

Referat fra styringsgruppemøte NBCG

Tid: Torsdag 15. juni 2017 kl 16-20
Sted: Radisson Blu Gardermoen, møterom Tor 1

AU kl 09-16 (Naume, Schlichting, Eikesdal, Lundgren og Aas)

Tilstede: Bjørn Naume, Ellen Schlichting, Ingvild Moberg, Helle Skjerven, Kjetil Weyde, Linda Romundstad, Berit Gravdehaug, Randi Mathisen (for Jürgen Geisler), Kristin Reinertsen, Steinar Lundgren, Anne Irene Hagen, Solveig Roth Hoff, Torunn Kursetgjerde, Hans Petter Eikesdal, Turid Aas, Ingvild Moberg, Ingvil Mjaaland, Håvard Søiland, Helge Espelid, Lisa Steffensen, Lars Akslen, Geirfinn Vagstad, Alf Frimann Rosenlund, Egil Blix, Bård Mannsåker, Lovise Mæhle (for Hildegunn Høberg Vetti), Michael Schneider (for Erling Bjordal)

Forfall:

Jon Lømo, Terje Hasselgård, Hildegunn Høberg Vetti (reserve Lovise Mæhle), Jürgen Geisler (reserve Randi Mathisen), Eskil Fluge, Tor Jensen, Erling Bjordal (reserve Michael Schneider)

Sak	Hovedpunkt	Referat	Ansvarlig for oppfølging
1701	Referat fra forrige møte	Framlagt og godkjent uten merknader	
1702	NBCGs økonomi og møter	Økonomi: NBCG har søkt Hdir om kr 345 000 innen frist. Det er ikke utdelt noen penger pr dd og saldo er - kr 117 000 (I tillegg har NBCG den gamle kontoen hvor saldo er kr 361 000) Det ble som vanlig avholdt fagmøte i forbindelse med Onkologisk Forum, godt besøkt.	
1703	NBCGs statutter	Innkomet forslag fra plastikkirurgisk forening om økning til 2 plastikkirurgiske representanter	

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Bjørn Naume, Avd for Kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus, bna@ous-hf.no

Nestleder: Turid Aas, Avdeling for Bryst og endokrinkirurgi, Haukeland Universitetssykehus, turid.aas@helse-bergen.no

		<p>Vedtak: Styringsgruppen mener at Plastikkirurgisk forening bør foreslå en representant fra sitt styre som representant til NBCG. Styringsgruppen foreslår videre at det opprettes en ansvarsgruppe/arbeidsgruppe i plastikkirurgi på lik linje med de andre faggruppene, som bør bestå av både brystkirurger og plastikkirurger. Dette følges videre opp dersom det kommer positiv tilbakemelding fra Plastikkirurgisk forening. Forslaget om økning til 2 representanter ble ikke vedtatt.</p>	<p>Bjørn Naume sørger for tilbakemelding, Turid Aas/Ellen Schlichting følger opp opprettelsen av ansvarsgruppe</p>
1704	<p>Status protokoller med avsluttet inklusjon, men fremdeles pågående analyser</p>	<p>NBCG 6 Neoadjuvant (Neotax-studien) (Per E Lønning) Nye opplysninger ikke innrapportert</p>	
		<p>NBCG 9 SATT studien (Bjørn Naume) Nye opplysninger ikke innrapportert</p>	
		<p>NOWAC-studien (Eilif Lund) Nye opplysninger ikke innrapportert</p>	
		<p>NBCG12 (ALTTO) (Anna Sætersdal) Nye opplysninger ikke innrapportert</p>	
		<p>NBCG13 (NeoALTTO)(Bjørn Naume) Nye opplysninger ikke innrapportert</p>	
		<p>SafeHER (OUS, SUS, Sørlandet)(Erik Wist) Nye opplysninger ikke innrapportert</p>	
		<p>TH3RESA studien (OUS)(T-DM1)(Bjørn Naume) Nye opplysninger ikke innrapportert</p>	
		<p>Targit studien (St Olav) (Steinar Lundgren) Nye opplysninger ikke innrapportert</p>	

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Bjørn Naume, Avd for Kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus, bna@ous-hf.no

Nestleder: Turid Aas, Avdeling for Bryst og endokrinkirurgi, Haukeland Universitetssykehus, turid.aas@helse-bergen.no

