

Referat

Mødetitel	119. rådsmøde i Medicinrådet
Dato	02. september 2026
Sted	Danske Regioner

Deltagere

- Birgitte Klindt Poulsen (forperson)
- Jannick Brennum (næstforperson)
- Kirsten Wisborg
- Janus Laust Thomsen
- Søren Pihlkjær Hjortshøj
- Peder Gunner Fabricius
- Tonny Studsgaard Petersen
- Zandra Nymand Ennis
- Christine Dinsen-Andersen
- Anne Lene Riis
- Ann-Brit Eg Hansen
- Anni Ravnsbæk Jensen
- Dorte Gyrd-Hansen
- Jan Sørensen
- Morten Freil
- Lisbeth Høeg-Jensen
- Kim Houliind
- Peter Sørensen

Observatører

- Henrik Vestergaard
- Dorthe Bartels
- Hanne Lomholt Larsen
- Kirstine Moll Harboe (kom kl 11.40)

Afbud

Ingen.

Mødedeltagere fra sekretariatet

Søren Gaard, Laura Toftegaard Pedersen, Karen Kleberg Hansen, Annemette Anker Nielsen, Monica Andersen, Lisbeth Bonefeld, Solveig Røigaard-Petersen, Josephine Diderichsen, Jesper Christiansen (referent), Ehm Andersson Galijatovic (referent), Karen Agerbæk Jørgensen og Rikke Serup.

Velkomst

Forperson Birgitte Klindt Poulsen bød velkommen til det 119. rådsmøde i Medicinrådet.

Punkt 1**Godkendelse af dagsorden**

Rådet godkendte dagsordenen.

Punkt 2

Anbefaling: Trastuzumab deruxtecan

Sekretariatet præsenterede vurderingen af trastuzumab deruxtecan til behandling af voksne patienter med fremskreden HER2-positiv kræft i mavesækken eller overgangen mellem spiserør og mavesæk (GEJ), som tidligere har fået behandling med trastuzumab.

Fagudvalgets forperson, Lene Bæksgaard, beskrev, at fagudvalget anbefaler at tage trastuzumab deruxtecan (T-DXd) i brug til disse patienter, fordi behandlingen vurderes at give en klinisk relevant forbedring af overlevelsen for en patientgruppe med en dårlig prognose.

Rådet drøftede usikkerheden ved den indirekte sammenligning mellem T-DXd og kemoterapi samt hvor godt resultaterne kan overføres til dansk klinisk praksis. RAINBOW-studiet, som indgår i sammenligningen og undersøgte effekten af kemoterapi, blev gennemført i 2013. Rådet bemærkede, at ændringer i tidligere behandlingsforløb siden da kan have betydning for, hvor relevant sammenligningsgrundlaget er i dag.

Rådet drøftede også betydningen af danske patienters gennemsnitsvægt for behandlingsomkostningerne, da T-DXd doseres efter patientens vægt.

Derudover drøftede rådet forholdet mellem behandlingens omkostninger og effekt, herunder tidligere beslutninger om brug af trastuzumab deruxtecan til andre sygdomme. Rådet drøftede også, om en risikodelingsaftale kunne reducere nogle af usikkerhederne i vurderingen. Samtidig blev de juridiske og praktiske rammer for en sådan aftale drøftet, og rådet vurderede, at mulighederne for en aftale skulle afklares nærmere.

Beslutning: Rådet satte sagen i clock-stop med henblik på en hurtig afklaring af mulighederne for en risikodelingsaftale med virksomheden.

Punkt 3

Anbefaling (revurdering): Mavacamten

Sekretariatet præsenterede revurderingen af mavacamten til behandling af voksne patienter med symptomatisk obstruktiv hypertrofisk kardiomyopati (oHCM, en hjertesygdom, hvor hjertemusklen er fortykket og hæmmer blodets vej ud af hjertet) og symptomer svarende til New York Heart Association (NYHA)-klasse II-III (mål for, hvor meget hjertesygdommen begrænser patientens fysiske funktion). Revurderingen er baseret på en lavere pris på lægemidlet samt nye data fra længere opfølgning af de oprindelige kliniske studier og erfaringer fra brugen af lægemidlet i klinisk praksis i USA.

