

Opsummering af Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende antidiabetika til type 2-diabetes

Medicinrådets behandlingsvejledning

Beh



Om Medicinrådets behandlingsvejledning

Medicinrådets behandlingsvejledning omhandler den blodsukkersænkende behandling og supplerer de fælles retningslinjer for farmakologisk behandling af type 2-diabetes fra Dansk Endokrinologisk Selskab (DES) og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM).

I denne opsummering præsenteres de kliniske anbefalinger for valg af blodsukkersænkende lægemidler, som Medicinrådets evidensgennemgang har ført frem til. (LINK). I evidensgennemgangen redegør Medicinrådet for, hvilke lægemidler der er 'klinisk ligestillede' på baggrund af effekt, bivirkninger og evt. praktiske forhold. Lægemidlerne vurderes både på enkeltstof og klasseniveau. En ligestilling betyder, at størstedelen (80-90 %) af patienterne bliver behandlet lige godt, uanset hvilket af de ligestillede lægemidler, som patienterne behandles med. Der er således fortsat plads til individuel klinisk vurdering af den enkelte patient.

De lægemidler som Medicinrådet vurderer som klinisk 'ligestillede' vil efterfølgende blive rangeret efter pris i Medicinrådets nationale basisliste.

Medicinrådets vurdering er baseret på en protokol med forhåndsdefinerede grænser for, hvornår statistisk signifikante forskelle mellem lægemidler også er klinisk relevante. I praksis er den mindste klinisk relevante forskel defineret som den absolutte risikoreduktion (ARR) eller den gennemsnitlige ændring i effektmålet sammenlignet mellem lægemidlerne.

Dokumentoplysninger

Godkendelsesdato	1. september 2026
-------------------------	-------------------

Dokumentnummer	245631
-----------------------	--------

Versionsnummer	2.1
-----------------------	-----

© Medicinrådet, 2026
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sprog: dansk
Format: pdf
Udgivet af Medicinrådet, 1. september 2026



Den opdaterede udgave i 2026

Medicinrådets første behandlingsvejledning fra 2021 havde primært fokus på det rationelle valg af 2. antidiabetikum i tillæg til metformin, da Medicinrådet så behov for klare og ensrettede retningslinjer herfor.

Version 2.0 fra maj 2026 (og version 2.1 fra august 2026) er opdateret med indplacering af nye lægemidler og data for nye kliniske endepunktsstudier. Herudover er definitionen af subgruppen 'Patienter med meget høj risiko for hjertekarsygdom' revideret pga. ændring i dansk klinisk praksis.

I opdateringen i 2026 er der også fokus på om tillæg af 3. eller 4. lægemiddel kan medføre en additiv organbeskyttende effekt. Herunder kombinationen af natrium-glukose co-transporter 2 (SGLT2)-hæmmere med enten en glukagonlignende-peptid-1-receptoragonist (GLP-1RA) eller glukose-afhængigt insulinotropisk polypeptid/ glukagonlignende-peptid-1receptoragonist (GIP/ GLP-1RA).

Opdatering i 2026 har medført følgende ændringer

Indplacering af nye lægemidler:

- Tirzepatid (GIP/GLP-1RA) kan anvendes som et ligestillet alternativ til GLP-1RA.
- Insulin icodec (basalinsulin til ugentlig injektion) kan overvejes som alternativ til basalinsuliner med daglig injektion, medmindre der er forhold hos patienten, der kan gøre brugen usikker såsom skrøbelighed, hukommelsesbesvær, nedsat evne til at reagere på hypoglykæmi, svingende fødeindtag eller svingende aktivitetsniveau.

Ændring af tidligere anbefalinger for lægemidlerne:

- SU-stof er ikke længere ligestillet med de øvrige lægemidler til 'patienter uden komorbiditet' og rykker generelt længere ned i behandlings-algoritmerne pga. risikoen for hypoglykæmi (uddybet i Boks 1).
- SGLT-2-hæmmer i kombination med enten GIP/GLP-1RA eller GLP-1RA kan nu overvejes ved behov for yderligere reduktion i HbA1c til 'Patienter med erkendt hjertekar- eller nyresygdom' med det formål at opnå en additiv hjertebeskyttende effekt.

