

Medicinrådets
lægemiddelrekommandation
vedr. lægemidler til
førstelinjebehandling af
uhelbredelig ikke-småcellet
lungekræft

IKKE LÆNGERE
GÆLDENDE
Rek

Om Medicinrådets behandlingsvejledninger

Formålet med Medicinrådets behandlingsvejledninger er at vurdere, hvilke lægemidler der ud fra en samlet klinisk og økonomisk betragtning er mest hensigtsmæssige at behandle patienter med inden for et sygdomsområde.

Behandlingsvejledningen indeholder Medicinrådets kliniske vurdering af de lægemidler, der kan sammenlignes, inden for et sygdomsområde. Relevante overvejelser er typisk:

- Hvilke lægemidler udgør den bedste behandling, og betragtes nogle af dem som ligeværdige alternativer til den relevante patientgruppe?
- Hvilke patienter kan behandles med lægemidlerne?

Desuden adresserer behandlingsvejledningen, hvilke kriterier der er for anvendelse af lægemidlerne:

- Kriterier for opstart af behandling.
- Kriterier for skift af behandling.
- Kriterier for stop eller dosisjustering af behandling.

Medicinrådets behandlingsvejledning inkluderer følgende dokumenter: protokol, evidensgennemgang og opsummering. På baggrund af behandlingsvejledningen kan Medicinrådet udarbejde en evt. omkostningsanalyse og *lægemiddelrekommandation*.

Om Medicinrådets lægemiddelrekommandation

Medicinrådets lægemiddelrekommandationer er at betragte på linje med anbefalinger af nye lægemidler. Det vil sige, at et lægemiddel, som er inkluderet i behandlingsvejledningen, først er at betragte som anbefalet af Medicinrådet, når det fremgår af en lægemiddelrekommandation.

Rekommandationerne er udarbejdet på baggrund af det kliniske sammeligningsgrundlag for de lægemidler, som Medicinrådet har vurderet er ligestillede for det givne sygdomsområde og en evt. omkostningsanalyse. I rekommandationen er de klinisk ligestillede lægemidler rangeret baseret på de samlede omkostninger til lægemidlerne.

Se [Metodevejledning for Medicinrådets vurdering af flere lægemidler inden for samme sygdomsområde](#) for yderligere information på Medicinrådets hjemmeside.

Dokumentoplysninger

Godkendelsesdato 19. november 2025

Ikrafttrædelsesdato 1. december 2025

Dokumentnummer 231903

Versionsnummer 4.1

IKKE LÆNGERE
GÆLDENDE

© Medicinrådet, 2025
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sprog: dansk
Format: pdf
Udgivet af Medicinrådet, 20. november 2025

Medicinrådets lægemiddelrekommandation

Medicinrådets lægemiddelrekommandation angiver for førstelinjebehandling af uhelbredelig ikke-småcellet lungekræft, hvilke specifikke lægemidler der med baggrund i pris og effekt er mest hensigtsmæssige at anvende. I lægemiddelrekommandationen er de klinisk ligestillede lægemidler prioriteret ud fra deres lægemiddeludgifter eller totalomkostninger.

Patienter med aktiverende EGFR-mutation

Tabel 1 viser rangeringen af de klinisk ligestillede lægemidler. Tagrisso (osimertinib) er 1. valg til mindst 95 % af patienterne, som opstarter behandling for uhelbredelig ikke-småcellet lungekræft med aktiverende EGFR-mutation. Lægemidlerne i kategorien "overvej" er rangeret ud fra deres lægemiddeludgifter.

Tabel 1. Medicinrådets lægemiddelrekommandation vedrørende patienter med aktiverende EGFR-mutation

Prioriteret rækkefølge af lægemidlerne	Handelsnavn (lægemiddel)	Dosering og dispenseringsform	Behandlingslængde
Anvend som 1. valg til mindst 95 % af patienterne*	Tagrisso (osimertinib)	80 mg oralt 1 gang dagligt	Til progression eller intolerable bivirkninger
Overvej som 2. valg	Erlotinib "Stada"	150 mg oralt 1 gang dagligt	Til progression eller intolerable bivirkninger
Overvej som 3. valg	Gefitinib "Stada"	250 mg oralt 1 gang dagligt	Til progression eller intolerable bivirkninger

*Procentsatsen beskriver den andel af patienterne, der som minimum bør begynde behandling med 1. valget.

