

Opsummering af Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende lægemidler til svær kronisk rhinosinuitis med næsepolypyper (CRS_wNP)

Medicinrådets behandlingsvejledning

Beh



Om Medicinrådet

Medicinrådet er et uafhængigt råd etableret af Danske Regioner. Når behandlingsvejledningerne bliver udarbejdet, er rollefordelingen mellem de tre enheder følgende:

- *Rådet* beslutter, hvilke behandlingsvejledninger der skal udarbejdes eller opdateres, og godkender de endelige dokumenter.
- *Sekretariatet* er overordnet projekt- og metodeansvarlige, faciliterer fagudvalgets arbejde og udarbejder udkast til dokumenterne.
- *Fagudvalgene* bidrager med specifik viden om sygdom og behandling inden for deres fagområde og samarbejder med sekretariatet om udkast til behandlingsvejledninger inden for et sygdomsområde.

Om 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 eventuelt udarbejde en omkostningsanalyse og en lægemiddelrekommandation.

Medicinrådets opsummering (dette dokument) baseres på den senest opdaterede evidensgennemgang. Heri indgår den samlede kliniske vurdering af lægemidlerne samt det kliniske sammenligningsgrundlag, der viser dosis og behandlingsperiode for de ligestillede lægemidler. Dette danner sammen med en eventuel *omkostningsanalyse* baggrund for Medicinrådets *lægemiddelrekommandation* til regionerne.



I opsummeringen indplaceres lægemidlerne i en eller flere af følgende kategorier:

Anvend

Lægemidler, der på baggrund af effekt, sikkerhed og andre overvejelser vurderes at være de bedste behandlinger til patientpopulationen i det kliniske spørgsmål.

Lægemidler i denne kategori er alle ligestillede som mulige førstevalg til størstedelen af patientpopulationen i lægemiddelrekommandationen ud fra en samlet klinisk vurdering.

Overvej

Lægemidler, der ikke kan ligestilles med de bedste behandlingsalternativer, baseret på en samlet vurdering af effekt, sikkerhed og andre overvejelser ved behandlingen.

Lægemidlerne kan dog være relevante behandlingsalternativer for patienter, som ikke har gavn af lægemidlerne angivet under "anvend".

Lægemidler i denne kategori er ikke velegnede som mulige førstevalg til størstedelen af patientpopulationen i lægemiddelrekommandationen, medmindre særlige forhold taler herfor.

Anvend ikke rutinemæssigt

Lægemidler, der ud fra en samlet vurdering af effekt, sikkerhed og andre overvejelser viser væsentligt dårligere resultater end lægemidlerne i kategorien "anvend".

Lægemidler i denne kategori vil aldrig være velegnede som mulige førstevalg til størstedelen af patientpopulationen i lægemiddelrekommandationen.

Anvend ikke

Lægemidler kan placeres i kategorien "anvend ikke", når evidensen viser, at de samlede ulemper ved behandling med lægemidlet er klart større end fordelene sammenlignet med de øvrige behandlingsalternativer. Lægemidler i denne kategori indgår ikke i lægemiddelrekommandationen.

For yderligere information se *Metodevejledning for Medicinrådets vurdering af flere lægemidler inden for samme sygdomsområde*. Du finder denne på Medicinrådets hjemmeside.

Dokumentoplysninger

Godkendelsesdato	30. september 2026
-------------------------	--------------------

Dokumentnummer	252840
-----------------------	--------

Versionsnummer	2.0
-----------------------	-----



Om opsummeringen

Denne opsummering af Medicinrådets evidensgennemgang vedrørende svær kronisk rhinosinuitis med næsepolypper (CRSwNP) belyser følgende:

- Er der klinisk betydelende forskelle på biologiske lægemidler til behandling af patienter med svær CRSwNP, som ikke har opnået tilstrækkelig effekt af funktionel endoskopisk sinuskirurgi (FESS) og/eller behandling med systemisk kortikosteroid?
- Opstart, monitorering og seponeringskriterier.

Medicinrådet har udarbejdet en evidensgennemgang, hvor alle biologiske lægemidler godkendt af Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) til behandling af svær CRSwNP indgår. Formålet var at vurdere, om lægemidlerne kan ligestilles.

Derudover har Medicinrådet udarbejdet et tillæg om valg af lægemiddel til patienter, der er gravide eller har et graviditetsønske.

