

Referat – Styringsgruppemøte 19.11.14

Tid: Onsdag 19. november kl. 16.00 – 20.00

Sted: Rica Holmenkollen Park Hotel

Til stede:

Erik Wist, Steinar Dahl, Torgunn Kursetgjerde, Bjørn Naume, Hans-Petter Eikesdal, Terje Risberg, Steinar Lundgren, Helle Skjerven, Beate Boge, Kjetil Weyde, Viggo Funder, Ingvild Mjaaland, Håvard Søliland, Lars Akslen, Ellen Schlichting, Astrid Dalhaug, Anne Irene Hagen, Helge Espelid, Olav Erich Yri, Solveig Roth Hoff, Berit Gravdehaug, Hildegunn Vetti, Erling Bjordal, Alf Frimann Rosenlund, Gunnar Tonvang, Ola Westerheim

Ikke til stede: Turid Aas, Jurgen Geisler

14-19	Referat fra forrige møte		Godkjent
14-20	NBCGs økonomi og møter		235.332,- fra HD i år Saldo HD kontoen: 219.275,- (NBCG kto: 333.943,-) Møte i Oslo i juni var meget godt besøkt, fullsatt auditorium
14-21	Status protokoller med avsluttet inklusjon men fremdeles pågående analyser	NBCG 6 (Neotax)	(Lønning, HUS). Neoadjuvant studie, avsluttet inklusjon i 2002. Modne follow up data. Målsetningen er å avdekke primærtumorfaktorer som predikerer respons/resistens mot epirubicin og/eller paclitaxel. Det henvises til forrige møtes referat. Ingen ny informasjon om aktiviteten i studieanalysene ved dette møtet.

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Erik Wist, Avd for Kreftbehandling, OUS, Ullevål, 23015956, erik.wist@medisin.uio.no

Sekretær: Bjørn Naume, Avd for Kreftbehandling, OUS, Radiumhospitalet, 22934000, bn@ous-hf.no

		NBCG 9 (SATT studien)	(Naume, OUS). Secondary Adjuvant (rescue) Treatment with docetaxel (Taxotere) and detection of isolated tumor cells in bone marrow (DTC) as a surrogate marker for effect in node positive and high risk node negative breast cancer after standard adjuvant epirubicin-containing treatment. Totalt 1128 pasienter ble inkludert. Hovedresultatene fra studien er nå publisert i JCO. Pasienter som fikk docetaxel og hvor DTC ikke lenger kunne påvises etter behandlingen, hadde en meget god prognose, i motsetning til pasienter som hadde persisterende DTC etter behandlingen. (Naume B, Synnestvedt M, Falk RS, Wiedswang G, Weyde K, Risberg T, Kersten C, Mjaaland I, Vindi L, Sommer HH, Sætersdal AB, Rypdal MC, Bendigtsen Schirmer C, Wist EA, Borgen E. Clinical Outcome With Correlation to Disseminated Tumor Cell (DTC) Status After DTC-Guided Secondary Adjuvant Treatment With Docetaxel in Early Breast Cancer. J Clin Oncol. 2014 Dec 1;32(34):3848-57)
		NOWAC	(Lund, UniTø) Ingen ny informasjon presentert på møtet.
		NBCG12 (ALTTO)	(Sætersdal, OUS) Adjuvant lapatinib and/or trastuzumab treatment optimisation study. A randomised, multi centre, open-label, phase III study of adjuvant lapatinib, trastuzumab, their sequence and their combination in patients with HER2 positive primary breast cancer (Sætersdal). Resultater presentert på ASCO 2014. Studien viste ikke signifikant forskjell mellom lapatinib+trastuzumab og trastuzumab-armen. Det regnes med at resultatene vil publiseres. Det arbeides med å gjøre undergruppeanalyser/ translasjonsstudier, for å gi hypoteser til videre HER2 rettede kliniske studier.
		NBCG13 (NeoALTTO)	(Naume, OUS). Neoadjuvant behandling med behandlingsarmer tilsvarende som i ALTTO studien. Ingen nye data.
		SafeHER	(Wist, OUS). Studie av adjuvant Herceptin subcutant. Forventet publikasjon i 2015. Så godt som alle sykehus benytter s.c.