Fagudvalgets forperson, Henning Mølgaard, beskrev, at fagudvalget vurderer mavacamten som en effektiv og sikker behandling til patienter med oHCM og betydelige symptomer svarende til NYHA-klasse III. Fagudvalget har vurderet, at mavacamten vil være relevant for patienter, hvor septal reduktionsterapi (SRT) ikke vurderes at være den bedst mulige behandling, og hvor patienten ønsker et ikke-invasivt behandlingsalternativ.

SRT er et indgreb i hjertet, der reducerer den fortykkede del af hjertemusklen og forbedrer blodgennemstrømningen, og som enten udføres som en operation eller gennem et kateter. For de fleste patienter holder effekten i mange år.

Rådet drøftede usikkerheden i sammenligningen mellem mavacamten og SRT, som begge er relevante behandlingsmuligheder til patienter med vedvarende symptomer svarende til NYHA-klasse III. Rådet drøftede også behandlingernes betydning for patienternes overlevelse og bemærkede, at der ikke er dokumenteret en effekt på overlevelse i studiet, selvom en sådan effekt er forudsat i den sundhedsøkonomiske analyse, fordi færre symptomer fra hjertet antages at være forbundet med længere overlevelse.

Derudover drøftede rådet risikoen for komplikationer ved hjerteindgrebet (SRT), som i dag er standardbehandling ved betydelige symptomer, og fordelene ved medicinsk behandling frem for et hjerteindgreb. Rådet drøftede også, om disse fordele opvejer de højere omkostninger og ulemperne ved livslang behandling med mavacamten. Samtidig blev betydningen af patienternes individuelle præferencer for henholdsvis livslang medicinsk behandling og et hjerteindgreb som SRT fremhævet. Rådet drøftede startkriterier for mavacamten i relation til behandlingens pris sammenlignet med prisen for SRT.

Rådet lagde vægt på, at mavacamten kan forbedre patienternes symptomer og livskvalitet sammenlignet med den nuværende medicinske behandling med betablokkere eller calciumkanalblokkere (BB/CCB). Ved fortsatte betydelige symptomer behandles de fleste patienter i dag med hjerteindgrebet (SRT). Både behandling med mavacamten og hjerteindgreb er forbundet med bivirkninger eller risici, og det er usikkert, hvilken af behandlingerne der er mest effektiv.

Da omkostningerne ved mavacamten er højere end ved den nuværende behandling med SRT, vurderede Rådet, at SRT fortsat bør være den primære behandling til denne patientgruppe. For patienter med betydelige symptomer svarende til NYHA-klasse III, som ikke vurderes egnede til SRT, fandt Rådet, at behandlingens omkostninger står i et rimeligt forhold til effekten. Beslutning om behandling med mavacamten skal træffes på en multidisciplinær konference, og behandlingen skal følge Medicinrådets start- og stopkriterier.

Beslutning: Rådet anbefalede mavacamten til voksne patienter med obstruktiv hypertrofisk kardiomyopati og symptomer svarende til NYHA-klasse III, som ikke vurderes egnede til septal reduktionsterapi på grund af anatomiske eller tekniske forhold eller betydende komorbiditet. Rådet anbefalede behandlingen til en mere afgrænset anvendelse, end fagudvalget havde foreslået.

Punkt 4

Anbefaling: Brentuximab vedotin

Sekretariatet præsenterede vurderingen af brentuximab vedotin i kombination med etoposid, cyclophosphamid, doxorubicin, dacarbazin og dexamethason (BrECADD) til behandling af voksne patienter med tidligere ubehandlet CD30-positivt Hodgkin lymfom (HL, en kræftsygdom i lymfesystemet, som er en del af kroppens immunforsvar) i stadie IIB med risikofaktorer samt stadie III eller IV.

Fagudvalgets næstformand, Peter Brændstrup, beskrev, at BrECADD vurderes at være en foretrukken behandling til patienter med avanceret klassisk Hodgkin lymfom. Behandlingen kan give bedre sygdomskontrol og vurderes samtidig at være mere skånsom end eBEACOPP (eskaleret bleomycin, etoposid, doxorubicin, cyclophosphamid, vincristin, procarbazin og prednison). Fagudvalget fremhævede især, at BrECADD giver bedre mulighed for at bevare fertiliteten, hvilket er særligt vigtigt, da mange patienter med sygdommen er unge.