Opsummeringen er baseret på følgende dokumenter:

- Medicinrådets evidensgennemgang version 1.0
- Tillæg til Medicinrådets samling af vurderinger til svær kronisk rhinosinuitis med næsepolypper (CRSwNP) – Valg af behandling til gravide patienter samt patienter med graviditetsønske – version 1.0

Dokumenterne er tilgængelige på Medicinrådets [hjemmeside](#).

Væsentlige ændringer siden Medicinrådets seneste vurdering

Medicinrådet har tidligere udarbejdet en samling af vurderinger til CRSwNP, hvori lægemidlerne dupilumab og mepolizumab blev ligestillet. Medicinrådet har modtaget ansøgninger om direkte indplacering af to nye lægemidler depemokimab og tezepelumab. Da omalizumab også har en godkendelse fra EMA til samme indikation, har Medicinrådet vurderet omalizumab af egen drift. Medicinrådet har derfor udarbejdet en samlet evidensgennemgang baseret på en netværksmetaanalyse (NMA), som inkluderer alle lægemidler med EMA godkendelse til indikationen.

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

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



Om svær CRSwNP

Kronisk rhinosinuitis (CRS) er en tilstand med kronisk inflammation i næse og bihuler, der påvirker ca. 5-12 % af befolkningen. CRS kan forekomme uden og med næsepolypper (CRSwNP). Symptomer på CRSwNP omfatter sekretion fra næsen fortil og bagtil i svælget, nedsat luftpassage eller tilstoppet næse, delvist eller komplet tab af lugtesansen og trykken/smerter omkring pande, næse eller øjne. To eller flere af de nævnte symptomer skal have været til stede i mere end tre måneder, for at diagnosen CRSwNP kan stilles, og mindst ét af symptomerne skal være sekret eller nedsat luftpassage gennem næsen. I Danmark er svær CRS oftest betinget af type 2 inflammation. Såfremt dette er tilfældet, kan biologisk behandling være et effektivt led i behandlingen. Ved definition af svær CRSwNP tager Medicinrådet udgangspunkt i *European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020* (EPOS 2020), men kriterierne er strammere end i EPOS 2020. Af EPOS 2020 fremgår det, at en patientrapporteret VAS-score (Visuel Analog Skala) ≥ 7 (skalaen går fra 0-10, hvor 10 er størst tænkelige sygdomsbyrde) indikerer, at patienten har svær CRSwNP, mens en SNOT-22-score ≥ 40 angiver væsentligt nedsat livskvalitet.

I dansk klinisk praksis anvendes SNOT-22 hyppigst, og der anvendes en grænse på ≥ 50 . Kriteriet er dermed strengere end kriteriet i EPOS 2020 og er ikke direkte overtaget herfra. Udover ovennævnte symptomer for CRSwNP, som kan være svært generende for patienterne, er svær CRSwNP associeret med nedsat livskvalitet, indvirkning på patienternes sociale liv og arbejdsfravær.



Medicinrådets kliniske vurdering af lægemidler

Medicinrådets kliniske vurdering af lægemidler er baseret på en samlet gennemgang af lægemidlernes effekt og sikkerhed og andre overvejelser om valg mellem lægemidlerne.

Medicinrådet vurderer, at dupilumab og tezepelumab samlet set har den bedste effekt. Medicinrådet vurderer, at der ikke er klinisk betydelende forskelle mellem dupilumab og tezepelumab. Medicinrådet betragter derfor lægemidlerne som klinisk ligestillede, og de er dermed mulige førstevalgspræparater til behandling af svær CRSwNP, jf. Tabel 1.

Efterlevelseshøjden er sat til 80 %. Dette skyldes, at Medicinrådet vurderer, at en mindre andel af patienterne, grundet særlige individuelle hensyn, kan have større gavn af ét specifikt lægemiddel (uanset indplacering i hhv. "Anvend", "Overvej" og "Anvend ikke rutinemæssigt"). Medicinrådet vurderer, at dette maksimalt drejer sig om 20 %, hvorfor efterlevelseshøjden sættes til 80 %.

Mepolizumab og omalizumab er placeret under "Overvej".

Depemokimab vurderes samlet set at være mindre effektivt end de øvrige lægemidler, og er derfor placeret under "Anvend ikke rutinemæssigt", men kan være relevant til udvalgte patienter, fx hvis det lange administrationsinterval vurderes at have særlig betydning.