		NeoAva (OUS + St Olav)(Olav Engebråten) Nye opplysninger ikke innrapportert	
		KAMILLA (T-DM1)(OUS)(Kristin Reinertsen) Nye opplysninger ikke innrapportert	
		Hypofraksjoneringsstudien (SUS, Sørlandet)(Ingvil Mjaaland) Nye opplysninger ikke innrapportert	
		NeoBCT studien (Naume) Nye opplysninger ikke innrapportert	
		MONA-LEESA 2 (Eikesdal) Nye opplysninger ikke innrapportert	
		BERENICE (Hege Oma Ohnstad) Nye opplysninger ikke innrapportert	
		KAITHLIN (Olav Engebråten) Nye opplysninger ikke innrapportert	
		DoseDense (HUS)(Per E Lønning) Nye opplysninger ikke innrapportert	
		Impassion 131 studien (Roche)(Bjørnar Gilje) Nye opplysninger ikke innrapportert	
		BELLE-3 (etter progresjon på everolimus)(Per E. Lønning) Nye opplysninger ikke innrapportert	

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Bjørn Naume, Avd for Kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus, bna@ous-hf.no

Nestleder: Turid Aas, Avdeling for Bryst og endokrinkirurgi, Haukeland Universitetssykehus, turid.aas@helse-bergen.no

		ICORG 13-10 (Anna Sætersdal) Nye opplysninger ikke innrapportert	
1705	Status studier med pågående inklusjon	EBBA2 studien (NBCG14) Energy Balance and Breast cancer Aspects. (OUS, St Olav, VV Drammen)(Inger Thune) 510 pas inkludert (av planlagt 600), frafall lavt. Planlagt avsluttet medio sept 2017	
		PETREMAC studien (NBCG15) PErsonalized TREatment of high-risk MAMmary Cancer. Neoadjuvant behandling av høyrisik brystkreft, basert på IHC4 kriterier + TP53 mutasjonsstatus. (Hans Petter Eikesdal) 77 pas inkludert (av planlagt 200)	
		BROCADE 3 (AbbVie studien M12-914)) A Phase 3 Randomized, Placebo-Controlled Trial of Carboplatin and Paclitaxel With or Without the PARP Inhibitor Veliparib (ABT-888) in HER2-Negative Metastatic or Locally Advanced Unresectable BRCA-Associated Breast Cancer. (Hans Petter Eikesdal.1 pas inkludert. Lukkes til sommeren	
		I-BCT studien Improved breast cancer therapy (I-BCT-1) in the neoadjuvant and metastatic setting. (Olav Engebråten) Ca 80 inkludert av planlagt 150 i den neoadjuvante delen, 3 inkludert i den metastatiske delen	
		Kvalitetssikringsstudien intraoperativ stråleterapi (etter Targit studien) (Steinar Lundgren) 150 pasienter inkludert	
		Skagen Trial I. Moderately hypofractionated loco-regional adjuvant radiation therapy of early breast cancer combined with a simultaneous integrated boost in patients with an indication for boost, a randomised clinically controlled trial. Totalt inkludert (Tromsø, Kristiansand, Stavanger): 162 pasienter	

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Bjørn Naume, Avd for Kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus, bna@ous-hf.no

Nestleder: Turid Aas, Avdeling for Bryst og endokrinkirurgi, Haukeland Universitetssykehus, turid.aas@helse-bergen.no

		Antall pas med integrert boost: 12 (+ 3 som har fått elektronboost).	
		Bay BC Ra233 Study B (16298) studien. A phase II randomized, double-blind, placebo-controlled trial of radium-223 dichloride versus placebo when administered to metastatic HER2 negative hormone receptor positive breast cancer subjects with bone metastases treated with hormonal treatment background therapy. (Bjørn Naume) 1 pas inkludert	
		Bay BC Ra233 Study B (17096) studien. A phase II randomized, double-blind, placebo-controlled trial of radium-223 dichloride in combination with exemestane and everolimus versus placebo in combination with exemestane and everolimus when administered to metastatic HER2 negative hormone receptor positive breast cancer subjects with bone metastases. (Bjørn Naume) 5 pas inkludert	
		ALICE (NBCG16): A randomized placebo-controlled phase II study evaluating atezolizumab combined with immunogenic chemotherapy in patients with metastatic triple-negative breast cancer (Jon Amund Kyte) Oppstartsmøte var ultimo mai 2017. Studien vil foregå ved universitetssykehus i alle helseregioner. Den planlegges også utvidet til sykehus i Danmark, men dette er ikke avklart ennå.	
		Positive Trial. Pregnancy Outcome and Safety of Interrupting Therapy for Women With Endocrine Responsive Breast Cancer (Anna Sætersdal) 3 pas inkludert, 4-5 aktuelle kandidater I tiden fremover	
1706	Nye studier planlagt/ i startgruppen eller til diskusjon/informasjon	EMIT studien Establishment of Molecular profiling for Individual clinical routine Treatment decisions in Early Breast Cancer. (Bjørn Naume) Det er søkt midler med tanke på oppstart av de to prospektive delstudiene i dette prosjektet. Et samarbeidsnettverk bestående av kirurger, onkologer	

