

Referat

Mødetitel	113. rådsmøde i Medicinrådet
Dato	21. januar 2026
Sted	Danske Regioner

Deltagere

- Jannick Brennum (næstforperson)
- Kirsten Wisborg
- Jens Friis-Bak (virtuel deltagelse)
- Peder Gunner Fabricius
- Søren Pihlkjær Hjortshøj (kom kl. 10.30)
- Tonny Studsgaard Petersen
- Zandra Nymand Ennis
- Christine Dinsen-Andersen
- Anne Lene Riis
- Ann-Brit Eg Hansen
- Dorte Gyrd-Hansen
- Jan Sørensen
- Morten Freil
- Lisbeth Høeg-Jensen
- Peter Sørensen

Observatører

- Henrik Vestergaard
- Dorthe Bartels
- Hanne Lomholt Larsen

Afbud

- Birgitte Klindt Poulsen (forperson)
- Anni Ravnsbæk Jensen
- Maria Krüger
- Kirstine Moll Harboe

Mødedeltagere fra sekretariatet

Søren Gaard, Laura Toftegaard Pedersen, Karen Kleberg Hansen, Annemette Anker Nielsen, Linda Aagaard Thomsen, Josephine Diderichsen, Camilla Nybo Eriksson (referent), Ehm Andersson Galijatovic (referent), Rikke Seerup, Karen Agerbæk Jørgensen, Solveig Røigaard-Petersen.

Velkomst

Næstforperson Jannick Brennum bød velkommen til det 113. rådsmøde i Medicinrådet.

Næstforpersonen opsummerede kort et nyligt møde mellem de Nordiske beslutningstagere, hvor følgende emner blev drøftet:

- Status på nye lægemidler til Alzheimers
- Status på arbejdet i JNHB (fælles nordiske vurderinger)
- Implementering og adgang til nye anbefalede lægemidler
- Fælles nordisk dataoverblik
- Implikationer forbundet med USA's MFN politik

På mødet var der fælles ønsker om styrket Nordisk samarbejde og gode faglige drøftelser.

Punkt 1

Godkendelse af dagsorden

Rådet godkendte dagsordenen.

Punkt 2

Anbefaling: Ibrutinib + R-CHOP til behandling af mantle celle lymfom

Sekretariatet præsenterede vurderingen vedrørende ibrutinib i tillæg til rituximab, cyclophosphamid, doxorubicin, vincristin og prednisolon (R-CHOP) til førstelinjebehandling af mantle celle lymfom (MCL) hos patienter som er egnede til autolog stamcelletransplantation (ASCT).

Fagudvalgsforpersonen Ahmed Ludvigsen Al-Mashhadi beskrev, at fagudvalget vurderer, at det kliniske studie (TRIANGLE) viste en bedre effekt af at anvende ibrutinib i tillæg til R-CHOP i stedet for ASCT. Samtidig er ASCT forbundet med øget mortalitet og morbiditet, hvilket ikke er samme udfordring ved ibrutinib.

Rådet drøftede kriterier for anvendelsen af ibrutinib, herunder patienternes performance status. Rådet drøftede endvidere mulighed for opsamling af yderligere langtidsdata og betydningen af TP-53 ekspresion for effekten af ibrutinib.

Derudover drøftede Rådet sekventiel anvendelse af Brutons tyrosinkinase (BTK)-hæmmere. Rådet pointerede, at sekventiel behandling med lægemidler med samme virkningsmekanisme (i dette tilfælde BTK-hæmmere) ikke anbefales.

Rådet lagde vægt på, at behandlingen med ibrutinib kan forlænge overlevelsen og er forbundet med mindre risiko for senfølger end den eksisterende behandling, som er autolog transplantation af stamceller. Selvom ibrutinib er dyrere end den eksisterende behandling, vurderede Rådet at meromkostningerne er acceptable i forhold til effekten. Derfor anbefalede Rådet ibrutinib som mulig standardbehandling til patienter, der er egnede til autolog stamcelletransplantation og er i god almen tilstand (performance score på 0-1).

Punkt 3

Anbefaling: Acalabrutinib i tillæg til bendamustin og rituximab til behandling af mantle celle lymfom

Sekretariatet præsenterede vurderingen vedrørende acalabrutinib i tillæg til bendamustin og rituximab til behandling af voksne patienter med tidligere ubehandlet mantle celle lymfom (MCL), som ikke er egnede til autolog stamcelletransplantation (ASCT).