Tabel 1. Medicinrådets kliniske rækkefølge af lægemidler til svær CRSwNP, til patienter, som skal opstarte behandling og som ikke har opnået tilstrækkelig effekt af funktionel endoskopisk sinuskirurgi og/eller behandling med systemisk kortikosteroid

Lægemiddel	
Anvend til 80 % af populationen*	Dupilumab 300 mg s.c. hver 2. uge**
	Tezepelumab 210 mg s.c. hver 4. uge
Overvej	Mepolizumab 100 mg s.c. hver 4. uge
	Omalizumab, dosis er afhængig af vægt og IgE, gives s.c. hver 2.-4. uge
Anvend ikke rutinemæssigt	Depemokimab 100 mg s.c. hver 6. måned

* Procentsatsen beskriver den andel af patientpopulationen, der som minimum bør opstarte behandling med det lægemiddel, der bliver førstevalg i rekommandationen. ** Dupilumab doseres jf. EMA's produktresumé hver 2. uge. Hos patienter med respons efter 24 uger bør dosisintervalforlængelse til hver 4. uge forsøges. Fagudvalget estimerer, at ca. 90 % kan opnå god effekt ved behandling hver 4. uge. Se det kliniske sammenligningsgrundlag for yderligere information.



Baggrund for den samlede vurdering af lægemidler

Herunder opsummerer Medicinrådet de faktorer, der er gennemgået i *Medicinrådets evidensgennemgang vedr. svær CRSwNP*.

Vægtning af effekt og sikkerhed mellem lægemidlerne

Medicinrådet har vurderet dupilumab, tezepelumab, mepolizumab, omalizumab og depemokimab til patienter med svær CRSwNP, som ikke har opnået tilstrækkelig effekt af funktionel endoskopisk sinuskirurgi og/eller behandling med systemisk kortikosteroid.

Da der ikke er identificeret klinisk relevante forskelle i sikkerhed mellem lægemidlerne, bygger indplaceringen primært på forskelle i effekt.

Medicinrådet vurderer, at dupilumab og tezepelumab samlet set har den bedste effekt. Lægemidlerne betragtes derfor som klinisk ligestillede og er placeret under "Anvend".

Mepolizumab og omalizumab har god effekt sammenlignet med placebo, men vurderes samlet set at være mindre effektive end dupilumab og tezepelumab. Mepolizumab og omalizumab er derfor placeret under "Overvej".

Depemokimab vurderes samlet set at være mindre effektivt end de øvrige lægemidler, og effekten overstiger ikke de fastsatte MKRF sammenlignet med placebo for relevante effektmål. Depemokimab er derfor placeret under "Anvend ikke rutinemæssigt", men kan være relevant til udvalgte patienter, fx hvis det lange administrationsinterval vurderes at have særlig betydning.

Evidensgrundlaget

Sammenligningen af lægemidlerne er hovedsageligt baseret på indirekte sammenligninger, da der kun foreligger begrænset evidens fra direkte sammenlignende studier. Der foreligger real-world-data fra et studie af danske patienter behandlet med mepolizumab eller dupilumab, hvormed der findes evidens for lægemidernes relative effekt i dansk klinisk praksis. Der henvises til Medicinrådets evidensgennemgang vedr. svær CRSwNP for en uddybende gennemgang af evidensen.

Vægtning af effekt og sikkerhed mellem lægemidlerne

De effektmål, som har været afgørende for vurderingen af lægemidlerne, er sygdomsbyrde målt ved Nasal Polyp Score (NPS) og lugtesans målt ved *University of Pennsylvania Smell Identification Test* (UPSIT) samt livskvalitet målt ved Sino Nasal Outcome Test 22 (SNOT-22). Sikkerhed blev desuden inddraget i vurderingen af lægemidlerne, men de observerede forskelle i sikkerhed blev ikke vurderet som klinisk relevante og gav derfor ikke anledning til at ændre den kliniske rækkefølge.

Andre overvejelser

Patientpræferencer er inddraget i vurderingen af ligestillingen af de anbefalede lægemidler. For patienterne er det vigtigt at modtage et effektivt lægemiddel, der reducerer deres symptombyrde. For patienterne, er tabet af lugtesans ofte særdeles



betydende ift. hvordan sværhedsgraden af sygdommen opfattes. For ligestillede lægemidler, er bekvemmelighed, dvs. hyppighed af behandling betydelig.

Øvrige forhold vedrørende behandlingen

Kriterier for opstart af behandling

Kriterier for opstart, monitorering og seponering er udarbejdet af fagudvalget vedr. inflammatoriske lidelser i næse og bihuler. Formålet med opstarts- og seponeringskriterierne er at sikre en kontrolleret og ensartet national anvendelse.

