Veraloc) <b>Digoxin</b>
<b>APOPLEKSI OG TCI</b>	
Trombocythæmmer Statin	<i>Sek. profylakse:</i> <b>Clopidogrel</b> <b>Simvastatin</b>  <i>For blodtrykket:</i> Se under "Hypertension"
<b>HYPERLIPÆDIMI</b>	
Statin	<b>Simvastatin</b>
<b>ASTMA</b>	
Inhalationssteroid	<b>Budesonid</b> (Pulmicort turbuhaler) <i>eller</i> <b>Fluticason</b> (Flixotide spray/diskos)
Beta-2-agonist korttidsvirkende	<b>Terbutalin</b> (Bricanyl turbuhaler) <i>eller</i> <b>Salbutamol</b> (Ventoline spray/diskos)
Beta-2-agonist langtidsvirkende	<b>Formoterol</b> (Oxis turbuhaler) <i>eller</i> <b>Salmeterol</b> (Serevent spray/diskos)
<b>KOL</b>	
Beta-2-agonist langtidsvirkende	<i>Rygestop:</i> <b>Nikotinlægemidler</b> <b>Bupropion</b> (Zyban) <b>Vareniclin</b> (Champix)
Beta-2-agonist korttidsvirkende	<b>Formoterol</b> (Oxis turbuhaler) <i>eller</i> <b>Salmeterol</b> (Serevent spray/diskos) <b>Terbutalin</b> (Bricanyl turbuhaler) <i>eller</i> <b>Salbutamol</b> (Ventoline spray/diskos)
Antikolinergikum, langtidsvirkende Inhalationssteroid	<b>Tiotropium</b> (Spiriva) <b>Budesonid</b> (Pulmicort turbuhaler) <i>eller</i> <b>Fluticason</b> (Flixotide spray/diskos)
<b>MAVESYRERELATEREDE LIDELSER</b>	
Protonpump hæmmer (PPI)	<b>Omeprazol eller</b> <b>Lansoprazol eller</b> <b>Pantoprazol</b>

- Listen er udarbejdet af Lægemiddelkomiteen for almen praksis. Den har været i høring hos sygehusenes lægemiddelkomiteer, relevante specialeråd i Region Syddanmark, Praksisudvalget, HEKLA (Enhed til kvalitetssikring af lægemiddelanvendelse, OUH) og IRF. Basislisten er godkendt af det regionale lægemiddelråd den 18. maj 2011.
- Den trykte liste revideres én gang årligt, mens løbende ændringer kan ses i nyhedsbrevet "Nyheder om lægemidler" og på [www.basislisten.dk](http://www.basislisten.dk)

Anbefaling	
Stofstype	Forslag til førstevalg Generisk navn (eksempel på handelsnavn)
<b>INFEKTIONER</b>	
V-penicillin	<i>Luftveje:</i> <b>Phenoxymethylpenicillin</b> (Primcillin) Ved penicillinallergi vælges: <b>Roxithromycin</b> (Surlid)
Makrolid	<i>Urinvejsinfektion, ukompliceret:</i> <b>Sulfamethizol</b> <b>Mecillinam/pivmecillinam</b> (Selexid)
Sulfonamid Penicillin med virkning primært på gramnegative bakterier	<i>Hud:</i> <b>Phenoxymethylpenicillin</b> (Primcillin) <b>Flucloxacillin</b> (Heracillin)
V-penicillin Penicillinasestabil	<i>Infektion med herpes virus:</i> <b>Aciclovir</b>
Antiviralt middel	<i>Opblussen i KOL:</i> <b>Phenoxymethylpenicillin</b> (Primcillin) <b>Amoxicillin/clavulansyre</b>
V-penicillin Penicillin kombineret med beta-lactamasehæmmer	
<b>DIABETES</b>	
Biguanid Insulin	<b>Metformin</b> <b>Insulin - human</b>
<b>OSTEOPOROSE</b>	
Calcium + D-vitamin Bisfosfonat	<b>Calcium</b> (800 mg) + <b>D-vit</b> (40 mikrogram) <b>Alendronat</b>
<b>PROSTATAHYPERPLASI</b>	
Alfa-blokker	<b>Alfuzosin eller</b> <b>Doxazosin</b>
<b>SMERTE</b>	
Non-opioid NSAID Svagt virkende opioid Stærkt virkende opioid TCA	<b>Paracetamol</b> (Pamol) <b>Ibuprofen</b> <b>Tramadol</b> <b>Morfin</b> (Contalgin) <b>Nortriptylin</b> (Noritren)
<b>MIGRÆNE</b>	
Non-opioid NSAID Triptan	<i>Akut:</i> <b>Paracetamol</b> (Pamol) <i>eller</i> <b>Ibuprofen</b> <b>Sumatriptan</b> (tabletter)
Beta-blokker, selektiv	<i>Profylakse:</i> <b>Metoprololsuccinat</b>
<b>DEPRESSION</b>	
SSRI	<b>Sertralin eller</b> <b>Citalopram</b>
<b>P-PILLER</b>	
Lavdosis (max 35 mikrog østrogen)	(Rigevidon <i>eller</i> Malonetta)