		TH3RESA	(Naume, OUS). Randomisert 3.linje. Studie av pasienter med metastatisk HER2 positiv sykdom, som tidligere har mottatt/progrediert på antracyclin, taxan, capecitabine, trastuzumab og lapatinib. Pasientene ble randomisert mellom physicians choice og T-DM1 (trastuzumab-emtisine). Cut off date før endelig analyse og publikasjon er 22.02.15
		Targit	(Lundgren, StOlav). Intraoperativ strålebehandling vs konvensjonell strålebehandling. (Lundgren; St Olav) Inklusjon avsluttet (3400 pasienter totalt) og 5 års oppfølgingen er publisert. Oppfølging fortsetter. St Olav har inkludert 112 pasienter. Trondheim planlegger oppfølgingsstudie (kvalitetssikringstudie)
		NeoAVA	(Engebråten, OUS). Neoadjuvant randomisert studie med bevacizumab (Avastin). Studien inkluderte 150 pasienter. Data vil bli tilgjengelig både på DNA-, RNA-, miRNA-, protein- og sirkulerende tumorcelle/disseminert tumorcelle-nivå. Oppdaterte primærtumoranalyser vil presenteres på San Antonio Breast Cancer Symposium i desember (2014). Det pågår fremdeles analyser, 2-3 publikasjoner er under arbeid.
		Kamilla	(Wist, OUS). Safety studie hvor T-DM1 benyttes i 2. linje eller senere etter tidligere bruk av annen type HER2-rettet behandling. 24 pasienter inkludert totalt. Ingen ytterligere opplysninger tilgjengelig på møtet.
		CRAD001YIC04 (BALLET studien)	(Naume, OUS). Everolimus i kombinasjon med Aromasin for pasienter som tidligere har progrediert på non-steroidal AI. Early access program. Toksisitet er endepunkt. 20 pasienter inkludert fra Norge. Abstract er innsendt til SABCS2014. Database lock skjer i des 2014. Presenteres på SABCS 2014 (Poster).
		Hypofraksjonert strålebehandling	(Mjaaland, SUS). Studie av 2.67 Gy x 15 vs 2 Gy x 25 mot bryst etter BCT. Primært endepunkt er toksisitet. Pasientinkludering i Danmark, Tyskland og Norge. Inkludering avsluttet i Stavanger/Sørlandet. Inkludert i Stavanger 74 pasienter, Kristiansand 12 inkluderte pasienter.

14-21	Status studier med pågående inklusjon	NBCG 14 (EBBA-studien)	(Inger Thune, OUS). En norsk randomisert klinisk intervensjonsstudie med fysisk aktivitet. Målsettingen er å teste om daglig fysisk aktivitet gir 20 % reduksjon i risiko for ugunstig metabolsk profil hos nydiagnostiserte brystkreftpasienter som kan påvirke risiko for tilbakefall og brystkreftoverlevelse. De primære effektmål (endepunkt) er metabolsk profil (relativ kroppsmasse, kroppsmasse fordeling, lipidprofil, insulin, glukose, blodtrykk) og sekundært; Sykdomsfritt intervall, spesifikk brystkreftoverlevelse og total overlevelse. Det er planlagt at 600 pasienter skal inkluderes. 36 pasienter er inkludert i hovedstudien (+60 i pilotstudien)
		DoseDense	(Lønning, HUS). Molecular markers predicting response to dose dense chemotherapy with epirubicin and docetaxel in sequence for locally advanced breast cancer. Enarmet. Litt over 100 pasienter inkludert. Den vil pågå ved HUS inntil ny studie starter opp.
		ICORG 13-10	(Sætersdal, OUS). 1. linje metastatisk HER2 positive. Paclitaxel + trastuzumab vs paclitaxel + trastuzumab + lapatinib. 6 pasienter inkludert ved OUS. Amendment godkjent for å bedre inklusjon.
		BELLE-3	(Lønning, HUS). Double blind, placebo controlled study of BKM120 with fulvestrant, in postmenopausal women with hormone receptor positive, HER2 negative AI treated, locally advanced or metastatic breast cancer who progressed on or after mTOR inhibitor based treatment. 2 sites i Norge (HUS og OUS). Status:4 (HUS) + 3 (OUS) pasienter inkludert.