Ændring iht. dansk klinisk praksis:

- Subgruppen 'Patienter med meget høj risiko for hjertekarsygdom' er nu defineret som en 10 års risiko for en større kardiovaskulær hændelse på $\geq 20\%$ vurderet med SCORE-2-Diabetes. Den erstatter tidligere definition 'mindst 3 risikofaktorer'.



Behandling af type 2-diabetes

Målet med behandlingen af type 2-diabetes er at opnå symptomfrihed samt at nedsætte risikoen for senkomplikationer og tidlig død. Herunder kardiovaskulær sygdom, nyresygdom og diabetisk nerve- og øjenssygdom. Behandlingen er både non-farmakologisk (livsstilsintervention mv.) og farmakologisk. Den farmakologiske behandling omfatter blodsukkersænkende, lipidsænkende, blodtrykssænkende og evt. antitrombotisk behandling.

Formålet med den blodsukkersænkende behandling med antidiabetika er at nå det glykæmiske behandlingsmål (HbA1c), med henblik på at forebygge alvorlige mikrovaskulære komplikationer. Nogle lægemidler har herudover en hjerte- eller nyrebeskyttende effekt.

Det glykæmiske behandlingsmål for patienten fastsættes efter nedenstående tabel fra DES/DSAM's behandlingsvejledning.

Tabel 1.1. Vejledende mål for HbA1c fra DES/DSAM's behandlingsvejledning

HbA1c	Population
≤ 48 mmol/mol	Bør tilstræbes, hvor det er gennemførligt uden større risiko for hypoglykæmi. Dette anses for at være vigtigt for forebyggelsen af komplikationer på lang sigt.
≤ 53 mmol/mol	Senere i forløbet kan en stram kontrol blive tiltagende vanskelig, og der må sættes individuelle mål for behandlingen, hvor risikoen for hypoglykæmi og det realistisk opnåelige opvejes overfor risikoen for diabetiske senkomplikationer.
≤ 58 mmol/mol	Hos skrøbelige patienter (lang diabetesvarighed, fremskreden alder, megen komorbiditet) og ved svingende blodglukose, hvor polyfarmaci inkluderer lægemidler med risiko for hypoglykæmi.
58-70 mmol/mol	Hos patienter, hvor det primære behandlingsmål er symptomfrihed, kan et HbA1c på 58-70 mmol/mol være acceptabelt.

Den sidste kategori omfatter den gruppe af skrøbelige, ældre patienter, hvor behandlingsmålet primært er symptomfrihed, pga. kort forventet restlevetid. Herunder undgå hypoglykæmi og symptomgivende hyperglykæmi. Derfor kan et HbA1c mellem 58-70 mmol/mol være acceptabelt.



Valg af lægemiddel

Når to eller flere lægemidler eller lægemiddelklasser er angivet som ligestillede for en given patientpopulation, har Medicinrådet vurderet, at der for størstedelen af patienterne ikke er klinisk relevante forskelle i effekt, bivirkninger eller praktiske forhold. Disse lægemidler anses derfor som lige gode. Når et lægemiddel er angivet som 'overvej' eller 'anvend ikke rutinemæssigt', kan det fx være fordi det er mindre effektivt eller der kan være bekymringer omkring sikkerheden for nogle patientgrupper (fx ældre).

Følgende afsnit viser, hvilke lægemidler der er klinisk ligestillede i de prædefinerede subpopulationer.

- Patienter uden komorbiditet eller andre særlige risikofaktorer
- Patienter med meget høj risiko for (men endnu uden erkendt) hjertekarsygdom
- Patienter med erkendt hjertekarsygdom
- Patienter med erkendt nyresygdom
- Patienter med svær overvægt (BMI > 30)
- Ældre patienter (> 75 år) eller patienter med langvarig diabetes (> 20 år).

Patienter i kategorien 'meget høj risiko for hjertekarsygdom' er defineret med en 10 års risiko for kardiovaskulær hændelse på $\geq 20\%$ vurderet med SCORE2-diabetes. Denne erstatter den tidligere definition, hvor meget høj risiko for hjertekarsygdom er defineret ved 'mindst tre risikofaktorer'.