Ift. opstartskriterierne har fagudvalget taget udgangspunkt i *European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020* (EPOS 2020) [1].

Patienterne skal have:

- bilaterale polypper i næse og bihuler
- gennemgået mindst én CAS-FESS i general anæstesi, hvor det vurderes at yderligere kirurgi ikke vil bedre patientens tilstand væsentligt.
- CRSwNP associeret med type 2-inflammation¹.
- modtaget optimal lokalbehandling i minimum tre måneder før opstart af biologisk behandling og uden tilstrækkelig effekt² (dette består af intranasal kortikosteroid og næseskyllning, hvis dette vurderes gavnligt).

Ovenstående kriterier skal alle være opfyldt.

Desuden skal patienterne opfylde 2 af nedenstående 4 kriterier:

- Væsentligt forringet livskvalitet (SNOT-22 score ≥ 40)³.
- Væsentligt forringet lugtesans (fagudvalget anbefaler, at der benyttes *Sniffin Sticks-Evaluation Identification Test* 16, hvor væsentligt forringet lugtesans er defineret som en score på 0-8 ud af en maksimal score på 16).
- Nasal polyp score på minimum 2 i hver side (minimum en samlet score på 5).
- Diagnosticeret med astma (som kræver inhalationssteroid).

Monitorering af effekt

Effekten af behandling med biologiske lægemidler skal vurderes 24 og 52 uger efter opstart af behandling og derefter hver 6. måned, se Tabel 2. Opfølgning er med henblik på at evaluere effekt af behandlingen.

Respons skal ses på minimum 2 af nedenstående 4 parametre sammenlignet med patientens baselineværdier ved opstart af behandling.

¹ Der henvises til EPOS2020 ift., hvor den anvendte grænseværdi er blod eosinofil 0,15.

² Ved effekt af biologisk behandling kan næseskyl stoppes, men daglig brug af nasal-steroid skal fortsættes

³ Fagudvalget foreslår, at den hidtidige grænseværdi ændres til en SNOT-22-score ≥ 40 i overensstemmelse med EPOS 2020.



For patienter, som behandles med dupilumab bør eosinofil-tal monitoreres ved behandlingsstart. Dette gøres i klinisk praksis, ved blodprøver efter behov det første halve år, typisk efter 2 og 8 injektioner. Har patienten højt eosinofiltal ($> 1,5 \times 10^9/L$), vil der blive fulgt op med månedlige blodprøver det første halve år, ellers vil eosinofiltal blot blive fulgt op til kontrol ved 24. ugers opfølgning. Der ses ofte forøgelse i eosinofilcelletal, men det er kun hos ca. 10-20 %, at eosinofilcelletal øges til $> 1,5 \times 10^9/L$.

Tabel 2. Effektkriterier vedr. biologiske lægemidler til svær CRSwNP

	24 uger	52 uger
Nasal polyp score*	Min. et fald på 1 point	Min. et fald på 2 point
SNOT-22*	Min. et fald på 12 point	Min. et fald på 12 point
Vurdering af lugtesans	Fagudvalget vurderer, at en ændring på 4 point er klinisk relevant. Hvis lugtesansen er god inden biologisk behandling, må den ikke forringes.	
Bedring af komorbiditeter	Astma er den hyppigste komorbiditet. Her ønskes en forbedring på 4 point på astmakontroltest (ACT) spørgeskemaet.	

* Et fald i hhv. SNOT-22 og NPS-score indikerer en forbedring af patienternes symptom- og sygdomsbyrde.

Skift ved manglende effekt

EPOS/EUFOREA-kriterierne skelner mellem partielt og komplet respons, hvor komplet respons defineres som respons på alle 4 kriterier, mens partielt respons er respons på 2-3 kriterier [1]. Hvis patienten ikke har opnået respons ved 2 ud af 4 ovenstående kriterier i Tabel 2 efter 24 ugers behandling, kan skift til et andet lægemiddel med en anden virkningsmekanisme overvejes. Der foreligger begrænset evidens for effekten af sekventiel behandling med biologiske lægemidler ved CRSwNP.

Hvis patienten oplever en bedring ift. lugtesans på 4 point, men fortsat er i kategorien ”ingen lugtesans”, kan skift til et andet lægemiddel overvejes. Effekten efter skift skal monitoreres jf. ovenstående beskrivelse.