Fagudvalgsforpersonen Ahmed Ludvigsen Al-Mashhadi beskrev, at fagudvalget vurderer, at der ikke er nogen dokumenteret OS-gevinst og heller ingen tegn på at det vil forbedre overlevelsen væsentligt på længere sigt (ingen betydende adskillelse af OS-kurverne) ved at anvende BTK-hæmmere acalabrutinib som første linjebehandling til patienter, der ikke er egnede til stamcelletransplantation. Da mange patienter modtager BTK-hæmmere ibrutinib som andenlinjebehandling, ser fagudvalget ikke et væsentligt behov for at anvende kombinationen med acalabrutinib som førstelinjebehandling til denne patientpopulation baseret på de nuværende kliniske data.

Rådet drøftede kort den manglende dokumentation for overlevelsesevinst, hvilket understøttes af et tilsvarende studie af ibrutinib, som viste samme resultater. Derudover bemærkede Rådet, at omkostningerne til behandlingen er høje.

Rådet lagde vægt på, at der ikke er påvist en overlevelsesevinst ved at tillægge acalabrutinib til nuværende førstelinjebehandling med bendamustin og rituximab. Da acalabrutinib er en tillægsbehandling til eksisterende behandling, er det forbundet med flere bivirkninger. Tillæg af acalabrutinib er samtidig væsentligt dyrere end den eksisterende behandling, og Rådet vurderede, at omkostningerne ikke er acceptable i forhold til behandlingens effekt. Derfor anbefalede Rådet ikke acalabrutinib i tillæg til bendamustin og rituximab som mulig førstelinjebehandling til patienter, som ikke er egnede til autolog stamcelletransplantation.

Punkt 4

Anbefaling: Acalabrutinib til behandling af recidiverende eller refraktær mantle celle lymfom

Sekretariatet præsenterede vurderingen vedrørende acalabrutinib til behandling af voksne patienter med recidiverende eller refraktær mantle celle lymfom (MCL), som ikke tidligere har været behandlet med en Brutons tyrosinkinase (BTK)-hæmmer.

Fagudvalgsforpersonen Ahmed Ludvigsen Al-Mashhadi beskrev, at fagudvalget vurderer, at acalabrutinib er et relevant behandling til patientgruppen. Selvom acalabrutinib kan have en mere favorabel bivirkningsprofil for bl.a. hjertesygge patienter, er der, baseret på den tilgængelige evidens, grund til at anse ibrutinib og acalabrutinib for ligeværdige behandlingsalternativer.

Rådet drøftede usikkerheden omkring omkostningseffektiviteten af komparatoren, ibrutinib, som ikke tidligere er vurderet af Medicinrådet til indikationen samt kvaliteten af det kliniske evidensgrundlag, herunder fraværet af direkte sammenlignende studier mellem acalabrutinib og ibrutinib.

Rådet pointerede, at sekventiel behandling med lægemidler med samme virkningsmekanisme (i dette tilfælde BTK-hæmmere) ikke anbefales.

Rådet lagde vægt på, at behandling med acalabrutinib ser ud til at have sammenlignelig effekt og bivirkninger med den eksisterende behandling, ibrutinib. Rådet anbefaler derfor regionerne at benytte den behandling, der samlet set er forbundet med de laveste omkostninger til størstedelen af patienterne.

Punkt 5

Anbefaling: Brexucabtagene autoleucel til behandling af mantle celle lymfom

Sekretariatet præsenterede vurderingen vedrørende brexucabtagene autoleucel (brexu-cel) til behandling af voksne patienter med recidiveret eller refraktært mantle celle lymfom (MCL), efter de er blevet behandlet med to eller flere linjer systemisk behandling, inklusiv en Brutons tyrosinkinase (BTK)-hæmmer.

Fagudvalgsforpersonen Ahmed Ludvigsen Al-Mashhadi beskrev, at fagudvalget ser brexu-cel som en relevant behandling til tredjelinjebehandling af mantle celle lymfom. Fagudvalget vurderer, at der er en overbevisende og betydelig effekt af brexu-cel i tredje behandlingslinje, hvor behandlingsmulighederne er begrænsede, og prognosen er dårlig.