Boks 1. Generelt for alle anbefalinger gælder

I alle tabeller er rækkefølgen af lægemiddelklasser angivet alfabetisk (uprioriteret)

SU-stoffer anbefales ikke til patienter, som har risikofaktorer for at udvikle hypoglykæmi. Risikofaktorer er:

- alder over 75 år eller langvarig diabetes (> 20 år)
- alkoholoverforbrug
- nedsat nyrefunktion
- småtspisende.

Kombiner ikke DPP-4-hæmmer med GIP/GLP-1RA eller GLP-1RA pga. overlappende virkningsmekanismer.



Patienter uden komorbiditet eller andre særlige risikofaktorer

Patientgruppen omfatter patienter, som ikke har nået behandlingsmålet for HbA1c med en SCORE2-Diabetes < 20 % (fra lav til høj risiko for hjertekarsygdom).

- Anvend ét af de ligestillede lægemidler i Tabel 1.2, i tillæg til metformin.
- Overvej SU-stof til patienter uden risikofaktorer for at udvikle hypoglykæmi (se Boks 1).

Tabel 1.2. Klinisk ligestillede lægemidler til 'patienter uden komorbiditet'

	Lægemiddelklasser	Lægemidler
Anvend et af følgende ligestillede lægemidler i tillæg til metformin	DPP-4-hæmmer ¹	Alogliptin, linagliptin, saxagliptin, sitagliptin
	GIP/GLP-1RA	Tirzepatid
	GLP-1RA	Dulaglutid, liraglutid, semaglutid oral og s.c.
	SGLT-2-hæmmer	Canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin
Overvej	SU-stof	Gliclazid, glimepirid

1. Kombiner ikke DPP-4-hæmmer med GIP/GLP-1RA eller GLP-1RA pga. overlappende virkningsmekanismer.

Patienter med meget høj risiko for (men endnu uden erkendt) hjertekarsygdom

Patientgruppen omfatter patienter med meget høj risiko for (men endnu uden erkendt) hjertekarsygdom, som har behov for yderligere reduktion i HbA1c. Meget høj risiko for hjertekarsygdom defineres som en 10 års risiko for en større kardiovaskulær hændelse på mindst 20 % vurderet med SCORE2-Diabetes.

- Anvend enten GIP/GLP-1RA, GLP-1RA eller SGLT-2-hæmmer i tillæg til metformin med henblik på både yderligere reduktion af HbA1c og hjertebeskyttende effekt.
- Overvej tillæg af DPP-4-hæmmer til SGLT-2 hæmmer ved behov for yderligere reduktion i HbA1c.
- Anvend ikke rutinemæssigt SU-stof til patienter med risikofaktorer for at udvikle hypoglykæmi (se Boks 1).

Tabel 1.3. Klinisk ligestillede lægemidler til 'patienter med meget høj risiko for hjertekarsygdom'

	Lægemiddelklasser	Lægemidler
Anvend et af følgende ligestillede lægemidler i tillæg til metformin	GIP/GLP-1RA	Tirzepatid
	GLP-1RA	Dulaglutid, liraglutid, semaglutid oral og s.c.
	SGLT-2-hæmmer	Canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin
Overvej	DPP-4-hæmmer ¹	Alogliptin, linagliptin, saxagliptin, sitagliptin
Anvend ikke rutinemæssigt	SU-stof	Gliclazid glimepirid

1. Kombiner ikke DPP-4-hæmmer med GIP/GLP-1RA eller GLP-1RA pga. overlappende virkningsmekanismer.



Patienter med erkendt hjertekarsygdom

Patientgruppen omfatter patienter med iskæmisk hjertekarsygdom og/eller hjertesvigt.

Patienter med iskæmisk hjertesygdom:

- Anvend GIP/GLP-1RA, GLP-1RA eller SGLT-2-hæmmer med henblik på at forebygge yderligere alvorlige kardiovaskulære hændelser, uanset om patienten får metformin eller er i mål for HbA1c. Tillæg af metformin kan ske samtidigt eller efterfølgende.
- Overvej tillæg af DPP-4-hæmmer til SGLT-2 hæmmer, hvis der er behov for yderligere reduktion af HbA1c.
- Overvej at kombinere SGLT-2-hæmmer med GIP/GLP-1RA eller GLP-1RA ved behov for yderligere reduktion i HbA1c og med henblik på også at opnå en additiv forebyggende kardiovaskulær effekt.
- Anvend ikke rutinemæssigt SU-stof til patienter med risikofaktorer for at udvikle hypoglykæmi (se Boks 1).

