

# Aksjonærgruppen Nanovector - AGNV

Jon Magne Asmyr/JMA, representant AGNV

Aksjonærer Nordic Nanovector ASA, media og andre berørte

29.11.22

## NOTAT på vegne av Aksjonærgruppen Nanovector – AGNV. Hvorfor sluttet Betalutin å fungere?

### Innhold

1. Innledning
2. Endring av målgruppen
  - Trinn 1: Første del av Paradigme-studien (interim)
  - Trinn 2: Andre del av Paradigme-studien
  - Oppsummering av endringene i målgruppen
3. Korona-pandemien
4. Kontrollgruppe blir et krav fra FDA
5. NANOs rolle avgrenses

### 1. Innledning

Dette er kun et innledende notat. Tilgang til dataene fra studien der Betalutin sluttet å fungere er nødvendig for å få et riktig bilde av hva som gikk feil.

Utviklingen av Betalutin ble startet på Radiumhospitalet. Deres forskningsstiftelse Radforsk bidro til å opprette Nordic Nanovector for å få inn nødvendig kapital til å finansiere den videre utviklingen av dette kreftmidlet. Det er et målsøkende kreftmiddel med begrensede bivirkninger. I utprøving på 74 mennesker viste Betalutin seg i mange år godt egnet til å redusere og i mange tilfelle fjerne tumorer (Lymrit- 37-01 – Del A). Forskningen viste også at Betalutin i samspill med det kjente kreftmidlet Rituximab ga en betydelig kombinasjonseffekt. (Archer-1). For de pasientene som fikk utprøve den var effekten på topp og varigheten lang. Betalutin hadde også potensial for å redusere resistens mot Rituximab (CD20).

I tillegg utviklet Nordic Nanovector en plattform rundt målsøkende kreftmidler rettet mot CD37. University of Pennsylvania som utviklet CAR-T har inngått en samarbeidsavtale for å utvikle CAR-T på CD37 plattformen. OranoMed og NANO har hatt et samarbeid siden 2018 for å utvikle en behandling for bl.a chronic lymphocytic leukaemia med Alpha37. OranoMeds hjemmeside tyder på at de har kommet så langt i utviklingsarbeidet med denne at det neste trinnet blir klinisk utprøving.

Den siste studien på Betalutin, Paradigme-studien, viste ifølge selskapet at kreftmidlet ikke fungerte lengre – og selskapet avsluttet derfor arbeidsforholdet til 80% av sine ansatte dette

halvåret, og sa opp produksjonsavtalene med underleverandører av kreftmidlet. Dette har skjedd uten at pasientene eller aksjonærene først fikk se de nødvendige dataene fra selskapets havarete studie på Betalutin.

For en kreftmedisin der man har hatt objektive målinger i nærmere 10 år med billedteknologi, som viste at kreftsvulstene for om lag 90% av pasientene ble redusert. Av disse fikk 30 % CR og 61% ORR. Spørsmålet er hvorfor kreftmedisinen Betalutin plutselig sluttet å virke. Selskapet har ikke gitt noe svar på dette.

Alle medisin-kandidatene til NANO er bygd på CD-37 plattformen til selskapet. Det er derfor essensielt å få belyst kriteriene for når Betalutin gir god effekt og når den ikke er egnet.

Forklaringene til at Betalutin mistet effekten kan være:

- ENDRING AV MÅLGRUPPEN
  - At målgruppen ble endret fra en gruppe som Betalutin var egnet for (Lymrit-studien og Archer-1 studien) til en gruppe som den var uegnet for (Paradigme-studiens andre del)
- KORONA-EPIDEMIEN
  - At korona-sykdom og/eller vaksinen ga celledøde som hindret «målraketene» til Betalutin å finne CD37 på kreftcellen
  - At pasientene ble sykere av korona på grunn av at bivirkningen av Betalutin reduserte deres blodplatenivå og derved muligheter til å overleve sykdommen