Patienter med ALK-translokation

Tabel 2 viser rangeringen af de klinisk ligestillede lægemidler. Lorviqua (lorlatinib) er 1. valg til mindst 75 % af patienterne, som opstarter behandling for ALK-positiv uhelbredelig ikke-småcellet lungekræft. Anbefalingen af lorlatinib gælder kun for patienter med performance status 0-1. For lægemidlerne i kategorien "overvej" er alectinib og brigatinib vurderet klinisk ligestillet, og de er rangeret ud fra deres lægemiddeludgifter. Begge behandlinger er vurderet klinisk mere effektive end crizotinib.

Tabel 2. Medicinrådets lægemiddelrekommandation vedrørende patienter med ALK-translokation

Prioriteret rækkefølge af lægemidlerne	Handelsnavn (lægemiddel)	Dosering og dispenseringsform	Behandlingslængde
Anvend som 1. valg til mindst 75 % af patienterne*	Lorviqua (lorlatinib)**	100 mg oralt 1 gang dagligt	Til progression eller intolerable bivirkninger
Overvej som 2. valg	Alunbrig (brigatinib) [§]	90 mg oralt 1 gang dagligt i 7 dage og derefter 180 mg oralt 1 gang dagligt	Til progression eller intolerable bivirkninger
Overvej som 3. valg	Alecensa (alectinib) [§]	600 mg oralt 2 gange dagligt	Til progression eller intolerable bivirkninger
Overvej som 4. valg	Xalkori (crizotinib)	250 mg oralt 2 gange dagligt	Til progression eller intolerable bivirkninger
Anvend ikke rutinemæssigt	Zykadia (ceritinib)	450 mg oralt 1 gang dagligt	Til progression eller intolerable bivirkninger

*Procentsatsen beskriver den andel af patienterne, der som minimum bør begynde behandling med 1. valget.

**Anbefalingen gælder kun for patienter med performance status 0-1.

[§]Alectinib og brigatinib er vurderet klinisk mere effektive end crizotinib. Alectinib og brigatinib er klinisk ligestillede.

Patienter med ikke-planocellulær NSCLC og PD-L1-ekspression $\geq 50\%$

Tabel 3 viser de klinisk ligestillede lægemidler i kategorien "anvend". Regionerne anbefales at anvende det lægemiddel, der er forbundet med de laveste omkostninger.

Tabel 3. Medicinrådets lægemiddelrekommandation vedrørende patienter med ikke-planocellulær NSCLC og PD-L1-ekspression $\geq 50\%$

Prioriteret rækkefølge af lægemidlerne	Handelsnavn (lægemiddel)	Behandlingslængde
Anvend som 1. valg til mindst 95 % af patienterne*	Keytruda (pembrolizumab) #	Til progression eller intolerable bivirkninger (i maksimalt to år)
	Libtayo (cemiplimab)	
	Tecentriq (atezolizumab)	

*Procentsatsen beskriver den andel af patienterne, der som minimum bør begynde behandling med 1. valget.

#Se Medicinrådets anbefaling angående dosering og administrationsfrekvens af pembrolizumab.

Patienter med planocellulær NSCLC og PD-L1-ekspression $\geq 50\%$

Tabel 4 viser de klinisk ligestillede lægemidler i kategorien "anvend". Regionerne anbefales at anvende det lægemiddel, der er forbundet med de laveste omkostninger.

Tabel 4. Medicinrådets lægemiddelrekommandation vedrørende patienter med planocellulær NSCLC og PD-L1-ekspression $\geq 50\%$

Prioriteret rækkefølge af lægemidlerne	Handelsnavn (lægemiddel)	Behandlingslængde
Anvend som 1. valg til mindst 95 % af patienterne*	Keytruda (pembrolizumab) # Libtayo (cemiplimab) Tecentriq (atezolizumab)	Til progression eller intolerable bivirkninger (i maksimalt to år)

*Procentsatsen beskriver den andel af patienterne, der som minimum bør begynde behandling med 1. valget.