Rådet drøftede, at omkostningerne ved behandlingen var høje i forhold til den beregnede sundhedsgevinst. Samtidig bemærkede rådet, at patienterne ofte er yngre, og at senfølger som infertilitet og udvikling af sekundær kræft kan have stor betydning for patienternes liv. Rådet fandt det usikkert, i hvilket omfang disse langsigtede gevinster og konsekvenser er tilstrækkeligt afspejlet i den sundhedsøkonomiske analyse.

Rådet drøftede desuden, hvordan den nylige anbefaling af nivolumab i kombination med AVD (doxorubicin, vinblastin og dacarbazin) påvirker det relevante sammenligningsgrundlag, og Rådet ønskede vurderingen suppleret med yderligere oplysninger herom.

Beslutning: Rådet satte sagen i clock-stop med henblik på, at øvrige relevante behandlingsalternativer belyses til næste rådsmøde, så der kan etableres et bedre sammenligningsgrundlag.

Punkt 5

Anbefaling: Pegcetacoplan

Sekretariatet præsenterede vurderingen vedrørende pegcetacoplan til behandling af voksne og unge patienter i alderen 12 til 17 år med to typer sjældne nyresygdomme, C3-glomerulopati (C3G) eller primær immunkompleks membranproliferativ glomerulonefritis (IC-MPGN), der fører til nedsat nyrefunktion, i kombination med en renin-angiotensin-system-hæmmer (RAS-hæmmer), medmindre behandling med RAS-hæmmer ikke blev tålt eller var kontraindiceret.

Fagudvalgets forperson, Cecilie Lyngsø, beskrev, at pegcetacoplan er det første godkendte lægemiddel, der retter sig mod den underliggende sygdomsmekanisme ved disse sygdomme, hvor der er et stort behov for bedre behandlingsmuligheder. Behandlingen havde en tydelig effekt på markører for nyresygdom, herunder proteinudskillelse i urinen (uPCR) og nyrefunktion (eGFR). Disse markører bruges til at vurdere risikoen for alvorlige følger som nyresvigt, dialyse og nyretransplantation. Det forventes derfor, at pegcetacoplan kan forbedre sygdomskontrollen og reducere risikoen for, at patienter udvikler nyresvigt.

Rådet bemærkede, at pegcetacoplan havde en overbevisende effekt på de målte markører for nyresygdom. Samtidig pegede rådet på, at patienterne kun var fulgt i en relativt kort periode, og at der endnu ikke forelå direkte data for behandlingens effekt på behovet for dialyse eller nyretransplantation. Dette medførte usikkerhed om de langsigtede konsekvenser af behandlingen.

Rådet drøftede alvorlighedsprincippet, da sygdommen ofte rammer yngre patienter og kan medføre både forkortet levetid og væsentligt nedsat livskvalitet. Samtidig vurderes pegcetacoplan at have potentiale til at give en betydelig effekt ved en sygdom, hvor der i dag mangler effektive behandlingsmuligheder. Når alvorlighedsprincippet inddrages i Rådets beslutninger, kan Rådet acceptere højere omkostninger eller større usikkerheder.

Derudover drøftede rådet, om det kunne være muligt at holde behandlingspauser efter et til to år hos patienter, hvor sygdommen er i ro, eller at øge tiden mellem behandlingerne. Erfaringerne med sådanne tilgange er dog begrænsede, og de er ikke undersøgt i de kliniske studier. Derfor var det ikke muligt at vurdere, i hvor høj grad dette ville kunne lade sig gøre i praksis.

Rådet drøftede også lægemidlets meget høje pris og vurderede, at det ville kræve en væsentligt lavere pris eller en risikodelingsaftale med virksomheden for at reducere usikkerheden og omkostningerne, også selvom alvorlighedsprincippet inddrages.

Rådet lagde vægt på, at pegcetacoplan reducerer proteinudskillelsen i urinen, hvilket beskytter nyrerne og forventes at reducere behovet for dialyse og nyretransplantation og derved kan forbedre patienternes livskvalitet og forlænge levetiden. Der er usikkerhed om effekten på risikoen for dialyse, transplantation og overlevelse, fordi det kliniske studie har fulgt patienterne i kort tid. Omkostningerne til pegcetacoplan er væsentligt højere end til den eksisterende behandling. Rådet inddrog alvorlighedsprincippet i beslutningen, fordi sygdommen debuterer hos unge patienter og medfører forkortet levetid og væsentligt forringet livskvalitet hos patienter, som ikke har andre effektive behandlingsmuligheder. Medicinrådet vurderer, at omkostningerne ikke er acceptable i forhold til behandlingens effekt, heller ikke når alvorlighedsprincippet tages med i vurderingen.

