

Nasjonalt møte om avansert molekylær kreftdiagnostikk

Seminarrom1, 1 etg.
Forskningsbygget
Radiumhospitalet

Nasjonalt møte om avansert molekylær kreftdiagnostikk

Tid: Tirsdag 11. juni kl. 11-17

Sted: Radiumhospitalet, forskningsbygget, seminarrom 1 + 2, 1. etg.

Program

11:00 - 11:05 *Velkommen ved Sigbjørn Smeland og Lars Eikvar*

11:05 - 11:10 *Behov for nasjonal samhandling i innføring av PM i kreftbehandling v/Hege Russnes leder for Molekylærpatologiforeningen*

11:10 - 11:25 *Pågående nasjonale prosesser – Øystein Krüger, HSØ*

11:25 - 12:20 *Avansert molekylær kreftdiagnostikk ved de store kreftsentrene i landet*

OUS: Lars Eikvar og Sigbjørn Smeland; Haukeland: Gunnar Mellgren; St. Olav: Stein Sundstrøm og Harald Aarset; UNN: Thomas Berg

13:00 – 14:00 *Behov for og utfordringer ved avansert molekylær kreftdiagnostikk for behandlende lege -*

Paneldeltagere: Per Eystein Lønning (Haukeland),), Kristina Lindeman (OUS), Bjørn Henning Grønberg (St Olav), Odd Terje Brustugun (Vestre Viken), Olav Engebråten (OUS)

14:00-15:00 *Behov for og utfordringer ved avansert molekylær kreftdiagnostikk i kliniske studier -*

Paneldeltagere: Geir Tjønnfjord (OUS), Anne Hansen Ree (Ahus), Jon Amund Kyte (OUS), Hans Petter Eikesdal (Haukeland), Bjørnar Gilje (SUS), Aslaug Helland (OUS)

15:15-16:15 *Utfordringer for patologi for å kunne tilby avansert molekylær kreftdiagnostikk -*

Paneldeltagere: Ying Chen (OUS), Olav K. Vintermyr (Haukeland), Harald Aarseth (St. Olav), Thomas Berg (UNN), Pål Suhrke (SiV), Ulla Randen (AHus)

16:15-17:00 *Nasjonal arbeidsdeling og veien videre*

Behov for og utfordringer ved avansert molekylær kreftdiagnostikk for behandlende lege

- **Organisering:** Implementering av persontilpasset medisin krever at vi vurderer nye modeller for organisering av kreftbehandling og diagnostikk. Stikkord:
 - nye grenser og samarbeidsgrensesnitt mellom genetikk, molekylærbiologi, patologi, med.biokjemi mm
 - bruk av knappe kompetanseressurser og utstyr, tumorspesifikk,
 - mindre organspesifikk tumorforståelse
 - særskilt fokus mellom translasjonsforskning utprøvende behandling og ordinær drift med kliniske studier
- **Utprøvende behandling:** For å realisere utprøvende behandling som en del av det ordinære tilbudet kreves en mer aktiv tilrettelegging for dette i klinikk og en bedre tilpasset rigging av samarbeidet mot diagnostikk
- **Handlingsprogram:** Presisjonsmedisin må integreres, programutvikling må bli mer dynamisk og fortløpende oppdatert. Behov for pan-cancer handlingsprogram for presisjonsmedisin? Egen faggruppe for presisjonsmedisin?
- **Godkjenningsprosesser:** Prosessene for diagnostikk ikke så strømlinjeformet som for medikamenter. Hva skal metode-vurderes og på hvilket nivå?
- **Valg av NGS-teknologi og genpanel:** Premisser for valg og størrelse av ganpaneler samt valg knyttet til sjeldne diagnoser må avklares. Rutineanalyser versus utprøvende. Ønskelig med samordning i valg av teknologi men etablering i alle regioner.
- **Økonomi:** Kan ha helse-økonomisk gevinst, men vanskelig å få finansiert pga at gevinsten kommer ikke der kostnadene kommer. Budsjetteringsmodell må tilpasses dette.
- **Konsekvenser** også for pakkeforløp og utdanning.