Patienter med hjertesvigt (NYHA klasse II-IV):

- Anvend SGLT-2-hæmmer med henblik på at forebygge forværring af hjertesvigt uanset om patienten får metformin eller er i mål for HbA1c.
- Overvej tillæg af enten GIP/GLP-1RA, GLP-1RA **eller** DPP-4 hæmmer, hvis der er behov for yderligere reduktion af HbA1c.
- Anvend ikke rutinemæssigt SU-stof til patienter med risikofaktorer for at udvikle hypoglykæmi (se Boks 1).

Tabel 1.4. Klinisk ligestillede lægemidler til 'patienter med erkendt hjertekarsygdom'

	Lægemiddelklasser	Lægemidler
Anvend et af følgende ligestillede lægemidler (i evt. tillæg til metformin)	GIP/GLP-1RA	Tirzepatid
	GLP-1RA	Dulaglutid, liraglutid, semaglutid oral og s.c.
	SGLT-2-hæmmer*	Canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin
Overvej	DPP-4-hæmmer ¹	Alogliptin, linagliptin, saxagliptin**, sitagliptin
Anvend ikke rutinemæssigt	SU-stof	Gliclazid glimepirid

Patienter med hjertesvigt: *Anvend SGLT-2-hæmmer frem for GIP/GLP-1RA eller GLP-1RA. **Anvend ikke saxagliptin.

1. Kombiner ikke DPP-4-hæmmer med GIP/GLP-1RA eller GLP-1RA pga. overlappende virkningsmekanismer.



Patienter med erkendt nyresygdom

Patientgruppen omfatter patienter med kronisk nyresygdom defineret som nedsat eGFR (< 60 ml/min/1,73 m²) og/eller albuminuri (> 30 mg/g).

- Anvend SGLT-2-hæmmer med henblik på at forebygge yderligere progression af nyresygdom og uanset om patienten får metformin eller er i mål for HbA1c. Tillæg af metformin kan ske samtidigt eller efterfølgende.
- Overvej GIP/GLP-1RA eller GLP-1RA, som alternativ nyrebeskyttende lægemiddel, hvis patienten ikke kan tåle SGLT-2-hæmmer.
- Overvej tillæg af DPP-4-hæmmer til SGLT-2 hæmmer, hvis der er behov for yderligere reduktion af HbA1c.
- Overvej at kombinere SGLT-2-hæmmer med enten GIP/GLP-1RA eller GLP-1RA ved behov for yderligere reduktion i HbA1c og med henblik på også at opnå en additiv hjertebeskyttende effekt.
- Anvend ikke rutinemæssigt SU-stof ved nyresygdom (se Boks 1 og tabel 1.7).

Tabel 1.5. Klinisk ligestillede lægemidler til 'patienter med erkendt nyresygdom'

	Lægemiddelklasser	Lægemidler
Anvend et af følgende ligestillede lægemidler (i evt. tillæg til metformin)	SGLT-2-hæmmer	Canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin
Overvej	GIP/GLP-1RA	Tirzepatid
	GLP-1RA	Dulaglutid, liraglutid, semaglutid oral og s.c.
	DPP-4-hæmmer ¹	Alogliptin, linagliptin, saxagliptin, sitagliptin
Anvend ikke rutinemæssigt	SU-stof	Gliclazid, glimepirid

1. Kombiner ikke DPP-4-hæmmer med GIP/GLP-1RA eller GLP-1RA pga. overlappende virkningsmekanismer.

Patienter med svær overvægt (BMI > 30 kg/m²)

- Anvend et af de ligestillede lægemidler i tabel 1.2-1.5, i tillæg til metformin, som diabetesbehandling, til patienter med type 2-diabetes og svær overvægt (BMI > 30 kg/m²), afhængig af patientens øvrige risikofaktorer.

Ældre patienter (> 75 år) eller patienter med langvarig diabetes (> 20 år)

- Anvend et af de ligestillede lægemidler i tabel 1.2-1.5, i tillæg til metformin, afhængig af patientens øvrige risikofaktorer.
- Anvend ikke SU-stoffer til patienter over 75 år pga. øget risiko for svær hypoglykæmi.