Beslutning: Rådet anbefalede ikke pegcetacoplan til behandling af voksne og unge (12-17 år) med C3 glomerulopati eller primær immunkompleks membranproliferativ glomerulonefritis.

Punkt 6

Anbefaling: Vorasidenib

Sekretariatet præsenterede vurderingen vedrørende vorasidenib til behandling af overvejende ikke-kontrastopladende astrocytom grad 2 eller oligodendrogliom (langsomtvoksende hjernetumorer) med en IDH1-R132- eller IDH2-R172-mutation hos voksne og unge patienter i alderen 12 år og derover, som vejer mindst 40 kg, og som udelukkende har gennemgået kirurgisk behandling og ikke har et umiddelbart behov for strålebehandling eller kemoterapi.

Fagudvalgsforpersonen, Rikke Hedegaard Dahlrot, beskrev, at gliom WHO grad 2 er en sjælden, alvorlig og uhelbredelig sygdom, der ofte rammer yngre mennesker. Vorasidenib har vist effekt i forhold til at udsætte tumorprogression efter initial kirurgisk behandling, og fagudvalget vurderede derfor, at de kliniske data viser en betydelig klinisk relevant behandlingseffekt.

Rådet bemærkede, at vorasidenib har vist en betydelig effekt på at forsinke sygdomsforværring. Der forelå dog endnu ikke data om behandlingens effekt på patienternes overlevelse, hvilket medførte usikkerhed om styrken af det samlede datagrundlag. Rådet drøftede også, at patienterne blev inkluderet sent i sygdomsforløbet i det kliniske studie, og hvilken betydning dette kunne have for, hvor godt resultaterne kan overføres til dansk klinisk praksis.

Rådet drøftede risikoen for overbehandling, hvis alle patienter starter behandling tidligt efter operation, særligt patienter uden tegn på restsygdom. Rådet vurderede derfor, at kriterierne for opstart af behandling bør afspejle dette, og drøftede de foreslåede opstartskriterier. Herudover drøftede rådet stopkriterierne samt muligheden for behandlingspauser i et forventet langvarigt behandlingsforløb.

Rådet drøftede sygdommens alvorlighed og dens konsekvenser for patienterne i forhold til fysisk og kognitiv funktion. Rådet drøftede alvorlighedsprincippet på grund af den væsentligt forkortede forventede levetid, manglen på effektiv behandling og den forventede betydelige kliniske gevinst ved behandlingen. Når alvorlighedsprincippet inddrages i Rådets beslutninger, kan Rådet acceptere højere omkostninger eller større usikkerheder.

Rådet lagde vægt på, at vorasidenib kan forsinke sygdomsforværring væsentligt sammenlignet med aktiv observation (regelmæssige kontroller uden medicinsk behandling). Der var usikkerhed om effekten på overlevelse, fordi patienterne ikke er fulgt tilstrækkeligt længe i studiet. Omkostningerne til behandlingen er højere end til den eksisterende behandling, men Rådet vurderede, at omkostningerne var acceptable i forhold til behandlingens effekt, når alvorlighedsprincippet inddrages. Medicinrådet har inddraget alvorlighedsprincippet i beslutningen, fordi sygdommen rammer relativt unge patienter og medfører betydelig sygdomsbyrde med påvirkning af funktionsevne og livskvalitet over mange år samt en væsentligt forkortet levetid.

Beslutning: Rådet anbefalede vorasidenib til behandling af voksne og unge patienter fra 12 år med IDH1- eller IDH2-muteret astrocytom eller oligodendrogliom WHO-grad 2, som udelukkende har gennemgået kirurgisk behandling, som ikke har behov for umiddelbar strålebehandling eller kemoterapi, og som opfylder Medicinrådets start- og stopkriterier, som kan læses på Medicinrådets hjemmeside.

Punkt 7

Lægemiddelrekommandation: Knoglemarvskræft 1. linje (ikke HDT-egnede patienter)

Sekretariatet præsenterede udkastet til lægemiddelrekommandationen og redegjorde kort for baggrunden.