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Erik Wist, Avd for Kreftbehandling, OUS, Ullevål, 23015956, erik.wist@medisin.uio.no

Sekretær: Bjørn Naume, Avd for Kreftbehandling, OUS, Radiumhospitalet, 22934000, bn@ous-hf.no

		BROCADE (Abb-Vie)	(Hans Petter Eikesdal, HUS). A Randomized, Phase 2 Study of the Efficacy and Tolerability of Veliparib in Combination with Temozolomide or Veliparib in Combination with Carboplatin and Paclitaxel Versus Placebo Plus Carboplatin and Paclitaxel in Subjects with BRCA1 or BRCA2 Mutation and Metastatic Breast Cancer. Inklusjon ved HUS. 1 pasient inkludert. Det vil for øvrig fortsettes med en "BROCADE 3" studie fra januar 2015 med videre inklusjonskriterier, slik at alle pasienter med metastatisk brystkreft, BRCA1/2 mutert oppfordres henvist til Eikesdal v/ HUS.
		NeoBCT	(Naume, OUS). Safety of breast conserving treatment in locally advanced breast cancer receiving neoadjuvant treatment (NeoBCT). Studien pågår ved OUS. 20 pasienter inkludert. På grunn av at retningslinjene for brystbevarende kirurgi endres, vil studien lukkes for inklusjon. Resultatene vil gjennomgås for de inkluderte pasientene og presenteres på et senere møte.
		MONA-LEESA2	(Ida Riise Svanberg, HUS). A randomized double-blind, placebo-controlled study of LEE011 in combination with letrozole for the treatment of postmenopausal women with hormone receptor positive, HER2-negative, advanced breast cancer who received no prior therapy for advanced disease5 inkludert, 11 screenet
		BERENICE	(Hege Oma Ohnstad, OUS). A multicenter, multinational, Phase II study to evaluate pertuzumab in combination with trastuzumab and standard neoadjuvant anthracycline-based chemotherapy in patients with HER2-positive, locally advanced, inflammatory, or early-stage breast cancer. Neoadjuvant enarmet studie hvor pertuzumab gis i kombinasjon med trastuzumab og taxan. Oppstartet november 2014.

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Erik Wist, Avd for Kreftbehandling, OUS, Ullevål, 23015956, erik.wist@medisin.uio.no

Sekretær: Bjørn Naume, Avd for Kreftbehandling, OUS, Radiumhospitalet, 22934000, bn@ous-hf.no

		Kaithlin	A randomized, multicenter, open-label, Phase III trial comparing trastuzumab plus pertuzumab plus a taxane following anthracyclines versus trastuzumab emtansine plus pertuzumab following anthracyclines as adjuvant therapy in patients with operable Her2-positive primary breast cancer. Studien gjennomføres på følgende sykehus i Norge: SUS og OUS. Pasienter kan henvises til disse sykehus for deltagelse, dette skal skje før kjemoterapi oppstartes. Inkludert 1 pasient.
		I-BCT (tittel)	(Engebråten, OUS). Improved breast cancer therapy (I-BCT-1) in the neoadjuvant and metastatic setting: A phase 2 clinical trial protocol studying biological rationale for the optimal selection of treatment regimens. Randomisert studie hvor kombinasjonen av carboplatin+taxan sammenlignes med taxan. Primært endepunkt er å avdekke molekylære karakteristika og endringer i tumor i relasjon til repons på behandlingen. Det er planlagt at cirka 100 pasienter inkluderes i neoadjuvant del av studien, mens ca 60 pasienter skal inkluderes i den metastatiske delen av studien. Inklusjon av pasienter ved OUS. Oppstartsmøte gjennomført i november 2014
14-23	Nye studier?	CirCe	(Naume, OUS). Evaluation of the use of Circulating Tumour Cells (CTCs) to guide chemotherapy from the 3rd line of chemotherapy for metastatic breast cancer. Baserer seg på bruk av Cell Search for påvisning av CTCs, prøver sendes til OUS for analyse. Randomisert studie hvor pasienter som har gjennomført 2 linjer med kjemoterapi for metastatisk brystkreft er aktuelle for inklusjon. Eksperimentell arm: CTC-veiledet (etter en kjemoterapisyklus) vurdering av behandlingsendring. AU er positive, men vi har ikke spesifikk finansiering til denne studien. Etter gjennomgang i Styringsgruppen, er det klart at noen sykehus vil ha problemer med å kunne delta. OUS vil ha en intern gjennomgang vedrørende deltagelse for sin egen del. Hvis beslutningen blir ja, vil det sendes ut forespørrelse til øvrige onkologiavdelinger.