Spørgsmål og ændringsforslag mailles til [Merete.Willemoes.Nielsen@regionsyddanmark.dk](mailto:Merete.Willemoes.Nielsen@regionsyddanmark.dk)  
For yderligere kommentarer henvises til Den Nationale Rekommandationsliste fra Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF) samt til Basislisten.dk

## HYPERTENSION

**Thiazider, ACE-hæmmere, angiotensin-2-antagonister (AT-2) og calciumantagonister** regnes for at have samme blodtryksnænkende effekt ved hypertension *uden andre risikofaktorer eller organpåvirkning*.

Forslag til behandlingsvalg ved ukompliceret hypertension:

1. Vælg ét rekommanderet thiazid, ACE-hæmmer, AT-2 eller calciumantagonist
2. Kombination af 2 ovenstående med forskellig virkningsmekanisme (**OBS** ikke ACE-hæmmer kombineret med AT-2)
3. Kombiner thiazid og calciumantagonist med ACE-hæmmer eller AT-2
4. Adder en beta-blokker
5. Adder en alfa-blokker (f.eks. doxazosin) eller evt. spironolacton

Ved hypertension kan alle **ACE-hæmmere** og **losartan** doseres 1 gang daglig. **ACE-hæmmere** er fortsat bedst dokumenterede ved hjerteinsufficiens og nefropati, og rekommanderes derfor som gruppe frem for **AT-2'erne**.

Behandling med en kombination af **ACE-hæmmer** og **AT-2** eller **reninhæmmer** anses for en specialisopgave.

Vær opmærksom på, at der ofte findes kombinationspræparater, der kan bidrage til compliance og samtidig er billige.

## ANGINA PECTORIS OG POST AMI

Førstevalg er **simvastatin 40 mg, acetylsalicylsyre (ASA) 75 mg dgl** og en beta-blokker. **Metoprololsuccinat** doseres i mindst to år efter AMI.

Har patienten andre risikofaktorer (fx diabetes, hypertension, apopleksi, symptomatisk hjerteinsufficiens) tilføjes **ACE-hæmmer**. Det reducerer mortalitet og risiko for reinfarkt.

Ved behov for **calciumantagonist** til symptomkontrol anvendes **amlodipin**. Kan kombineres med **beta-blokker**.

Ved ukompliceret angina pectoris har **simvastatin** og **ASA** prognostisk effekt, de øvrige kun symptomatisk.

Ved post AMI har **simvastatin, beta-blokkere** og **ASA** prognostisk effekt, de øvrige kun symptomatisk.

## HJERTEINSUFFICIENS

NYHA-klasse	I	II	III	IV
ACE-hæmmer/AT-2	XX	XX	XX	XX
Diuretika		X	XX	XX
β-blokker	XX	XX	XX	XX
Spironolacton	X	XX	XX	XX
Digoxin		X	X	X
Biventriculær pacemaker		X	X	X
ICD		X	X	X

X = Skal overvejes  
XX = Gives hvis tåles

**Ramipril** og **enalapril** doseres 2 gange daglig ved hjerteinsufficiens.

**Furosemid** bruges primært til (symptomkontrol) afvanding. Når det er sket trappes ned/ud.

**ACE-hæmmere** er fortsat bedst dokumenterede, og rekommanderes derfor som gruppe frem for **losartan**.

**Beta-blokkere**. Kun bisoprolol, carvedilol og metoprolol-succinat depottabletter har dokumenteret effekt på prognosen ved hjerteinsufficiens. Behandlingen bør begynde hos alle afvandede ("tørre") og stabile patienter med symptomatisk hjertesvigt. Der begynder med en lav dosering (1/8-1/16-del af den ønskede slutdosis, fx metoprolol-succinat 12,5 mg, bisoprolol 1,25 mg eller carvedilol 3,125 mg x 2 daglig). Dosis øges hver 2. uge, indtil måldosis er nået. Slutdosis er metoprolol-succinat 200 mg daglig, bisoprolol 10 mg daglig eller carvedilol 25 mg 2 gange daglig.

## APOPLEKSI OG TCI

Som sekundær profylakse efter apopleksi anbefales **clopidogrel**.

Patienter, som allerede er velbehandlede med **dipyridamol + acetylsalicylsyre 75 mg**, kan evt. fortsætte med dette, mens patienter i behandling med **Asasantin Retard** bør skifte.