Lægemiddelrekommandationen er udarbejdet efter opdateringen af behandlingsvejledningen for nydiagnosticerede patienter, der ikke er egnede til højdosis kemoterapi med stamcellestøtte (HDT). I den opdaterede behandlingsvejledning er DarBorLenDex blevet direkte indplaceret, og IsaBorLenDex er samtidig blevet vurderet.

Rådet drøftede udkastet til lægemiddelrekommandationen. Medicinrådets metoder giver mulighed for, at en behandling, som er placeret i kategorien "overvej", kan vælges som førstevalg, hvis særlige forhold taler for det. Rådet vurderede, at denne mulighed var relevant i den aktuelle situation. Rådet drøftede, at fagudvalget havde vurderet IsaBorLenDex og DarBorLenDex som de mest effektive behandlinger.

Rådet vurderede, at BorLenDex bør være førstevalg til 60 % af patienterne på grund af behandlingens veldokumenterede effekt og hensynet til en effektiv anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer. Dette svarer til den nuværende lægemiddelrekommandation. For de resterende 40 % af patienterne, som vurderes ikke at kunne tåle behandling med bortezomib to gange ugentligt, kan behandling med IsaBorLenDex eller DarLenDex overvejes. Ved behandling med IsaBorLenDex kan bortezomib gives én gang ugentligt eller i reduceret dosis i overensstemmelse med produktresuméet.

Rådet drøftede desuden prisen på DarBorLenDex sammenlignet med IsaBorLenDex og vurderede, at prisen på DarBorLenDex var for høj til, at behandlingen kunne anbefales.

Beslutning: Rådet besluttede, at BorLenDex skal være førstevalg til 60 % af patienterne. DarBorLenDex anbefales ikke til behandling af nydiagnosticerede patienter, som ikke er kandidater til HDT, da omkostningerne er højere end for IsaBorLenDex.

Punkt 8

Drøftelse: Afsnit vedr. patientperspektivet i Medicinrådets vurderingsrapporter

Næstformand Jannick Brennum introducerede formålet med at inkludere et særskilt afsnit om patientperspektivet i Medicinrådets vurderingsrapporter. Formålet var at:

- Styrke patientperspektivet i Rådets drøftelse og beslutningsgrundlag
- Øge synligheden af patientperspektivet i vurderingsrapporterne
- Inddrage patientperspektivet mere systematisk i fagudvalgsarbejdet

Arbejdet kommer bl.a. i forlængelse af en evaluering af patientinddragelsen i fagudvalgene i Medicinrådet.

Sekretariatet orienterede desuden om den igangværende test og de foreløbigt gode erfaringer med at inddrage et særskilt afsnit.

Rådet bakkede op om, at der fra december 2026 indføres et afsnit om patientperspektivet i vurderingsrapporterne. Rådet så det som et vigtigt bidrag til at uddybe og nuancere patientperspektivet i rådets beslutningsgrundlag. Rådet så gerne, at der løbende arbejdes på at videreudvikle afsnittet, så det i endnu højere grad bidrager til en relevant og nuanceret drøftelse af betydningen for patienterne af at introducere det givne nye lægemiddel. Rådet lagde i den forbindelse vægt på, at det er vigtigt, at:

- Afsnittet supplerer rapportens beskrivelse af symptomer og diagnose med oplysninger om betydningen af symptomerne for især patienternes funktion og dagligdag.
- Det beskrives, om patientperspektivet på lægemidlet er udtryk for konsensus, er fundet i videnskabelige studier eller er udtryk for enkelte patienters erfaringer.
- Der anvendes kildehenvisninger i det omfang, de er tilgængelige.
- Det på sigt – om muligt – beskrives faste metoder ved udarbejdelse af afsnittene, så de bliver mere ensartede og sammenlignelige på tværs af vurderingsrapporter.
- Overlap med den generelle sygdomsbeskrivelse så vidt muligt undgås.

Rådet tiltrådte, at der inddrages et afsnit om patientperspektivet i vurderingsrapporterne.

Punkt 9

Drøftelse: Udpegning af faglig repræsentant

Den faglige repræsentant, Dorte Gyrd-Hansen, deltog ikke i behandlingen af dette punkt.

Næstforpersonen introducerede punktet om udpegning af en faglig repræsentant.