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Erik Wist, Avd for Kreftbehandling, OUS, Ullevål, 23015956, erik.wist@medisin.uio.no

Sekretær: Bjørn Naume, Avd for Kreftbehandling, OUS, Radiumhospitalet, 22934000, bn@ous-hf.no

		Studieinfo fra Ingvild Mjaaland	En ny studie med hypofraksjonert strålebehandling som ledd i lokoregional behandling er på planleggingsstadiet. Mer info vil komme senere.
14-24	Blåboka/ Nasjonalt handlingsprogram/ Helsedirektoratet	Publisering av Handlings-programmet	Handlingsprogrammet må harmoniseres i tid mellom HD og HB. Viktig å informere om endringer i retningslinjene bredt, ansvar Styringsgruppemedlemmene
		Benign brystkirurgi	Retningslinjer for benign brystkirurgi vil legges inn på nettsiden under fane "retningslinjer", foreløpig adskilt fra Handlingsprogrammet da det ikke dreier seg om behandling av kreftrelatert situasjon og HD ikke ønsket det i handlingsprogrammet. Men vi vil på nytt foreslå å inkludere dette i Handlingsprogrammet i ny versjon i 2015.
		Pakkeforløp	Pakkeforløpene trer i kraft 1. Januar 2015 (dette inkluderer presisering av interdisiplinære grupper og team). Implementeringsmøter forskjellige deler av landet er mellom 1.-4. desember i år. Fristene i pakkeforløpet: Fra en henvisning mottas til operasjon 27 kalenderdager, 13 kalenderdager fra diagnose er stilt til operasjon (ressurser behøves). Lenke til pakkeforløpet: http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/kreft/pakkeforlop/Sider/default.aspx
		Status for vurdering av medikamenter til System for vurdering av nye metoder i spesialisttjenesten/De regionale helseforetakenes Beslutningsforum	Pertuzumab og T-DM1: Begge medikamenter er avslått, men det håpes at det likevel kan bli åpning for pertuzumab relativt snart. Det vil være grunnlag for å gi pertuzumab når det blir tilgjengelig dersom det gis trastuzumab+taxan og ikke har kommet til progresjon på behandlingen. Det bør gis informasjon til pasienten om hvilken behandling vi primært ville anbefalt. Andre tiltak i denne saken avhenger av hvilken sentral beslutning som vil tas i nær fremtid om muligheter for å benytte disse medikamenter.

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Erik Wist, Avd for Kreftbehandling, OUS, Ullevål, 23015956, erik.wist@medisin.uio.no

Sekretær: Bjørn Naume, Avd for Kreftbehandling, OUS, Radiumhospitalet, 22934000, bn@ous-hf.no

		Forespørsel fra Amgen vedrørende Xgeva relatert til Beslutningsforum.	Relatert til helseøkonomisk analyse. NBCG vil ikke delta i dette arbeidet, da vi ikke oppfatter at dette er en riktig saksgang. I så fall må Beslutningsforum be om at NBCG må uttale seg om dette.
		Innspill fra Roth Hoff vedrørende harmonisering av tekst vedrørende oppfølging etter påvist premalign lidelse.	Det er enighet om en justering i Handlingsprogrammet, hvor det legges opp til at kapittel 2.2.4 vil beskrive oppfølgingen som anbefales og at det andre steder i handlingsprogrammet hvor premaligne lidelser omtales, primært henvises til kapittel 2.2.4 for oversikt over oppfølgingen. For øvrig vil tittelen i Kapittel 2 endres fra "Forebygging" til "Screening/tidlig diagnostikk"
14-25	Nasjonalt brystkreftregister		Noen hovedpunkter i årsmeldingen ble diskutert, spesielt knyttet til BCT. BCT hyppighet varierer, det kan være flere årsaker, men dataene er ikke komplette og må tolkes forsiktig. Uansett bør vi ha fokus på å øke BCT der det er innenfor våre retningslinjer. Kontaktpersoner er i ferd med å bli klart for de fleste sykehus, for å ha god dialog med registerets "sekretariat", være "ressursperson" for videre implementering av registeret på det enkelte sykehus. Det er også viktig med påtrykk fra Kreftregisteret mot administrasjon/avdelingsledelse, slik at ressursene blir tilstrekkelige for fremtidig koding. Styringsgruppemedlemmene oppfordres til å være aktive pådrivere for å legge forholdene til rette for god koding på hvert enkelt sykehus.