		og patologer fra 15 norske sykehus er etablert med tanke på gjennomføringen av studien. Svar på søknadene forventes i oktober i år.	
		<p>Exceptional Responders Program (Hans Petter Eikesdal). Hensikten er å identifisere pasienter med helt eksepsjonelle effekter av behandling ved metastatisk brystkreft, og å studere disse tilfellene i detalj med tanke på å avdekke relevante mekanismer/karakteristika som kan gi grunnlag for ny kunnskap av betydning for fremtidig brystkreftbehandling og nye kliniske studier.</p> <p>Venter fremdeles på mer informasjon fra BIG, de som har potensielle kandidater må sende informasjon til Eikesdal, han vil søke REK først når man ser om det er kandidater som tas inn i studien</p>	
1707	Blåboka/ Nasjonalt handlingsprogram/ Helsedirektoratet	Nytt Handlingsprogram ble publisert 12.06.17.	
		<p>System for vurdering av nye metoder i spesialisttjenesten/De regionale helseforetakenes Beslutningsforum (T-DM1, pertuzumab og palbociclib). Status for kommunikasjon/møter med SLV.</p> <p>Naume og Eikesdal har hatt et møte med SLV vedrørende bruk av pertuzumab i neoadjuvant behandling. SLV kunne ikke akseptere ikke pCR som et generelt endepunkt for behandling. De ønsket imidlertid å være løsningsorientert for subgrupper av pasienter. I tillegg ble T-DM1 diskutert. SLV ønsket tilbakemelding fra NBCG på klargjøring av grunnlag for å benytte både pertuzumab i neoadjuvant og T-DM1 i metastatisk situasjon til subgrupper, gitt at en generell godkjennelse av bruk av medikamentene ikke blir gitt. SLV fikk brev fra AU om disse forhold, som etter vår mening gir spesielt grunnlag for å benytte begge medikamentene (ikke tilfredsstillende respons på EC90 for paklitaxel; ved redusert toleranse og</p>	

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Bjørn Naume, Avd for Kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus, bna@ous-hf.no

Nestleder: Turid Aas, Avdeling for Bryst og endokrinkirurgi, Haukeland Universitetssykehus, turid.aas@helse-bergen.no

		<p>risiko for mye bivirkninger ved tradisjonell kjemoterapi for T-DM1 i 2./3. linje).</p> <p>TDM1 skal opp i nytt møte i Beslutningsforum, sannsynlig før sommeren 2017. (Sekretærs anmerkning i etterkant av styringsgruppemøtet: Kadcyla ble igjen avslått av Beslutningsforum).</p> <p>Palbociclib er nå overført til H-resept. Men endelig beslutning om medikamentet får endelig godkjennes til bruk i henhold til retningslinjene, er avhengig av Beslutningsforum. Inntil dette er avklart kan medikamentet foreskrives i tråd med Handlingsprogrammet.</p>	
1708	Nasjonalt brystkreftregister	<p>Kort statusrapport for NBCR:</p> <p>Ny innstilling av referansegruppemedlemmer er gjennomført: halvparten sitter 2 år, halvparten 4 år.</p> <p>Nye meldeskjema testes og ferdigstilles høsten 2017.</p> <p>Foreløpig årsrapport for 2016 foreligger og vil bli lagt fram for styringsgruppen i NBCR den 19. juni.</p> <p>Patologi: Spørsmål om hvor komplette data er? Mitosetall skal nå rapporteres i tillegg til Ki67</p> <p>Lite onkologidata rapportert i 2016, men flere sentra er kommet i gang i 2017. Prosjektet som gjennomføres for å bedre onkologiregistreringen (finansiert av Rosa Sløyfe midler) er kommet godt i gang, og forventes at gir resultater i de kommende årsrapporter.</p>	
1709	Rapport/innsjill fra ansvarsgruppene	<p>Patologigruppen: Oppdateringer av patologikapittel ble gjort i forbindelse med revisjon av Handlingsprogrammet.</p> <p>Man vil se på Progesteronreseptor rapporteringen og forberede en diskusjon til neste møte</p>	
		<p>Radiologigruppen: Har jobbet mye med rapporten om arvelig kreft de siste månedene</p>	