Beslutning: Rådet besluttede, at Dorte Gyrd-Hansen skulle genudpeges som rådsmedlem for en toårig periode.

Punkt 10

Direktørens meddelelser

Direktøren gav en kort orientering om *Most Favoured Nation*-taskforcen og om et møde i regionsdirektørkredsen. Direktøren oplyste, at der kun var få tilbageværende sager, som har overskredet sagsbehandlingstiden. Han orienterede desuden om Medicinrådets 10-årsjubilæum, som forventes afholdt i januar, ligesom sekretariatet planlægger at afholde en faglig konference til efteråret 2027 med oplæg og dialog med interessenter.

Punkt 11

Anbefaling: Maralixibat

Vurderingen af maralixibat til behandling af kolestatisk pruritus (hudkløe på grund af ophobning af galde) hos patienter med Alagilles syndrom (ALGS) i alderen 2 måneder og ældre havde været i clockstop siden det seneste rådsmøde i juni 2026 med henblik på yderligere prisforhandling og afklaring af mulighederne for en risikodelingsaftale med virksomheden. Rådet havde også ønsket at få udarbejdet start- og stopkriterier for behandlingen.

Fagudvalgets forperson, Peter Bjerring Nissen, beskrev fagudvalgets forslag til start- og stopkriterier. Fagudvalget havde tidligere beskrevet, at maralixibat kan have stor betydning for de få patienter med udtalt hudkløe, som kan være meget belastende for både patienter og pårørende.

Rådet bemærkede, at der er tale om en alvorlig sygdom, men vurderede samtidig, at der fortsat er betydelig usikkerhed om behandlingens effekt, da patienterne kun er fulgt i en kort periode i de kliniske studier. Da evidensen allerede var blevet grundigt drøftet på det foregående rådsmøde, genoptog Rådet ikke denne del af diskussionen. Rådet drøftede prisaftalen, som ikke var væsentlig ændret i forhold til seneste rådsmøde, samt de foreslåede start- og stopkriterier. Rådet vurderede, at prisaftalen ikke i tilstrækkelig grad reducerede omkostningerne og usikkerheden om behandlingens værdi, og at forholdet mellem omkostninger og effekt derfor fortsat ikke var acceptabelt.

Rådet lagde vægt på, at maralixibat lindrer hudkløe. Langtidseffekten er usikker, og der er ikke tilstrækkelig dokumentation for, at behandlingen har en effekt på den underliggende sygdom, eller for, om den kan udskyde tiden til levertransplantation for nogle patienter. Behandlingen er væsentligt dyrere end den eksisterende behandling, og Rådet vurderer, at omkostningerne ikke er acceptable i forhold til behandlingens effekt, når usikkerhederne tages i betragtning.

Beslutning: Rådet anbefalede ikke maralixibat til behandling af kolestatisk pruritus i forbindelse med Alagilles syndrom.

Punkt 12

Drøftelse: Habilitetspolitikens anvendelse for observatører

Observatørerne deltog ikke i behandlingen af dette punkt.

Sekretariatet præsenterede et forslag til ændring i habilitetspolitikens anvendelse for observatører, som indebærer, at observatører permanent kan være specifikt inhabile i forhold til den lægemiddelvirksomhed, de har aktieposter i.

Observatører har siden februar 2026 i forbindelse med Medicinrådets opdaterede habilitetspolitik været omfattet af en overgangsordning vedr. personligt ejerskab af aktier i lægemiddelvirksomheder. Overgangsordningen betød, at observatører senest to år efter, at Medicinrådets habilitetspolitik trådte i kraft den 1. februar 2026, skulle afhænde aktieposter i en lægemiddelvirksomhed, der har interesser inden for Rådets område, for at leve op til habilitetsreglerne i Medicinrådet.

Beslutning: Rådet besluttede, at overgangsordningen gøres permanent for observatører. Det betyder, at der ikke er krav om, at observatører afhænder aktieposter efter overgangsperiodens udløb den 1. februar 2028, men at de kan være specifikt inhabile i forhold til den virksomhed, de har aktieposter i. Det betyder konkret, at observatøren ikke må deltage i Rådets behandling af den sag, hvor observatøren er specifikt inhabil.

Punkt 13

Skriftlig orientering

Intet til godkendelse.

Punkt 14

Eventuelt

Næste rådsmøde i Medicinrådet er onsdag den 30. september 2026.