Rådet drøftede den store usikkerhed forbundet med, at datagrundlaget baserer sig på et single-arm studie og et observationelt studie. Det resulterer i en stor usikkerhed om hvorvidt patienterne i de to studier kan sammenlignes, og en usikkerhed om størrelsesordenen af den relative effekt af brexu-cel ift nuværende standardbehandling. Rådet drøftede, at der med et nuværende datagrundlag ikke er tydelige evidens for, at brexu-cel kan kurere patienterne, men at dette heller ikke kan udelukkes.

Rådet drøftede herefter omkostninger ved behandlingen, som Rådet mente var høje i forhold til usikkerheden om effektens størrelsesorden, og usikkerheden om hvorvidt brexu-cel har et kurativt potentiale. Slutteligt drøftede Rådet en sammenhæng til punkt 6, som var en revurdering af samme lægemiddel, brexu-cel, til akut lymfatisk leukæmi.

Rådet vurderede, at brexu-cel kan forlænge patienternes overlevelse sammenlignet med nuværende standardbehandling. Sammenligningsgrundlaget er dog meget usikkert. Brexu-cel er meget dyrere end den eksisterende standardbehandling, og Rådet lagde vægt på, at meromkostningerne ikke er acceptable i forhold til sundhedsgevinsten, særligt fordi der er betydelig usikkerhed om størrelsen af effekten, og når der ikke er dokumenteret et kurativt potentiale. Derfor anbefalede Rådet ikke brexu-cel. Rådet opfordrer virksomheden til at vende tilbage med et bedre datagrundlag, en lavere pris eller en bedre prisaftale.

Rådet opfordrede til, at virksomheden går i dialog om en risikodelingsaftale, som er relevant i et tilfælde som dette, hvor evidensen er meget usikker og prisniveauet er højt.

Patientrepræsentanterne kunne ikke tilslutte sig beslutningen om ikke at anbefale brexu-cel til voksne med recidiveret eller refraktært mantle celle lymfom efter to eller flere linjer systemisk behandling, inkl. en Brutons Tyrosin kinasehæmmer. Patientrepræsentanterne anførte, at det er en patientgruppe med meget dårlig prognose og få reelle alternativer. Patientrepræsentanterne vurderede at behandlingen har potentiale for en betydelig overlevelsesevinst, og at patientgruppen samtidig er lille, hvilket betyder, at den samlede økonomiske og kapacitetsmæssige risiko for sundhedsvæsenet, er begrænset. Patientrepræsentanterne vurderede, at omkostningerne lå på et acceptabelt niveau i forhold til effekt og merværdi, samt i forhold til, hvad der tidligere er accepteret for nye, innovative engangsbehandlinger til alvorlige, livstruende sygdomme.

Punkt 6

Anbefaling (revurdering): Brexucabtagene autoleucel til behandling af akut lymfatisk leukæmi

Brexu-cel blev ikke anbefalet 3. september 2025 og virksomheden blev opfordret til at komme tilbage med en lavere pris eller en bedre prisaftale.

Revurderingen blev foretaget på baggrund af et nyt pristilbud fra virksomheden, herunder en række vilkår. De konkrete oplysninger (pris og vilkår) kan ikke refereres, da virksomheden anser dem som fortrolige.

Sekretariatet præsenterede revurderingen vedrørende brexucabtagene autoleucel (brexu-cel) til behandling af voksne patienter på 26 år og derover med recidiveret eller refraktært B-celleprækursor akut lymfatisk leukæmi (ALL) på baggrund af den nye pris.

Fagudvalget havde beskrevet, at de ser brexu-cel som en mulighed for at behandle R/R AML-patienter i nuværende dansk klinisk praksis med eller uden efterfølgende konsoliderende allogen stamcelletransplantation.

Rådet drøftede det nyeste pristilbud, den fortsat store usikkerhed i datagrundlaget, som var et single-arm studie sammenlignet med en studiearm med kemoterapi fra et andet klinisk studie, hvor denne kemoterapiarm var vurderet at være underbehandlet relativt til dansk klinisk praksis. Herudover drøftede Rådet den manglende dokumentation for kurativt potentiale. Rådet drøftede også sammenhængen med punkt 5, som var samme lægemiddel, brexu-cel, til Mantle celle lymfom.

Rådet lagde vægt på, at den betingede pris på brexu-cel til ALL ikke adskiller sig væsentligt fra den pris, som lå til grund for rådets beslutning på rådsmødet i september 2025. Rådet ønskede derfor at bibeholde den nuværende anbefalingstekst uden ændringer.