Valg mellem basalinsuliner

DES/DSAM's behandlingsvejledning redegør for mulige indikationer for at påbegynde insulinbehandling, hvordan denne initieres, samt hvornår skift mellem basalinsuliner og andre insulinregimer er relevant.

Følgende viser Medicinrådets vurdering af, hvilke basalinsuliner der er klinisk ligestillede for de prædefinerede subpopulationer.

Opstart af insulinbehandling

- Anvend et af de ligestillede basalinsuliner i tabel 1.6. Også til patienter over 75 år, patienter med svær overvægt (BMI > 30 kg/m²), og patienter, der har behov for en høj dosis (> 1 IE/kg/døgn).
- Overvej ugentligt administreret insulin medmindre der er forhold hos patienten, der kan gøre brugen usikker såsom skrøbelighed, hukommelsesbesvær, nedsat evne til at reagere på hypoglykæmi, svingende fødeindtag eller svingende aktivitetsniveau.

Overvejelser ift. skift af insulinpræparat

- Overvej skift fra øvrige basalinsuliner til insulin degludec hos patienter, der oplever gentagne tilfælde af svær hypoglykæmi, på trods af relevant dosisjustering af eksisterende insulinbehandling.
- Ved følgende skift skal døgndosis reduceres med ca. 20 %:
 - Fra insulin detemir til insulin glargin 100 IE/ml
 - Fra insulin glargin 300 IE/ml til insulin glargin 100 IE/ml
 - Fra NPH insulin (kun ved dosering x 2) til glargin 100 IE/ml.

Tabel 1.6. Klinisk ligestillede basalinsuliner

	Lægemidler	Dosisinterval
Anvend et af følgende ligestillede lægemidler til insulinnaive patienter	Insulin degludec 100 eller 200 IE/ml	1 gang daglig
	Insulin detemir 100 IE/ml x 1-2*	1-2 gange daglig
	Insulin glargin 100 eller 300 IE/ml	1 gang daglig
	NPH insulin (Isophaninsulin) 100 IE/ml*	2 gange daglig
Overvej	Insulin Icodec 700 IE	1 gang ugentlig

*Insulatard og Levimir udfases i 2026.



Kriterier for seponering hos ældre patienter

Ved ønske om reduktion af lægemiddelbehandlingen hos ældre skrøbelige patienter og/eller patienter med kort forventet restlevetid, hvor det primære formål med behandlingen er symptomfrihed, foreslår Medicinrådet:

1. Seponer lægemidler, som udgør en betydende aktuel bivirkningsmæssig problemstilling (fx hypoglykæmi) (se Tabel 1.7).
2. Overvej seponering af blodssukkersænkende lægemidler, hvor det primære formål med behandling er en organbeskyttende effekt.

Tabel 1.7. Anbefalinger for pausering og seponering af blodssukkersænkende lægemidler

Stofgruppe	Problemstilling(er)	Anbefalinger
Metformin	Diarré og dehydratio Risiko for laktacidose ved akut sygdom eller nyresvigt	Pauser ved kvalme/opkastning og akut sygdom
	Nedsat nyrefunktion	Seponer ved eGFR < 30 ml/min
SU-stof	Risiko for hypoglykæmi ved stram kontrol og/eller svigtende fødeindtagelse og/eller nedsat nyrefunktion	Seponer ved svær (assistancekrævende) hypoglykæmi
		Seponer ved eGFR < 30 ml/min og vær obs på hypoglykæmi ved eGFR < 60 ml/min
SGLT-2-hæmmer	Recidiverede genitale svampeinfektioner/evt. urinvejsinfektioner	Overvej at seponere ved recidiverende tilfælde af genitale svampeinfektioner/urinvejsinfektioner
	I sjældne tilfælde normoglykæmisk ketoacidose	Pause ved kvalme/opkastning og akut sygdom
	Nedsat nyrefunktion medfører nedsat glykæmisk effekt, men bevaret organbeskyttelse	Undlad at påbegynde ved eGFR < 20 ml/min
GLP-1RA GIP/GLP-1RA	Vedvarende nedsat appetit og kvalme/opkastninger	Seponer i tilfælde af vedvarende gastrointestinale bivirkninger
	Uhensigtsmæssigt vægttab	Seponer ved uhensigtsmæssigt vægttab, sarkopeni og nedsat fødeindtag
Basal insulin	Risiko for hypoglykæmi ved stram kontrol og/eller svigtende fødeindtagelse	Overvej at seponere ved ≤ 10 IE med mindre ophørt egen insulinproduktion
Hurtigtvirkende (korrektions-) insulin	Risiko for hypoglykæmi ved stram kontrol og/eller svigtende fødeindtagelse	Overvej at seponere