14-26	Rapport/innspill fra ansvarsgruppene	Patologi:	Ny patologimal med strukturert oppsummering av diagnose (forslag fra patologiforeningens brystkreftgruppe) støttes av NBCG. Følgende punkter vil være med i den nye oppsummeringen (som inkluderer alle histologieresultater i det enkelte brystkrefttilfelle): <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparattype 2. Hoveddiagnose: type av invasivt carcinom, evt. in situ 3. Histologisk grad (Nottingham) 4. Tumors størrelse og utstrekning (invasiv + evt. DCIS) 5. Invasjon i spesielle strukturer: kar, hud/mamille, muskel 6. Reseksjonsflater 7. Lymfeknutestatus (SLN + evt. aksille) 8. Biomarkører (invasiv cancer): ER, PR, HER2, KI67
		Radiologi	Bør det settes volumkrav for diagnostikk (ved BDS): NBCG ønsker robuste, fremtidsrettede miljøer. Det ble diskutert og det er forskjellige synspunkter på om det bør satses på færre, men større enheter (sårbarhet med små miljøer/fungerende mindre enheter i dag). Dette er et tema vil vi diskutere videre fremover, AU vil arbeide videre med dette.
		Justeringer i hvem som sitter i ansvarsgruppene?	Det var enighet om at ansvarsgruppene foreslås oppnevnt og justert i forbindelse med konstituering av ny styringsgruppe, og at "virketiden" vil være 3 år.
14-27	Lokoregional stråleterapi	Bruk av klips ved BCT for å lette boostbestrålingen	Følgende vil inkluderes i vårt handlingsprogram: Det bør settes klips kl 3, 6, 9, 12 i fascien under tumor for alle under 50 år som gjennomgår brystbevarende operasjon. Merking etter onkoplastiske inngrep avventes til etter ytterligere utredning i løpet av de neste 6 mnd (Ellen Schlichting). MR compatible klips skal benyttes.

		Boostbestråling etter mastectomi ved massiv infiltrasjon i reseksjonsflaten hvor ytterligere kirurgi ikke er mulig	For klargjøring er teksten i handlingsprogrammet knyttet til dette justert, i tråd med følgende: Hvis det er massiv infiltrasjon i reseksjonsflaten eller hvis det er makroskopisk gjenværende tumor, vurderes boostbestråling mot den del av brystveggen hvor tumorvev oppfattes å være lokalisert (ut i fra tilgjengelige informasjon fra klinisk undersøkelse, operasjonsbeskrivelse og billeddiagnostikk). Fraksjoneres 2 Gy x 5-8 (10-16 Gy), etter individuell vurdering i forhold til risk/ nytteverdi. Boostbestrålingen gis etter gjennomført 50 Gy mot hele brystveggen. Dette forutsetter at ytterligere kurativ kirurgi ikke er mulig.
		Strålebehandling etter primær rekonstruksjon.	Status for arbeidet med retningslinjene. Ikke videreført så langt, men i utgangspunktet følges de retningslinjer som ellers gjelder. Det bør være slik at onkologer og plastikkirurger må kunne ha nær dialog for å best kunne tilpasse ekspandervolum slik at stråleterapien kan gjennomføres best mulig.
		Status Gatingutstyr	St. Olav: Starter med gating ultimo 2014/primo 2015 Nordlandssykehuset og Sørlandet sykehus oppstarter gating i løpet av januar. Gjøvik: Det er forventet at gatingutstyr er på plass og i bruk etter sommeren 2015 Alle øvrige stråleterapisentre har allerede oppstartet gating.
14-28	NBCGs retningslinjer for kirurgisk behandling/ rekonstruksjon	Utelate AD ved positiv SN ved mastectomi.	Det anbefales å avvente til etter SABCS/St Gallen. Hvis aktuelt vil kirurgigruppen arbeide med nye anbefalinger.

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Erik Wist, Avd for Kreftbehandling, OUS, Ullevål, 23015956, erik.wist@medisin.uio.no

Sekretær: Bjørn Naume, Avd for Kreftbehandling, OUS, Radiumhospitalet, 22934000, bn@ous-hf.no