Rådet opfordrede til, at virksomheden går i dialog om en risikodelingsaftale, som er relevant i et tilfælde som dette, hvor evidensen er meget usikker og priseniveauet er højt.

Patientrepræsentanterne kunne ikke tilslutte sig beslutningen om ikke at anbefale brexu-cel til voksne med recidiveret eller refraktært B-celleprækursor akut lymfatisk leukæmi. Patientrepræsentanterne anførte, at det er en patientgruppe med meget dårlig prognose og få reelle alternativer. Patientrepræsentanterne vurderede, at behandlingen har potentiale for en betydelig overlevelsesgevinst, og at patientgruppen samtidig er lille, hvilket betyder, at den samlede økonomiske og kapacitetsmæssige risiko for sundhedsvæsenet, er begrænset. Der er desuden tale om en relativt yngre patientgruppe. Patientrepræsentanterne vurderede, at omkostningerne lå på et acceptabelt niveau i forhold til effekt og merværdi, samt i forhold til, hvad der tidligere er accepteret for nye, innovative engangsbehandlinger til alvorlige, livstruende sygdomme.

Punkt 7

Anbefaling: Isatuximab i kombination med med BorLenDex til knoglemarvskræft

Sekretariatet præsenterede vurderingen vedrørende isatuximab i kombination med bortezomib, lenalidomid og dexamethason (IsaBorLenDex) til behandling af voksne patienter med nydiagnosticeret myelomatose, som er uegnede til autolog stamcelletransplantation (ASCT).

Fagudvalgsnæstforpersonen Anja Klostergaard beskrev, at fagudvalget vurderer at IsaBorLenDex er en effektiv behandling til patientpopulationen på baggrund af bedre PFS og responsrater sammenlignet med BorLenDex. Samlet set vurderer fagudvalget, at IsaBorLenDex har sammenlignelig effekt med DarLenDex. Bivirkningsprofilen adskiller sig imellem behandlingskombinationerne. Fagudvalget finder det væsentligt at give den mest effektive behandling så tidligt i behandlingsrækken som muligt.

Rådet drøftede, estimerne for PFS i relation til den manglende dokumentation for en forbedret overlevelse. Rådet bemærkede de høje omkostninger til behandlingen, og at disse ikke er acceptable ift. effekten sammenlignet med BorLenDex, heller ikke selvom der antages at være en effektforskel. Rådet bemærkede, at omkostningerne ikke var højere end for de daratumumab-baserede regimer, men at disse også er dyre lægemidler.

Rådet drøftede, om forskellen mellem IsaBorLenDex og BorLenDex er klinisk relevant eller om lægemidlerne ville blive vurderet ligeværdige på baggrund af de forelagte data. Rådet drøftede, hvordan behandlingen ville passe ind i den opdatering af behandlingsvejledningen, som lige nu er under udarbejdelse. Behandlingsvejledningen vil indeholde supplerende analyser, en vurdering af lægemiddelkombinationen DarBorLenDex og en vurdering af mulige ligestillinger blandt alle de tilgængelige lægemiddelkombinationer.

På den baggrund lagde Rådet vægt på, at der var et behov for at indhente yderligere data for at kunne træffe beslutning om anbefaling af IsaBorLenDex og satte derfor sagen i clock-stop. Anbefalingen for isatuximab forventes dermed at blive genoptaget samtidig med at behandlingsvejledningen forelægges. Dette er planlagt til 29. april 2026.

Punkt 8

Protokol: Opdatering af behandlingsvejledning vedr. knoglemarvskræft

Opdatering af protokol til behandlingsvejledningen vedr. knoglemarvskræft var oprindeligt til skriftlig godkendelse i Rådet. Der var dog flere spørgsmål fra Rådet, og derfor blev protokollen behandlet på rådsmødet.

Rådet drøftede protokollens indhold med fagudvalgsnæstformand Anja Klostergaard og sekretariatet.

Rådet drøftede brugen af ESMO-Magnitude of Clinical Benefit Scale (ESMO-MCBS) i en protokol for behandlingsvejledninger. Der var et forslag om at tage en principiel diskussion om systematisk brug af ESMO-skalaen i Medicinrådets arbejde på et kommende møde.

Rådet drøftede desuden hvilke effektmål, der kan vurderes som værende *kritiske* versus *vigtige*, og hvordan manglende data for effektmålene håndteres.