Klinisk sammenligningsgrundlag

Doser i tabellen er baseret på de anvendte doser i kliniske endepunktsstudier og anvendes kun til at sammenligne priserne mellem lægemidlerne. Når der er anført to doser, anvendes gennemsnittet som udgangspunkt for prissammenligningen.

Lægemidler	Handelsnavne	Administration	Sammenligningsdosis	
SU-stoffer (A10BB)				
Gliclazid	Diamcron Uno	Daglig oral	3 mg	
Glimepirid	Amaryl	Daglig oral	30 mg	
DPP4-hæmmere (A10BH)				
Alogliptin	Vipidia	Daglig oral	25 mg	
Linagliptin	Trajenta	Daglig oral	5 mg	
Saxagliptin	Onglyza	Daglig oral	5 mg	
Sitagliptin	Januvia, Xelevia	Daglig oral	100 mg	
SGLT-2-hæmmere (A10BK)				
Canagliflozin	Invokana	Daglig oral	100 el. 300 mg	
Dapagliflozin	Forxiga	Daglig oral	10 mg	
Empagliflozin	Jardiance	Daglig oral	10 el 25 mg	
GLP-1RA (A10BJ)				
Dulaglutid	Trulicity	Ugentlig injektion	1,5 mg	pr. uge
Liraglutid	Victoza	Daglig injektion	1,8 mg	
Semaglutid	Ozempic	Ugentlig injektion	0,5 el. 1 mg	pr. uge
	Rybelsus	Daglig oral	7 el. 14 mg	
	Rybelsus Ny	Daglig oral	4 el. 9 mg	
GIP/GLP-1RA (A10BX)				
Tirzepatid	Mounjaro Ny	Ugentlig injektion	10 el. 15 mg pr. uge	



Lægemidler	Handelsnavne	Administration	Sammenligningsdosis
Basalinsuliner (middel/langtidsvirkende human insulin og langtidsvirkende insulinanaloger)			
Basalinsuliner doseres individuelt. De angivne <i>eksempler</i> på sammenlignelige doser gælder kun inden for denne lægemiddelklasse og anvendes alene til at sammenligne priser.			
Insulin human	Humulin NPH	Daglig injektion	40 IE (fordelt på 2 doser)
	Insulatard*		
Insulin degludec	Tresiba	Daglig injektion	32 IE
Insulin detemir	Levemir*	Daglig injektion	40 IE (fordelt på 1-2 doser)
Insulin glargin 100 IE/ml	Abasaglar	Daglig injektion	32 IE
	Lantus		
	Semglee		
Insulin glargin 300 IE/ml	Toujeo	Daglig injektion	40 IE
Insulin icodec	Awikli Ny	Ugentlig injektion	224 IE (pr. uge)

*Forventes udfaset i løbet af 2026.

Omkostningsanalyse og lægemiddelrekommandation

På baggrund af den kliniske evidensgennemgang udarbejder Medicinrådet en sundhedsøkonomisk beregning af, hvad det koster at forebygge et tilfælde af MACE ved at kombinere behandlingen af SGLT-2-hæmmer med GIP/GLP1-RA eller GLP1-RA fremfor at anvende lægemidlerne hver for sig (eller evt. i kombination med DPP-4-hæmmer eller SU).

Resultatet kan få betydning for den efterfølgende anbefaling, hvor priser også indgår.



Versionslog

Versionslog

Version	Dato	Ændring
2.1	1. september 2026	Fejl i dosis af insulin icodec er rettet.
2.0	27. maj 2026	Godkendt af Medicinrådet. Bemærk, at tidligere versioner af opsummering og evidensgennemgang var integreret i ét samlet dokument 'Medicinrådets behandlingsvejledning' (version 1.0 og 1.1).

Medicinrådets sekretariat

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

+ 45 70 10 36 00

medicinraadet@medicinraadet.dk

www.medicinraadet.dk