1710	Lokoregional stråleterapi	<p>Strålebehandling og risikofaktorer for senskader i lys av nyere studier, lungecancer og hjertesykdom.</p> <p>En ny EBCTCG overview analyse har gjennomgått risiko for spesielt lungecancer og hjertesykdom etter strålebehandling (Taylor et al, J Clin Oncol. 2017 May 20;35(15):1641-1649.PMID: 28319436). Studien viser at risikoen øker med økende doser til henholdsvis lunge og hjerte og spesielt at røykere har økt risiko for å utvikle lungecancer og til en viss grad død av hjertesykdom, mens ikke-røykere med doser til lunge/hjerte i tråd med moderne stråleplanlegging har lav/ingen risiko. Det vil inkluderes i neste versjon av Handlingsprogrammet at det anbefales røykeslutt på grunn av økt risiko for lungecancer etter adjuvant strålebehandling røykere.</p>	Justeres av ansvarsgruppe stråleterapi
<p>Status gating ved stråleterapi-institusjonene: Alle sentra bruker nå gating</p>			
1711	NBCGs retningslinjer for kirurgisk behandling/rekonstruksjon	<p>Forslag til endring av retningslinjene for axillekirurgi etter neoadjuvant behandling hos pasienter som før terapi var cN1 og er blitt ycN0 etter behandlingen. Grunnlaget er at det er kommet data som viser tilfredsstillende lav falsk negativitet ved denne situasjonen gitt visse forutsetninger, som gjenspeiles i vedtaket (King t et al. Surgical issues in patients with breast cancer receiving neoadjuvant chemotherapy. Nat. Rev. Clin. Oncol. 2015;12:335-43)</p> <p>Vedtak: AD kan unnlates hos pasienter som før terapi var cN1 og etter terapi blitt ycN0.</p> <p>Forutsetninger: cT2 eller cT3 (ikke cT4) cN1 (ikke cN2/N3)</p> <p>Det brukes både fargestoff og radioaktivt stoff Det gjøres AD dersom SN prosedyre mislykkes Det gjøres AD for positiv SN, også mikrometastaser Minst 3 SN fjernes (gir lavere andel falsk negativ SN, 7-9 %); (palpable, makroskopisk unormale lymfeknuter inkludert)*</p>	Turid Aas og Ellen Schlichting endrer i Handlingsprogrammet ved revisjon og dette legges på hjemmesiden under nytt fra NBCG inntil ny oppdatering

		<p>Forslag til endring av retningslinjer for BCT ved to eller flere tumores i ulike kvadranter/sektorer i brystet (tidligere kun mulig å gjøre BCT dersom to eller flere tumores i samme sektor). Vedtak: I tråd med internasjonal konsensus åpnes det for BCT selv om det er to eller flere tumores i ulike sektorer, dette kan eventuelt kreve to snitt. I praksis vil det oftest dreie seg om to tumores.</p>	<p>Turid Aas og Ellen Schlichting endrer i Handlingsprogrammet ved revisjon. I mellomtiden legges dette på hjemmesiden under nytt fra NBCG</p>
		<p>Tillegg til kirurgi i bryst etter neoadjuvant kjemoterapi. Vedtak: Mikroforkalkninger som gjenstår etter neoadjuvant kjemoterapi bør være med i resektatet (Feliciano Y et al. Ann Surg Oncol 2017;24:1492-8) En andel av disse viser tilstedeværelse av malignitet ved histologisk undersøkelse.</p> <p>Kontralateral mastektomi; Er ytterligere presisering nødvendig? Dagens tekst: «Det er ikke generell indikasjon for profylaktisk fjerning med rekonstruksjon av kontralateralt bryst ved diagnose brystkreft». Vedtak: Endres til «Det er ikke generell indikasjon for profylaktisk fjerning med eller uten rekonstruksjon av kontralateralt bryst ved diagnose brystkreft. Pasienten må informeres om at det ikke bedrer overlevelsen»</p>	<p>Turid Aas og Ellen Schlichting endrer i Handlingsprogrammet ved revisjon. I mellomtiden legges dette på hjemmesiden under nytt fra NBCG</p>
		<p>Behandling av isolerte ipsilaterale residiv etter BCT skal gjennomgå og revideres til høstens møte, eventuelt etter SABCS2017 (hvor dette står på programmet).</p>	<p>Turid, Ellen, Hans Petter</p>