Skift i tilfælde af ændringer i priserne og nyt rekommanderet førstevalg

Patienter, der allerede er i behandling med biologiske lægemidler for svær CRSwNP, skal som udgangspunkt skifte til det nye førstevalg, hvis dette medfører betydende besparelser.

Dosisreduktion

Dupilumab har jf. EMAs produktresumé indikation til et behandlingsregime hver 2. uge. Hos patienter med partielt eller komplet respons efter 24 ugers behandling kan forlængelse af dosisintervallet til hver 4. uge overvejes på baggrund af en individuel klinisk vurdering. Dosisintervallet kan fastholdes, hvis den behandlende læge vurderer, at der er kliniske forhold, som taler imod en intervalforlængelse. Hvis patienten oplever aftagende effekt ved dosering hver 4. uge (defineret som numerisk højere NPS og SNOT-22 score ved 52 uger end ved 24 ugers opfølgning), skal fuld dosering genoptages.



Fagudvalget estimerer, at ca. 90 % af patienterne i dansk klinisk praksis kan opnå god effekt ved behandling hver 4. uge efter uge 24. Se detaljer vedr. dosisreduktion under det kliniske sammenligningsgrundlag.

Kriterier for seponering

Behandling skal seponeres, hvis patienten:

- vurderes at have brug for behandling med systemisk kortikosteroid og/eller re-operation
- ikke har opnået respons ved 2 ud af 4 ovenstående kriterier i Tabel 2, og skift fra lægemiddel med anden virkningsmekanisme er forsøgt, eller det er vurderet, at et sådant skift ikke vil have effekt
- er forsøgt dosisreduceret, men oplevede aftagende behandlingseffekt, som ikke forbedredes ved genoptagning af fuld dosis.

Seponering for patienter, som opnåede respons på ovenstående fire kriterier, har i et mindre nationalt studie været forsøgt efter 2 års behandling. Studiet stoppede dog inklusion, da alle patienter udviklede symptomer på aktiv sygdom efter seponering. Fagudvalget vurderer derfor, at seponering af behandling for patienter med god effekt af biologisk behandling ikke bør forsøges.

Valg af lægemiddel til kvindelige patienter med graviditetsønske og gravide patienter

Medicinerådet vurderer, at medicinsk behandling til gravide eller ved graviditetsønske bør bero på en individuel risikovurdering.

Behandling af ældre børn (> 15 år)

Ingen af de inkluderede lægemidler har indikation til behandling af børn. Alle lægemidlerne har dog indikation til behandling af børn med svær astma.



Medicinrådets kliniske sammenligningsgrundlag

I det kliniske sammenligningsgrundlag har Medicinrådet beskrevet de ligestillede lægemidler i kategorien "Anvend" og "Overvej" med dosis og antal doseringer over den relevante tidsperiode for hver population. Det kliniske sammenligningsgrundlag skal anvendes i en eventuel omkostningsanalyse samt i forbindelse med Amgros' udbud.

Dosisreduktion

Dupilumab har jf. EMAs produktresumé indikation til et behandlingsregime subkutant hver 2. uge. Forlængelse af dosisintervallet til hver 4. kan overvejes, hvis den behandlende læge vurderer, at der er klinisk rationale herfor. I det kliniske sammenligningsgrundlag vil omkostninger forbundet med dupilumab, hvis patienterne doseres hver 2. uge hele året, fremgå. Dertil vil der blive udført en beregning, hvor dosishyppighed vægtes baseret på dosisreduktion til hver 4. uge jf. dansk klinisk praksis.

Fagudvalget vurderer, at alle patienter som udgangspunkt kan selvadministrere behandlingen i hjemmet efter oplæring på hospitalet. Oplæringen forventes at kræve to hospitalsbesøg.

Den forventede behandlingslængde er ikke dokumenteret for patienter i behandling med biologiske lægemidler for svær CRSwNP. Derfor har Medicinrådet valgt, at sammenligningsperioden i det kliniske sammenligningsgrundlag er tre år. Det er begrundet i, at patienterne forventes at blive behandlet i mere end to år, dertil skal sammenligningsperioden også inkludere en periode hvor dosisreduktion er implementeret.

Det kliniske sammenligningsgrundlag fremgår af Tabel 3.