## HYPERLIPÆDIM

**Simvastatin 40 mg x 1 dgl** er billigt og nok til de fleste. Kun for patienter med iskæmisk hjertesygdom eller diabetes er der sat mål for kolesterolniveauet. Nås behandlingsmålet ikke med **simvastatin 40 mg** daglig, skiftes der til **atorvastatin (Zarator) 40-80 mg**. Intensiteten af behandlingen bør afstemmes efter en samlet risikovurdering.

## ATRIEFLIMREN

**AK-behandling** - se den gældende vejledning på [www.cardio.dk](http://www.cardio.dk)

**ASA-dosis 75 mg**.

Til frekvenskontrol benyttes **digoxin, metoprololsuccinat** eller **verapamil**. **Verapamil** må IKKE kombineres med en **beta-blokker**. Patienter med inaktiv livsstil er ofte velbehandlet med **digoxin** alene. Hos aktive patienter bør **beta-blokker** foretrækkes (ved KOL dog non-dihydropyridin calciumantagonist).

**Verapamil** hæmmer renal udskillelse af **digoxin**. **Verapamil** hæmmer omsætning af flere statiner - fx **simvastatin**. Det øger risikoen for rhabdomyolyse.

*Øvrig antiarytmisk behandling er en specialisopgave.*

## ASTMA

Ved astma er inhalationssteroid vigtigst, da det har forebyggende effekt.

Vælg **budesonid** eller **fluticason**. Hertil lægges korttidsvirkende beta-2-agonist p. n. - **terbutalin** eller **salbutamol**. Ved brug af spacer anbefales **Aerochamber PlusFlow-Vu**, som kan anvendes til alle inhalationssprays.

Langtidsvirkende beta-2-agonist - **formoterol** eller **salmeterol** - adderes ved behov. Må ikke anvendes uden samtidig behandling med inhalationssteroid pga. øget kardiovaskulær risiko ved monoterapi til astma.

Hvis patienten er stabilt medicineret, og få inhalationer skønnes fordelagtigt, kan et kombinationspræparat vælges.

## KOL

Rygeophør og motion er vigtig ved KOL. Rygeophør er det eneste, der stopper sygdommen.

Langtidsvirkende bronkodilatorer bør foretrækkes frem for korttidsvirkende til symptomatiske patienter. Behandling med to eller flere bronkodilatorer er dyrt og dårligt dokumenteret. Ved manglende effekt bør patienten henvises til differential diagnostisk vurdering hos lungemediciner.

Inhalationssteroider **budesonid** (800 microg/døgn) eller **fluticason** (500-1000 microg/døgn) er kun indiceret ved FEV<sub>1</sub> < 50% af forventet og ≥ 2 exacerbationer årligt.

Når inhalationssteroid er indiceret, kan man med fordel anvende et kombinationspræparat indeholdende langtidsvirkende bronkodilatorer og inhalationssteroid.

Ved brug af spacer anbefales **Aerochamber PlusFlow-Vu**, som kan anvendes til alle inhalationssprays.

Kontrol af inhalationsteknikken er vigtig - især hvis patienten bruger flere forskellige inhalatorer. Vær opmærksom på osteoporose-risiko ved brug af steroider.

**Vareniclin** (Champix): Forsigtighed ved psykiatriske lidelser i anamnesen. Seponeres ved tegn på depression eller andre psykiske symptomer.

## MAVESYRERELATEREDE LIDELSER

Alle protonpump hæmmere (PPI'er) er ligeværdige - anvend det billigste - p.t. **lansoprazol, pantoprazol** eller **omeprazol**.

	Symptomstyret behandling pn. dosis	Vedligehold. behandl. el. forebyggelse af NSAID-induceret ulcus	Opheling	Eradikations-behandling (sammen med anti-biotika)
Esomeprazol	10-20 mg	(10 mg)*	20 mg	20 mg x 2
Lansoprazol	15-30 mg	15 mg	30 mg	30 mg x 2
Omeprazol	10-20 mg	20 mg**	20 mg	20 mg x 2
Pantoprazol	20-40 mg	20 mg	40 mg	40 mg x 2
Rabeprazol	10-20 mg	10 mg	20 mg	20 mg x 2

\* Esomperazol findes ikke i 10 mg.  
\*\* Dokumentationen ligger overvejende på 20 mg, som også er billigere end 10 mg.

## OSTEOPOROSE

**Calcium (800 mg) og D-vitamin (40 mikrogram)** anbefales til ældre, som ikke får nok via kosten og gives altid som sekundær profylakse. Hvis indtaget af kalk fra kosten er højt, dvs. > 800 mg/dag, kan kalkdosis evt. reduceres til 400 mg/dag (+ 40 mikrogram D-vitamin).