		<p>Type implantater og utvikling av lymfom. Utredning gitt ved Michael Schneider:</p> <p>Forekommer ved teksturerte implantater med høyere overflateareal</p> <p>Type lymfom: Anaplastisk large cell lymfom (ALCL)</p> <p>Forekomst: Sjelden, men oppgis varierende</p> <p>Presenterer seg som seromdannelse omkring kapselen etter flere år</p> <p>Diagnostikk: Aspirasjonscytologi/immunhistokjemi mot CD30</p> <p>God prognose</p> <p>Vedtak: Det legges inn informasjon om dette i Handlingsprogrammet slik at BDS med radiologer og kirurger kjenner til tilstanden og hvordan den diagnostiseres.</p>	Ellen Schlichting
1712	Retningslinjer for adjuvant behandling	<p>Bruk av genprofiler for beslutning om adjuvant kjemoterapi for HR+/HER2-pasienter. Konferer beskrivelse i referat fra forrige styringsgruppemøte eller Handlingsprogrammet. I forbindelse med inklusjon av dette i handlingsprogrammet ble det anbefalt å benytte dette i et kvalitetssikringsprosjekt. Status for dette er at utkast til prosjekt er skrevet, men ferdigstilling avventer godkjenning av at sykehusene vil dekke utgiftene til testen. Minimetodevurdering for Prosignatesten er utført ved OUS (ligger tilgjengelig på følgende adresse: http://www.helsebiblioteket.no/minimetodevurdering/sok). Denne er faglig godkjent, men bruk av testen må avvente forankring i budsjett. I tillegg er Prosignatesten også sendt inn til Bestillerforum for å kunne gi grunnlag for godkjenning av testutgiftene ved alle sykehus.</p>	Bjørn
		<p>Forlenget cardial monitorering (MUGA/EKKO) etter avsluttet trastuzumab nødvendig?</p> <p>Vedtak: De fleste hendelser kommer i løpet av 1. året. Det oppfattes at man har så få hendelser senere at gevinsten er svært liten ved lenger monitorering hos</p>	Legges inn under nytt fra NBCG inntil oppdatering av Handlingsprogrammet

		<p>pasienter som har normal LVF ved endt behandling (vanligvis avsluttes monitoreringen etter endt behandling). Det er likevel viktig med god informasjon til pasienter og fastleger slik at en har lav terskel for å undersøke ved symptomer som kan ha kardial årsak i etterkant av behandlingen. Ekstra påpasselig bør en være hos pasienter som også mottar antracyclinbehandling og hos pasienter som har hatt eller er disponert for hjertesykdom.</p>	
		<p>Trenger vi noen presiseringer/justeringer i forhold til bruk av benresorpsjonshemmere hos pasienter som mottar AI og som ikke er kandidater for adjuvant zoledronsyre (postmenopausale kvinner >55 år), eventuelt som ledd i adjuvant behandling? Vedtak: Hos pasienter < 55 år som får LH/RH agonist og AI/ tamoxifen er det forventet så stort tap i benmasse ved 5 års behandling at bisfosfonatbehandling med zoledronsyre hver 6. mnd. anbefales. I tillegg er det også et visst grunnlag for å kunne gi slik behandling ut fra en adjuvant tankegang (ABC SG12 studien). Det skal gis calcium/vitamin D som for pasienter >55 år i tillegg.</p>	<p>Endring i Handlingsprogram met ved revisjon. Legges ut på hjemmesiden under nytt fra NBCG inntil ny oppdatering</p>
		<p>Bør flere få neoadjuvant behandlingsanbefalinger? Kfr St Gallen anbefalinger for pasienter med HER2 positiv og trippel negativ cancer? Hvilke sykehus skal gi neoadjuvant behandling? Vedtak: Arbeidsgruppe kommer med en anbefaling vedrørende begge disse spørsmål til høstens møte</p>	<p>AU drøfter dette primært og kommer med forslag til styringsgruppemøt et i november.</p>
		<p>Det ble gitt en kort gjennomgang av viktige data fra årets ASCO: Aphinity trial, Sammenlikning av overlevelsesdata mellom pas som har fått adjuvant kjemoterapi og trastuzumab +/- pertuzumab: Liten forskjell for alle grupper sett under ett, noe bedre for høyrisikogruppene. Foreløpig ikke</p>	