#Se Medicinrådets anbefaling angående dosering og administrationsfrekvens af pembrolizumab.

Patienter med ikke-planocellulær NSCLC og PD-L1-ekspression $\geq 1\%$ og $< 50\%$

Tabel 5 viser de klinisk ligestillede lægemidler i kategorien "anvend". Regionerne anbefales at anvende det lægemiddel, der er forbundet med de laveste omkostninger.

Tabel 5: Medicinrådets lægemiddelrekommandation vedrørende patienter med ikke-planocellulær NSCLC og PD-L1-ekspression $\geq 1\%$ og $< 50\%$

Prioriteret rækkefølge af lægemidlerne	Handelsnavn (lægemiddel)	Behandlingslængde
Anvend som 1. valg til mindst 80 % af patienterne*	Keytruda (pembrolizumab) # i kombination med kemoterapi^ Libtayo (cemiplimab) i kombination med kemoterapi^	Fire serier af pembrolizumab eller cemiplimab i kombination med pemetrexed og carboplatin eller cisplatin, givet hver 3. uge. Pembrolizumab/cemiplimab og pemetrexed eller pembrolizumab/cemiplimab monoterapi kan fortsættes indtil sygdomsprogression, uacceptabel toksicitet eller maksimalt op til 2 år hos patienter uden sygdomsprogression.
Overvej som 2. valg	Platinbaseret kemoterapi^	4-6 behandlingsserier og evt. vedligeholdelsesbehandling

*Procentsatsen beskriver den andel af patienterne, der som minimum bør begynde behandling med 1. valget.

#Se Medicinrådets anbefaling angående dosering og administrationsfrekvens af pembrolizumab.

^Regimer og doseringer af kemoterapi er ikke vurderet i denne behandlingsvejledning. Der henvises til RADS baggrundsnotat fra 2015 og seneste retningslinjer fra Dansk Onkologisk Lungecancer Gruppe (DOLG).

Patienter med planocellulær NSCLC og PD-L1-ekspression $\geq 1\%$ og $< 50\%$

Tabel 6 viser de klinisk ligestillede lægemidler i kategorien "anvend". Regionerne anbefales at anvende det lægemiddel, der er forbundet med de laveste omkostninger.

Tabel 6. Medicinråds lægemiddelrekommendation vedrørende patienter med planocellulær NSCLC og PD-L1-ekspression $\geq 1\%$ og $< 50\%$

Prioriteret rækkefølge af lægemidlerne	Handelsnavn (lægemiddelnavn)	Behandlingslængde
Anvend som 1. valg til mindst 80 % af patienterne*	Keytruda (pembrolizumab) # i kombination med kemoterapi^ Libtayo (cemiplimab) i kombination med kemoterapi^ Tevimbra (tislelizumab) i kombination med kemoterapi^	Fire serier pembrolizumab, cemiplimab el. tislelizumab i kombination med carboplatin el. cisplatin (cemiplimab) hver 3. uge og et taxan. Pembrolizumab/cemiplimab/tislelizumab monoterapi kan fortsættes i op til 35 serier til progression eller intolerable bivirkninger.
Overvej som 2. valg	Platinbaseret kemoterapi^	4-6 behandlingsserier

*Procentsatsen beskriver den andel af patienterne, der som minimum bør begynde behandling med 1. valget.

#Se Medicinrådets anbefaling angående dosering og administrationsfrekvens af pembrolizumab.

^Regimer og doseringer af kemoterapi er ikke vurderet i denne behandlingsvejledning. Der henvises til RADS baggrundsnotat fra 2015 og seneste retningslinjer fra Dansk Onkologisk Lungecancer Gruppe (DOLG).

Patienter med ikke-planocellulær NSCLC og PD-L1-ekspression $< 1\%$

I Tabel 7 er Keytruda (pembrolizumab) i kombination med kemoterapi 1. valg til mindst 80 % af patienterne.