Protokollen bliver tilpasset efter Rådets kommentarer i samarbejde med fagudvalget og sagen godkendes i skriftlig proces.

Punkt 9

Anbefaling: Blinatumumab til behandling af akut lymfoblastisk leukæmi

Sekretariatet præsenterede vurderingen vedrørende blinatumumab som monoterapi som en del af konsolideringsbehandlingen af voksne patienter med nydiagnosticeret Philadelphia-kromosom-negativ CD19-positiv B-celle-prækursor akut lymfoblastisk leukæmi.

Fagudvalgsformanden Kim Theilgaard-Mönch beskrev, at fagudvalget gerne vil anvende blinatumumab, da det kliniske studie (E1910-studiet) viser, at lægemidlet i kombination med kemoterapi sammenlignet med kemoterapi alene medfører dybere behandlingsrespons, forlænger patienternes liv og tid til relaps og har større kurativt potentiale.

Rådet drøftede kort anvendelsen af blinatumumab i det nuværende behandlingsregime.

Rådet lagde vægt på, at tillæg af blinatumumab kan forlænge livet og reducere risikoen for tilbagefald sammenlignet med kemoterapi alene, bl.a. fordi flere muligvis kan kureres ved behandling med blinatumumab. Der er usikkerhed om sundhedsgevinstens reelle størrelse i dansk praksis, fordi nogle af patienterne i studiet kan have fået en mindre effektiv kemoterapi end i dansk klinisk praksis. Blinatumumab er dyrere end den eksisterende behandling, men Rådet vurderede, at effekten er acceptabel i forhold til behandlingens omkostninger, også når usikkerhederne tages i betragtning. Derfor anbefalede Rådet blinatumumab som mulig standardbehandling.

Punkt 10

Anbefaling: Belantamab mafodotin i kombination med bortezomib og dexamethason til behandling af recidiveret eller refraktær knoglemarvskræft

Sekretariatet præsenterede vurderingen vedrørende Belantamab mafodotin i kombination med bortezomib og dexamethason (BelBorDex) til behandling af voksne patienter med recidiveret eller refraktær knoglemarvskræft, der har modtaget mindst én tidligere behandling.

Fagudvalgsmedlem Charlotte Toftmann Hansen beskrev, at BelBorDex kan give en væsentlig PFS- og OS-gevinst sammenlignet med DarBorDex, men fagudvalget hæfter sig ved, at BelBorDex ikke er sammenlignet med ciltacabtagene autoleucel (cilta-cel) og ikke er dokumenteret at være bedre end DarLenDex. Dermed er BelBorDex kun en relevant behandling for patienter, som ikke er potentielle kandidater til cilta-cel eller ikke ønsker at blive behandlet med cilta-cel. Fagudvalget er opmærksomme på de hyppige øjenbivirkninger, og på grund af disse bivirkninger vil dosisjusteringer ofte være nødvendige.

Rådet drøftede betydningen af den manglende sammenligning med cilta-cel og hvilke patienter, der ville være kandidater til behandlingen i klinisk praksis. Rådet påpegede at studiedata afviger markant fra den forventede patientpopulation i klinisk praksis, samt at omkostninger til behandlingen var for høje i forhold til effekten.

Rådet lagde vægt på, at BelBorDex kun er relevant for patienter, der ikke er kandidater til cilta-cel, der anses for den mest effektive nuværende behandling til patienter, som har modtaget mindst én tidligere behandling. Rådet vurderede, at der kan være en sundhedsgevinst ved at give BelBorDex til patienter, der ikke er kandidater til cilta-cel, men den reelle gevinst er usikker, da danske patienter adskiller sig væsentligt fra dem, som er undersøgt i studiet. BelBorDex er væsentligt dyrere end de nuværende relevante behandlinger, og Rådet vurderede, at omkostningerne ikke er acceptable i forhold til effekten. Derfor anbefalede Rådet ikke BelBorDex som mulig standardbehandling.

Punkt 11

Behandlingsvejledning (direkte indplacering): Concizumab til hæmofili B (uden inhibitorer) - Tillæg og opsummering

Sekretariatet præsenterede den direkte indplacering af concizumab til hæmofili B uden inhibitorer. Fagudvalgsformand Eva Funding supplerede med overvejelser omkring anvendelsen og risiko for trombose.