Tabel 3. Klinisk sammenligningsgrundlag for ligestillede lægemidler til behandling af CRSwNP, for én patient for en sammenligningsperiode på 3 år (156 uger)

Lægemiddel (administration)	Sammenligningsdosis	Antal doser over 3 år	Samlet mængde over 3 år
<i>Lægemidler i kategorien "anvend"</i>			
Dupilumab (jf. EMAs produktresumé)	300 mg s.c. hver 2. uge.	79 doser af 300 mg	23.700 mg.
Dupilumab (med dosisreduktion)*	300 mg s.c. hver 2. uge med løbende dosisreduktion til hver 4. uge	48,4 doser af 300 mg.	14.520 mg.
Tezepelumab	210 mg s.c. hver 4. uge	40 doser af 210 mg	8.400 mg.



Lægemiddel (administration)	Sammenligningsdosis	Antal doser over 3 år	Samlet mængde over 3 år
<i>Lægemidler i kategorien "overvej"</i>			
Mepolizumab	100 mg s.c. hver 4. uge	40 doser af 100 mg	4.000 mg.
Omalizumab [^]	300 mg s.c. hver 4. uge [#]	40 doser af 300 mg	12.000 mg.

* Dosisreduktion foretages ved forlængelse af behandlingsintervallet. Antal doser og samlet mængde af dupilumab er angivet som et vægtet gennemsnit. Alle modtager dosis hver 2. uge de første 24 uger. Derefter reducerer 90 % til hver 4. uge. De 10 % uden dosisreduktion får 79 doser og en samlet mængde på 23.700 mg over tre år. De 90 % med dosisreduktion får 45 doser og en samlet mængde på 13.500 mg. Dupilumab har jf. EMAs produktresumé indikation til et behandlingsregime hver 2. uge. Forlængelse af dosisintervallet kan overvejes, hvis den behandlende læge vurderer, at der er klinisk rationale herfor. [^]Dosis afhænger af kropsvægt og IgE-niveau. Her antages en gennemsnitlig patient med en kropsvægt på 80,3 kg. og IgE på 125.

Omkostningsanalyse og lægemiddelrekommandation

På baggrund af det kliniske sammenligningsgrundlag udarbejder Medicinrådet en omkostningsanalyse, der belyser de behandlingsrelaterede omkostninger mellem de ligestillede lægemidler. Omkostningsanalysen udgør grundlaget for lægemiddelrekommandationen, hvor de ligestillede lægemidler rangeres efter totalomkostninger (behandlingsrelaterede omkostninger + lægemiddelomkostninger).

Medicinrådet kan også beslutte på baggrund af udbuddet og de konkrete lægemiddelomkostninger, at et eller flere lægemidler, som er inkluderet i behandlingsvejledningen, ikke skal indgå i lægemiddelrekommandationen, hvis totalomkostningerne vurderes at være for høje i forhold til andre ligestillede lægemidler eller i forhold til dokumenteret effekt. Dette er især relevant for lægemidler, som ikke allerede er anbefalet af Medicinrådet til den relevante indikation.

Medicinrådet kan også undlade at udarbejde en lægemiddelrekommandation, hvis priseniveauet for et sygdomsområde generelt er for højt.

Medicinrådet kan, hvis økonomiske eller andre hensyn taler herfor, beslutte, at et eller flere lægemidler i kategorien "Overvej" afprøves, inden lægemidler under "Anvend" tages i anvendelse. Det gælder, hvis lægemidlerne er velafprøvede i dansk klinisk praksis og generelt har god effekt på en stor del af patienterne og samtidig er forbundet med lave omkostninger. Derfor er det kliniske sammenligningsgrundlag udarbejdet for de lægemidler, der er klinisk ligestillet i både kategorierne "Anvend" og "Overvej".

I lægemiddelrekommandationen kan lægemidlerne dermed blive rangeret efter følgende princip:

- Lægemidler i kategorierne "Anvend" og "Overvej" vil blive rangeret i lægemiddelrekommandationen. Det vil sige, at det billigste bør anvendes som 1. valg til minimum 80 % af nye patienter.



- Ved behandlingssvigt på 1. valget skiftes til det billigste af lægemidlerne fra kategorien "Anvend".

Da dupilumab kan dosisreduceres, vil det i lægemiddelrekommandationen blive specificeret, hvis rangeringen af lægemidlet afhænger af dosisfrekvens.



Versionslog

Versionslog

Version	Dato	Ændring
2.0	30. september 2026	Opdateret grundet direkte indplacering af depemokimab, tezepelumab og omalizumab samt opdatering af opstarts-, monitorerings- og seponeringskriterier.
1.0	23. maj 2024	Godkendt af Medicinrådet

Medicinrådets sekretariat

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

+ 45 70 10 36 00

medicinraadet@medicinraadet.dk

www.medicinraadet.dk