		<p>aktuelt å foreslå endrede retningslinjer i Norge. Kortere trastuzumab- behandling vs standard behandlingsslengde: Overlevelsesdata ikke fullt så bra. Det er ingen grunn til å endre dagens anbefaling. Men resultatene er likevel så bra at kortere behandling kan aksepteres i spesielle situasjoner (for eksempel intoleranse/ hjertesykdom). PARP hemmeren olaparib viste ca. 3 mndr. forlenget PFS ved metastatisk brystkreft hos pasienter med BRCA1/2 germline mutasjoner (OLYMPIAD studien). OS data ikke klar. Mye mindre bivirkninger av olaparib enn kjemoterapi ved 3. linjes behandling. Foreløpig ikke godkjent for bruk i Norge.</p>	
		<p>Sensitive østradiolmålinger i Norge – status Haukeland Universitetssykehus har etablert en ny og mer sensitiv metode med nedre deteksjonsgrense 20 pmol/l</p>	
1713	Brystkreftkontroller – organisering og innhold	Ingen endringer	
1714	Retningslinjer for behandling av residiv/metastaser	Ingen endringer	
1715	Arvelig brystkreft	<p>Utkast til nytt kapittel om arvelig brystkreft er ferdigstilt og vedtatt. De viktigste endringer: Alle < 60 år med brystkreftdiagnose bør tilbys BRCA1/2 test, Øvre aldersgrense for rutinemessig MR: 70 år, deretter mammografi så lenge pas er frisk nok. Gravide: kontrolleres med mammografi og UL, ikke MR Videre: arbeidsgruppen (som siste halvår har inkludert medisinsk genetikere og kirurger) fortsetter sitt arbeid, supplert med Hans Petter Eikesdal som onkolog. Videre vil man se på muligheter for registrering i</p>	<p>Kapittelet blir lagt på hjemmesiden inntil oppdatering av Handlingsprogrammet foreligger</p>

		kvalitetsregister, anbefaling om oppfølging i relasjon til BDS (kirurg/kreftsykepleier), mm.	
1716	Status EBCTCG, BIG, skandinavisk brystkreftgruppe	Henvendelse fra skandinaviske brystkreftonkologer om man skal gjenoppta skandinavisk samarbeid. Vedtak: I utgangspunktet er vi positive til nærmere skandinavisk samarbeid, men dette må være formalisert og for vår del være gjennom NBCG. Bjørn vil se nærmere på forslaget og delta på et tillyst møte i august	Bjørn
1717	NBCGs hjemmeside - status	Ny nettside ferdigstilt og oppdatert med samme nettadresse Er i drift fra 20.6.2017. Den inneholder blant annet studieoversikt for hele Norge, muligheter for å legge inn nyheter osv. Konseptet ble meget godt mottatt av styringsgruppen. Lisa Gregusson Svartdal har vært ansvarlig for å bygge opp denne siden og vil fortsette som nettredaktør.	
1718	Eventuelt	<ol style="list-style-type: none"> 1. Det nasjonale møtet i forbindelse med San Antonio: Dette har vært arrangert av industrien, som ikke lenger kan gjøre dette i følge regelverket. Fra industrien er det foreslått at NBCG arrangerer og ber om sponsorstøtte. Usikkert om vi kan gjøre det siden vi har støtte fra Hdir. Mer stemning er til stede for å ha et mer uformelt møte med faglig diskusjon, uten industrien til stede. Vi sonderer om det er mulig å få et lite møterom til oppsummering på kongressen eller i hotellet hvor mange bor. 2. Det er usikkert hvor godt informasjonen om vedtak og endringer fra NBCG distribueres utover til de enkelte avdelinger og leger som behandler brystkreft. Vi oppfordrer i forbindelse med møter og referatutsendelser styringsgruppemedlemmene til å spre informasjonen. Vi fortsetter med denne poengteringen, men vil i tillegg lage en logistikkmodell for infolyten. 	Turid Turid/ Ellen

Bergen 25.08.2017

Turid Aas
Sekretær

Bjørn Naume
Leder

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Bjørn Naume, Avd for Kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus, bna@ous-hf.no

Nestleder: Turid Aas, Avdeling for Bryst og endokrinkirurgi, Haukeland Universitetssykehus, turid.aas@helse-bergen.no