Rådet godkendte herefter behandlingsvejledningen.

Punkt 12

Lægemiddelrekommandation: Hæmofili A og B

Sekretariatet præsenterede lægemiddelrekommandationer til hæmofili A og B inkl. årlige omkostninger per patient, prisudvikling efter udbud, og besparelser ved skift mellem præparater. Fagudvalgsformand Eva Funding redegjorde for praksis vedr. skift mellem lægemidler, som typisk foregår hvert andet til tredje år.

Rådet godkendte herefter lægemiddelrekommandationen.

Punkt 13

Direktørens meddelelser

Direktøren gav en status på Medicinrådets årsrapport og gennemgik hovedpointer fra rapporten, herunder fordelingen af anbefalinger, udviklingen i sagsbehandlingstider og sammenligninger med Norge og Sverige indenfor ATMP-området. Årsrapporten vil blive publiceret start marts.

Derudover orienterede direktøren om Medicinrådets deltagelse i EU-HTA, hvor Medicinrådet aktivt deltager som co-assessor og assessor i to EU *joint clinical assessments* (JCA). Det betyder, at Danmark yder et stort bidrag til EU-arbejdet og har påtaget sig flere opgaver end forventet i forhold til landets størrelse.

Dertil blev Rådet orienteret om de mål sekretariatet har stillet op for 2026 og om igangværende og kommende projekter, herunder digitalisering af arbejdsprocesser, investering i AI og digitalisering, real world evidence-projekt under kræftplan 5 samt opdatering af ansøgningsskema og tilhørende metodevejledninger.

Derudover oplyste direktøren, at den reviderede habilitetspolitik, som blev godkendt december 2025, og er offentliggjort på Medicinrådets hjemmeside.

Punkt 14

Skriftlig orientering

Rådet har i januar behandlet 3 sager i skriftlig proces:

- Ikke anbefalet: Durvalumab i kombination med gemcitabine og cisplatin til behandling af voksne med resektabel muskelinvasiv blærekræft (MIBC) som neoadjuverende behandling, efterfulgt af adjuverende behandling med durvalumab som monoterapi efter radikal cystektomi.
- Anbefalet: Durvalumab til *limited-stage* småcellet lungekræft (LS-SCLC), hvis sygdom ikke er progredieret efter platinbaseret kemoradioterapi.

De to sager blev godkendt uden yderlige bemærkninger.

Der var bemærkninger til følgende sag:

- Lægemiddelnýt: Oczyesa - subkutan octreotid til behandling af akromegali.

Rådet drøftede formatet og processen omkring lægemiddelnýt. Rådet lagde vægt på transparens og tydelig vejledning omkring eventuel anvendelse af lægemidler som anmeldes. I den pågældende sag er behandlingen Oczyesa forbundet med væsentlige meromkostninger i forhold til nuværende standardbehandlinger, og Rådet mente, det vil være relevant for Medicinrådet at give tydelig vejledning til regionerne omkring dette.

Rådet besluttede at lægemiddelnýheden skulle forelægges igen i næstkommende skriftlig proces. Efter rådsmødet har virksomheden gjort Medicinrådet opmærksom på, at de ikke markedsfører Oczyesa i Danmark på nuværende tidspunkt og har derfor trukket deres ansøgning til Medicinrådet om vurdering af Oczyesa tilbage. Rådet forelægges derfor ikke en ny vurdering.

Rådet forelægges en beskrivelse af format og proces for kortere produkter på et kommende rådsmøde.

Punkt 15

Eventuelt

Et rådsmedlem gjorde opmærksom på, at Most Favoured Nation-initiativet i USA, og usikkerheden om konsekvenser heraf for medicinpriser og adgang til lægemidler i Danmark, risikerer at påvirke virksomhedernes prissætning og patienters adgang til medicin her og nu, hvis virksomhederne ikke er villige til at give rabatter på grund af usikkerheden om fremtiden. Rådsmedlemmet opfordrer til, at Medicinrådet sikrer en hurtig afklaring af, hvordan rådet skal forholde sig til den nye situation, så patienter ikke får dårligere adgang til medicin på grund af usikkerheden. Næstforpersonen orienterede om, at det lige nu er tidligt at drage konklusioner men at udviklingen følges tæt, og at sekretariatet og forpersonerne holder relevante aktører informeret.

Næste rådsmøde i Medicinrådet er onsdag d. 18. februar 2026.