Behov for og utfordringer ved avansert molekylær kreftdiagnostikk i kliniske studier

- **Kompetanse:** Satsing på kliniske studier innen presisjonsmedisin er avhengig av tverrfaglig kompetanse inkludert nye fag som molekylærbiologi og bioinformatikk. Det krever både umiddelbare initiativer og langsiktig satsing samt utnytting av eksisterende kompetanse, tilrettelegge institusjonelle løsninger og samarbeid mellom institusjoner.
- **Organisering:** Her to spørsmål:
 - Synergi mellom molekylær kreftdiagnostikk i forskning og i klinikk må optimaliseres og aktivt stimuleres.
 - Utvikling av organisasjonsmodeller for diagnostiske og kliniske beslutninger – tverrfaglige ekspertgrupper.
- **Godkjenningspraksis:** Nasjonal forståelse for de særskilte modeller for forskningsdesign som delvis er nødvendig i persontilpasset medisin.
- **Akkumulering av data.** Systemer for at en i andre forskningsprosjekter kan dra nytte av data som akkumuleres i gjennomførte studier.
- **Studiedesign** Hvilken strategi skal Norge ha for studier med små pasientgrupper (bygge ny registre, nasjonalt samarbeid, internasjonalt samarbeid).
- **Kostnadsdekning:** Forsker-initierte studier må integreres i ordinær sykehusdrift og kan ikke fullfinansieres over prosjektbudsjettet. De kliniske avdelingene må bli rustet for å kunne bidra i kliniske studier (stikkord basisinvesteringer og infrastruktur personalmessig). Medikamentkostnader må løses
- **Sykehusdrift:** Hele verdikjeden innen pasientbehandling må tilrettelegges for kliniske studier.

Utfordringer for patologi for å kunne tilby avansert molekulær kreftdiagnostikk

- **Nasjonal samordning og lokal dynamikk:** Det er mange som ønsker seg en nasjonal standard som gir styrke og trygghet og mindre sårbarhet versus lokal tilpassing og dynamikk på et området som utvikler seg fort. Nivådeling av laboratoriene er ønskelig, jfr. presentasjon HSØ.
- **Kvalitetssikring:** Bygge kvalitet nedenifra og ikke bare gjennom store nasjonale prosesser. Det finnes internasjonale veiledere som man kan flyte på i stedet for å utarbeide alt selv, pluss at akkreditering bidrar til standarisering og hevning.
- **Kompetanse og treningsmuligheter utnyttes:** Tilrettelegge for kompetanse oppbygging over hele landet. Trekke mange med seg inn i pilotprosjektene.
- **Utdanning patologer, molekulærbiologer, onkologer mm:** Framtidsrettet kravspesifikasjon som tar høyde for forventet volumøkning. Stort etterutdanningsbehov og behov for hospitering. Involvering i forskning viktig for fagutvikling og kompetansehevning.
- **Samarbeid:** Patologien og avansert diagnostikk må utvikles i tett samarbeid med klinikere. Det skjer i drift og i forskning. I forskning er det ofte tettere organisert.
- **Finansiering og kostnadsdekning:** Utfordringer med finansiering ble diskutert, bl.a. kostnader for utstyr til forskning og/eller klinikk samt kostnader ved håndtering og lagring av store datamengder. Budsjett- og regnskapstekniske utfordringer må løses. Ulik finansiering av tester for inneliggende versus polikliniske pasienter virker uhensiktsmessig, DRG-inntekt og Helfo-refusjon må samordnes.
- **Integrering av IKT systemer.** Det er viktig i forhold til for eksempel lab-systemer, datatolkning og –lagring, forskningssystemer i individuelle institusjoner og for overføring mellom institusjoner.

Ytterligere kommentarer som kom fra deltagerne til oppsummeringen av møtet

- Handlingsprogram: Vi må få en mye større tydelighet inn i handlingsprogrammene fordi det får budsjettkonsekvenser. Dette krever at Helsedirektoratet tar inn og godkjenner endringene raskere. For å oppdatere handlingsplanene trenger vi også testing av nye metoder som ikke er del av rutine.
- Det er behov for en overgang mellom etablerte metoder og nye metoder. I forhold til data-akkumulering har Norge nylig signert en avtale om deling av genomdata med EU, dette inkluderer forskning og behandling innen kreftområdet. Regjeringen har forpliktet seg til å utvikle infrastruktur for dette.
- Vanskelig å se for seg en integrering av IKT-systemene så lenge helseforetakene investerer i ulike systemer. Slik status er i dag ser det ut til at parallelle systemer utvikles.