Ved steroidbehandling: minimum 800 mg calcium/dag som kan øges til 1200 mg ved kalkindtag fra kosten < 800 mg/dag - altid i kombination med 40 mikrogram D-vitamin.

F.eks. kan anvendes Unikalk Silver: 1 tablet 2-3 gange daglig.

**Alendronat** ordineres som ugetablet.

## INFEKTIONER

Brug primært **phenoxymethylpenicillin** ved luftvejsinfektion. **Roxithromycin** kan vælges ved penicillinallergi. Til børn med behov for makrolid anvendes **clarithromycin**.

**Azitromycin** primært ved chlamydia infektion. Ved impetigo anbefales **phenoxymethylpenicillin** (evt. i kombination med **flucloxacillin** ved udbredte læsioner).

Ved erysipelas anbefales **phenoxymethylpenicillin**. Ved behandlingssvigt/recidiv anbefales **flucloxacillin**.

**Phenoxymethylpenicillin** ved beta-hæmolytiske streptokokker i hud. **Flucloxacillin** til penicillinaseproducerende stafylokker i hud.

Ved ukompliceret cystitis forstås ikke-recidiverende cystitis hos ikke-gravide kvinder i fertil alder.

**Flucloxacillin** kan tages uafhængigt af måltider.

## DIABETES

### Diabetes type II

Intervention vedr. rygning, kost og motion er vigtig. Polyfarmakologisk behandling er indiceret ved flertallet.

**Antiglykæmika**: Biguanidet **metformin** er førstevalg hos alle. Ved utilstrækkelig effekt kan andetvalget være:

- Insulin
- DPP-IV-hæmmere (**sitagliptin** (Januvia), **vidagliptin** (Galvus), **saxagliptin** (Onglyza))
- Sulfonylurinstoffer (**gliclazid, gimepirid/repaglinid** (Novonorm))
- GLP-1-analoger (**exenatid** (Byetta), **liraglutid** (Victoza))

**Lipidsænkende farmaka**: Statin (**simvastatin**) gives som hovedregel til alle med type 2 diabetes.

**Antihypertensiva**: **ACE-hæmmer** eller **losartan** er førstevalg. Ved utilstrækkelig effekt se under indikationen "Hypertension".

**Antitrombotika**: **Acetylsalicylsyre 75 mg** bør tilbydes ved samtidig hjertekar-sygdom og overvejes som primær profylakse hos patienter med høj risiko for hjertekar-sygdom (mikroalbuminuri eller flere risikofaktorer som hypertension, rygning eller arvelig disposition). **Clopidogrel** kan anvendes hvis acetylsalicylsyre ikke tåles.

## SMERTE

Basispræparatet er **paracetamol**. Ved behov for NSAID anbefales **ibuprofen** max 400 mg x 3 dgl i kortest mulig tid til patienter med lav kardiovaskulær risiko. Patienter med høj kardiovaskulær risiko og lav GI-risiko: Vælg evt. **naproxen** (naproxen har lavere kardiovaskulær risiko end ibuprofen, men til gengæld større risiko for GI-bivirkninger).

Vedrørende dyspepsi i forbindelse med NSAID - se under "Mavesyrerelaterede lidelser".

**Oxycodon** (OxyContin) er betydeligt dyrere end **morfin** (Contalgin), og der er ikke forskel i effekt og bivirkninger.

Ved perifere neuropatiske smerter er **TCA** førstevalg. Ved centrale neuropatiske smerter (efter apopleksi eller cerebral skade af anden art) er **lamotrigin** eller **TCA** førstevalg. Ved centrale neuropatiske smerter efter medulla spinalis læsion er førstevalget **gabapentin**.

## MIGRÆNE

**Ibuprofen** anvendes primært til akut behandling ved manglende effekt af **paracetamol**. Ved utilstrækkelig effekt skiftes til **sumatriptan 50 mg** tabletter. Opnås ikke tilstrækkelig effekt af **sumatriptan** ved to af de første tre migræneanfald, gives 100 mg, eller **naproxen** 500 mg forsøges tillagt inden skift til et andet triptan.

Profylaktisk anvendes fx beta-blokkeren **metoprolol-succinat** 150 mg.

## DEPRESSION

Antidepressiva har ikke dokumenteret effekt ved lettere grader af depression (diagnose efter ICD-10).

Hvis ikke **SSRI** har effekt efter optitrering til max. dosis kan der forsøges skift til **venlafaxin** eller **mirtazapin** eller **TCA** (tricyklisk antidepressiva - **nortriptylin**).

## P-PILLER

**Levonorgestrel** er det mest sikre gestagen, og derfor bør P-piller med levonorgestrel (2. generationsgestagen) sædvanligvis være førstevalg til både yngre og ældre kvinder.