Tabel 7. Medicinråds lægemiddelrekommendation vedrørende patienter med ikke-planocellulær NSCLC og PD-L1-ekspression $< 1\%$

Prioriteret rækkefølge af lægemidlerne	Handelsnavn (lægemiddelnavn)	Behandlingslængde
Anvend som 1. valg til mindst 80 % af patienterne*	Keytruda (pembrolizumab) # i kombination med kemoterapi^	Fire serier af pembrolizumab i kombination med pemetrexed og carboplatin eller cisplatin, givet hver 3. uge. Pembrolizumab og pemetrexed eller pembrolizumab monoterapi kan fortsættes indtil sygdomsprogression, uacceptabel toksicitet eller maksimalt op til 2 år hos patienter uden sygdomsprogression.
Overvej som 2. valg	Platinbaseret kemoterapi^	4-6 behandlingsserier og evt. vedligeholdelsesbehandling

*Procentsatsen beskriver den andel af patienterne, der som minimum bør begynde behandling med 1. valget.

#Se Medicinrådets anbefaling angående dosering og administrationsfrekvens af pembrolizumab

^Regimer og doseringer af kemoterapi er ikke vurderet i denne behandlingsvejledning. Der henvises til RADS baggrundsnotat fra 2015 og seneste retningslinjer fra Dansk Onkologisk Lungecancer Gruppe (DOLG).

Patienter med planocellulær NSCLC og PD-L1-ekspression < 1 %

I Tabel 8 er Opdivo (nivolumab) i kombination med Yervoy (ipilimumab) 1. valg til mindst 75 % af patienterne.

Tabel 8. Medicinråds lægemiddelrekommandation vedrørende patienter med planocellulær NSCLC og PD-L1-ekspression < 1 %

Prioriteret rækkefølge af lægemidlerne	Handelsnavn (lægemiddelnavn)	Dosering og dispenseringsform	Behandlingslængde
Anvend som 1. valg til mindst 75 % af patienterne*	Opdivo (nivolumab) i kombination med Yervoy (ipilimumab)	Nivolumab 360 mg hver 3. uge som intravenøs infusion i kombination med ipilimumab 1 mg/kg hver 6. uge som intravenøs fusion og to cykler af platinbaseret kemoterapi hver 3. uge. Efter de to cykler kemoterapi fortsætter behandling med 360 mg nivolumab hver 3. uge i kombination med 1 mg/kg ipilimumab hver 6 uge.	Behandling med nivolumab i kombination med ipilimumab fortsættes indtil sygdomsprogression, uacceptabel toksicitet eller maksimalt op til 2 år hos patienter uden sygdomsprogression.
Overvej som 2. valg	Platinbaseret kemoterapi^		4-6 behandlingsserier og evt. vedligeholdelsesbehandling

*Procentsatsen beskriver den andel af patienterne, der som minimum bør begynde behandling med 1. valget.

^Regimer og doseringer af kemoterapi er ikke vurderet i denne behandlingsvejledning. Der henvises til RADS baggrundsnotat fra 2015 og seneste retningslinjer fra Dansk Onkologisk Lungecancer Gruppe (DOLG).

Baggrund

Medicinrådets lægemiddelrekommandation vedrørende førstelinjebehandling af patienter med uhelbredelig ikke-småcellet lungekræft er baseret på følgende dokumenter, som er tilgængelige på [Medicinrådets hjemmeside](#).

- Opsummering af Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende lægemidler til førstelinjebehandling af uhelbredelig ikke-småcellet lungekræft - version 2.2
- Omkostningsanalyse vedrørende ligestillede lægemidler til førstelinjebehandling af uhelbredelig ikke-småcellet lungekræft hos patienter med PD-L1-ekspression $\geq 50\%$ - version 1.0

I omkostningsanalysen er de behandlingsrelaterede omkostninger opgjort for de ligestillede lægemidler under "anvend" i til førstelinjebehandling af uhelbredelig ikke-småcellet lungekræft hos patienter med PD-L1-ekspression $\geq 50\%$ (Tabel 3 og 4).