		BCT etter neoadjuvant behandling av lokalavanserte svulster	<ul style="list-style-type: none"> • Oppfølging av tidligere forberedende diskusjoner og gjennomganger som vi har hatt i løpet av siste år. I tråd med internasjonale anbefalinger er det enighet om at brystbevarende kirurgi kan gjennomføres ved lokalavanserte tumores på følgende grunnlag: <ul style="list-style-type: none"> - cT3 tumor klassifisering - Gjennomført MR før neoadjuvant behandling og mot slutten av neoadjuvant behandling - Tumorreduksjon til under cirka 3 cm ut i fra MR - MR og kirurgisk vurdering (i tråd med vanlige vurderingskriterier) konkluderer med at BCT kan gjennomføres • Merking av tumor bør fortrinnsvis gjøres før oppstart av neoadjuvant behandling. Det bør gjøres grundig kirurgisk forberedelse til BCT inngrepet, eventuelt med vurdering av onkoplastisk kirurgi for å sikre at tumorområdet fjernes med god margin. SN diagnostikk kan gjennomføres i forbindelse med brystinngrepet dersom det er klinisk negativ axille før oppstart av neoadjuvant behandling (som tidligere). • Vurdering av grense for tumorstørrelse vil kunne være gjenstand for senere justeringer, etter at vi får erfaringer med behandlingen
		Hvor lenge bør en være røykfri for å gjøre plastikkirurgisk inngrep?	NBCG ønsker ikke å uttale seg om dette, lokale retningslinjer gjelder.
14-29	Retningslinjer for adjuvant behandling	Behandling av brystkreft under graviditet	Det er nå ferdigstilt et utkast til retningslinjer som i prinsippet ble godkjent, men med noen justeringer som vil inkorporeres i etterkant av møtet. Innspill sendes til Steinar Lundgren. Dette ferdigstilles i løpet av januar 2014 og inkluderes i Handlingsprogrammet.

		Adjuvant bisfosfonat - oppstartstidspunkt	Det gjøres ingen endringer i retningslinjene, - vi avventer SABCS og StGallen 2015 for å eventuelt komme tilbake til det. Fremdeles gjelder pragmatisk oppstartstidspunkt innenfor ca 3-6 mnd etter kirurgi (med tannlegeus. før oppstart).
14-30	Retningslinjer for behandling av residiv/metastaser	Nye ASCO anbefalinger for HER2-negativ brystkreft	Våre retningslinjer favner de viktigste delene av ASCO anbefalingene, men det er enighet om å kunne inkludere en setning om kontinuerlig versus pause i tråd med følgende formulering i ASCO anbefalingene: "Chemotherapy should be continued until progression of disease as tolerated because it modestly improves overall survival and substantially improves progression-free survival, but this has to be balanced against toxicity and quality of life. Short breaks, flexibility in scheduling, or a switch to endocrine therapy (in patients with hormone receptor-positive disease) may be offered to selected patients."
		Abraxane-dosering	Doseringen inkluderes i vårt reviderte handlingsprogram (Abraxane 260 mg/m ² gis i.v. hver 3 uke over 30 min. eller 125 mg/m dag 1,8 og 15 (4 ukers syklus).
		Amgen forespørsel om deltagelse i møte for felles retningslinjer innenfor cancer ved bruk av benresorpsjonshemmere	NBCG oppfatter våre oppdaterte retningslinjer som godt grunnlag for å beslutte vedrørende dette for brystkreft sin del og anser det ikke nødvendig med ytterligere møte for dette formål.
14-31	Arvelig brystkreft	Nye retningslinjer	Forslag til nye retningslinjer er utarbeidet av Hildegunn Vetti. Disse ble fremlagt og diskutert. Disse vil inkluderes i handlingsprogrammet etter mindre justeringer i etterkant av Styringsgruppemøtet.
14-32	Status EBCTCG, BIG		Ble ikke berørt.

14-33	NBCGs hjemmeside - status	Oppdatering kliniske studier.	Kreftforeningen har kommet med innspill for å kunne få på plass info om pågående kliniske studier på vår hjemmeside. Dette er et arbeid vi har oppstartet allerede og som Olav Yri vil arbeide videre med i den nærmeste fremtid. Vi vil respondere til Kreftforeningen hvor vi foreslår dialog etter at vi er ferdig med det pågående arbeid med å presentere kliniske studier (Erik W?).
		Flowskjema/ retningslinjer	Vi må passe på at versjonene vi har på nettsiden har rett dato (versjon), slik at det ikke blir misforståelser. Algoritme for retningslinjer for SN/AD vil også legges ut.
14-34	Eventuelt	Innspill Mjaaland	Ny inntegningsmal for stråleterapi vil foreslås at tillages i Stråleterapigruppen. Vil følges opp i løpet av neste halvår
		Neste Styringsgruppe- møte	11.06.15. Nasjonalt fagmøte blir dagen etter.

Oslo 15.01.15

Erik Wist, sign
Leder NBCG

Bjørn Naume, sign
Sekretær/Nestleder NBCG

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Erik Wist, Avd for Kreftbehandling, OUS, Ullevål, 23015956, erik.wist@medisin.uio.no

Sekretær: Bjørn Naume, Avd for Kreftbehandling, OUS, Radiumhospitalet, 22934000, bn@ous-hf.no