I opsummeringen i afsnittet om "øvrige forhold" findes en beskrivelse af:

- Kriterier for opstart af behandling
- Skift mellem præparater
- Kriterier for seponering eller dosisjustering
- Monitorering af behandling.

Baggrundsdokumenter er udarbejdet i samarbejde med Medicinrådets fagudvalg vedr. lungekræft. Fagudvalgets sammensætning kan ses på hjemmesiden [Medicinrådets hjemmeside](#).

Versionslog

Versionslog		
Version	Dato	Ændring
4.1	19. november 2025	Lægemiddelrekommandationen er opdateret som følge af Medicinrådets direkte indplacering af tislelizumab i kombination med kemoterapi til behandling af patienter med planocellulær NSCLC og PD-L1-ekspression $\geq 1\%$ og $< 50\%$ (Tabel 6).
4.0	16. september 2025	Opdateret efter Amgros' udbud på lægemidler til patienter med ALK-translokation samt opdatering af Medicinrådets opsummering. Til patienter med ALK-translokation er lorlatinib nyt 1. valg (tabel 2), og efterlevelsesholdningen er ændret fra 95 til 75 %. Det skyldes, at anbefalingen af lorlatinib kun gælder patienter med performance status 0-1 og risiko for bivirkninger. Brigatinib og alectinib er rykket fra 'anvend' til 'overvej', og er nu hhv. 2. valg og 3. valg. Dokumentet er opdateret til nyt format.
3.2	5. juli 2024	Lægemiddelrekommandationen er opdateret på baggrund af åbning af prisregulering fra Amgros på atezolizumab, cemiplimab, nivolumab og pembrolizumab. Ingen ændring i rækkefølgen af lægemidler.
3.1	4. marts 2024	Lægemiddelrekommandation 3.0 er opdateret med resultatet af Amgros udbud angivet i lægemiddelrekommandation version 2.2.
3.0	4 marts 2024	Lægemiddelrekommandation 2.1 er opdateret som følge af Medicinrådets direkte indplacering af cemiplimab i kombination med kemoterapi til patienter med PD-L1-ekspression $\geq 1\%$, hvor Medicinrådet anbefaler, at cemiplimab i kombination med kemoterapi ligestilles med pembrolizumab i kombination med kemoterapi til patienter med PD-L1-ekspression $\geq 1\%$ og $< 50\%$.
2.2	5. januar 2024	Lægemiddelrekommandation er opdateret på baggrund af nyt Amgros-udbud på lægemidler til targeterede behandlinger til patienter med ALK- og EGFR-mutationer. Ingen ændring i rækkefølgen af lægemidler. Erlotinib "Stada" erstatter Erlotinib "Teva". Gefitinib "Stada" erstatter Gefitinib "Accord" i Tabel 1.

Versionslog

2.1	16. oktober 2023	Lægemiddelrekommendationen er opdateret på baggrund af nyt udbud fra Amgros og som følge af Medicinrådets anbefaling af nivolumab i kombination med ipilimumab og begrænset kemoterapi som førstelinjebehandling af uhelbredelig ikke-småcellet lungekræft til patienter med planocellulær lungekræft og PD-L1-ekspression < 1 %.
2.0	21. december 2022	Lægemiddelrekommendationen er opdateret som følge af Medicinrådets direkte indplacering af lorlatinib i behandlingsvejledningen vedr. lægemidler til førstelinjebehandling af uhelbredelig ikke-småcellet lungekræft. Medicinrådet anbefaler, at lorlatinib ligestilles med alectinib og brigatinib som førstelinjebehandling til patienter med ikke-småcellet lungekræft og ALK-translokation. Efter Amgros' udbud er lorlatinib indplaceret som 3. valg. Der er ikke ændringer for andre populationer.
1.9	29. april 2022	Version 1.9 er gældende fra 1. maj 2022. Version 1.9 er en sammenlægning af version 1.8 (opdatering vedr. immunterapi gældende pr. 1. april 2022) og version 1.7 (EGFR og ALK-opdatering gældende pr. 1. maj 2022). For at gøre indholdet overskueligt sammenlægges version 1.8 og 1.7 i ét dokument og indeholder således ikke nye oplysninger.
1.8	23. marts 2022	Rekommendationen vedr. patienter med ikke-planocellulær/planocellulær NSCLC og PD-L1-ekspression ≥ 50 % er opdateret på baggrund af nyt Amgrosudbud/prisregulering vedr. immunterapi gældende fra 1. april 2022. Der er indsat tekst om Medicinrådets omkostningsanalyse og Amgros' beregningsmodel. Tabel 1 og tabel 2 er tilsvarende version 1.6, da den version gælder indtil 30. april 2022.
1.7	20. januar 2022	Rekommendationen er opdateret på baggrund af nyt Amgrosudbud gældende fra 1. maj 2022. Tagrisso er fortsat 1. valg ved EGFR-hæmmere (tabel 1). Erlotinib "Medical Valley" er ændret til Erlotinib "Teva" og Gefitinib "Stada" er ændret til Gefitinib "Accord". Lægemidlet afatinib markedsføres pr. 10/1-2022 ikke længere på det danske marked. I tabel 1 for patienter med aktiverende EGFR-mutation er afatinib, oral, 40 mg × 1 dgl. derfor fjernet i "2. valg".

Versionslog

		Alunbrig (brigatinib) er nu 1. valg til patienter med ALK-translokation og ikke-småcellet lungekræft (tabel 2). I behandlingsvejledningen tabel 11 og 12 vedr. patienter med ikke-planocellulær/planocellulær NSCLC og PD-L1-ekspression $\geq 50\%$ er anbefalingerne opdateret, så de nu også inkluderer atezolizumab og cemiplimab. I tabel 3 og tabel 4 vedr. patienter med ikke-planocellulær/planocellulær NSCLC og PD-L1-ekspression $\geq 50\%$ er de ligestillede lægemidler kun oplistet alfabetisk, da udbud/prisregulering for immunterapi er i gang og endnu ikke afsluttet ved denne opdatering. Forventes opdateret marts 2022.
1.6	23. juni 2021	For klinisk spørgsmål 1 er 1. valget Tagrisso (Orifarm) ændret til Tagrisso efter udbud fra Amgros.
1.5	23. juni 2021	Lægemiddelrekommandationen er opdateret på baggrund af Medicinrådets anbefaling af brigatinib som førstelinjebehandling til ALK-positiv ikke-småcellet lungekræft og tillægget til Medicinrådets behandlingsvejledning, version 1.1, der blev offentliggjort 31. maj 2021. Brigatinib er nu 2. valg til ALK-positiv ikke-småcellet lungekræft.
1.4	24. februar 2021	Lægemiddelrekommandationen er opdateret som følge af Medicinrådets anbefalinger vedr. pembrolizumab i kombination med kemoterapi. Pembrolizumab i kombination med kemoterapi erstatter platinbaseret kemoterapi som 1. valg til patienter med planocellulær NSCLC og PD-L1-ekspression $\geq 1\%$ og $< 50\%$ (tabel 6) og patienter med ikke-planocellulær NSCLC og PD-L1-ekspression $< 1\%$ (tabel 7). Tilsvarende er tabel 14 og 15 opdateret.
1.3	26. august 2020	Handelsnavne for EGFR-hæmmere er ændret på baggrund af et nyt udbud fra Amgros.
1.2	10. februar 2020	Medicinrådet har i protokollen tilføjet et klinisk spørgsmål 10 angående administrationsfrekvens af pembrolizumab. Medicinrådets baggrund for behandlingsvejledning og lægemiddelrekommandationen er blevet tilrettet herefter.
1.1	5. november 2019	For patienter med ikke-planocellulære tumorer er det præciseret, at platinbaseret kemoterapi omfatter evt. vedligeholdelsesbehandling.
1.0	23. oktober 2019	Godkendt af Medicinrådet.

IKKE LÆNGERE
GÆLDENDE

Medicinrådets sekretariat

Medicinrådet Dampfærgevej 21-23, 3. sal
2100 København Ø

+ 45 70 10 36 00

medicinraadet@medicinraadet.dk

www.medicinraadet.dk