Dette er spørsmål som burde vært belyst før nedtrappingen av selskapet. Mens vi enda venter på dataene fra Paradigme, må vi se på hva vi har av data og vurderinger fra tidligere studier. Der har vi noe som er egnet for å se på om problemstillingen om endringer i målgruppen er relevant. Selv om vi ikke har data fra undersøkelsen, har vi opplysninger om endringene i inntakskriteriene. For å belyse korona-epidemiens virkning for effekten til Betalutin trengs spesifikke data og analyser. Som vi først får gått inn i når vi får tilgang til dataene. Krav om rask tilgang/innsyn i datamaterialet er spesielt viktig for å kunne se om vi kan «friskmelde» Betalutin og CD37-plattformen for de målgruppene den tidligere har fungert. Samtidig får vi her et rikholdig materiale som er egnet til å avgrense bruken av Betalutin i forhold til de den ikke er egnet for. Ved å spisse målgruppen kan vi i neste omgang få økt effekten av Betalutin.

## **2. Endring av målgruppen**

Under Lymrit-studien (Del A) ble Betalutin strengt utprøvd på pasienter etter gitte kriterier slik at man sikret at pasientene tålte bivirkningene. Og at de ikke hadde fått tidligere behandling som kunne ha ført til celledøde – og da spesielt på CD37 – som er «målet» for Betalutin. I kombinasjonsstudiet (Archer-1) med både Betalutin og Rituximab var målgruppen enda klarere.

Betalutin virket godt i Lymrit-studien og dårligst i siste del av Paradigme-studien. Hvorfor hadde Betalutin spesielt dårlig effekt i siste del av siste studie? Det som er vanskelig å forstå er at Betalutin i den første studien hadde stabilt god effekt gjennom hele studiet, og i kombinasjonsstudiet med Rituximab (Archer-1) toppet effekten seg, selv om det var et lite

pasientutvalg, oppnådde 7 av 7 pasienter en respons, 5 CR og 2 PR. Ved siste presentasjon fra NANO var fortsatt 6 i remisjon, hvorav 5 hadde bestått 24-månedersvurderingen.

Endringene i målgruppen fra de vellykkede studiene (Lymrit 37-01- Del A og Archer-1) skjedde i to trinn i Paradigme-studien.

#### Trinn 1: Første del av Paradigme-studien (Interim)

I Paradigmestudien var et av inntakskriteriene at pasientene skulle være refraktære mot CD20 antistoffterapi som omfatter Rituximab. Denne pasientgruppen har ut fra resultatene i Lymrit-studien lavere effekt av Betalutin enn de ikke refraktære, og da spesielt for CR, som igjen er en indikator på lang remisjonstid.

Dette valget kan ha vært begrunnet med at man i Paradigme satset på en avgrenset målgruppe som hadde begrensede andre behandlings alternativ. I Archer-1 valgte man det motsatt. For de refraktære er det selvfølgelig ekstra viktig å få tilgang til et alternativ. For dem må man se resultatene opp imot hvordan det gikk med andre refraktære som ikke fikk tilgang til Betalutin. Da blir det et helt annet regnestykke. For å kunne gjøre dette ordentlig må man etablere en kontrollgruppe – noe denne undersøkelsen burde lagt opp til, og da spesielt med den målgruppen de her valgte. Uten det blir effektene i marginaliserte grupper borte. Det er grunn til å spørre NANO om hva de som utførte evalueringen som førte til at Betalutin ble nedlagt sammenlignet resultatene med ut fra at hele pasientmassen i Paradigme er refraktære mot CD20.

I tillegg avgrenset man inntaket av pasienter i Paradigme-studien til FL-pasienter. Det medførte at den gruppen som i Lymrit-studien vist størst effekt av Betalutin - MZL pasientene - ble utelukket.

Å både avgrense målgruppen til de som var refraktære mot CD20 og velge bort MZL pasientene, betyr isolert sett at Betalutin her fikk redusert effekt og varighet av behandlingen i første del av Paradigme-studiet i forhold til pasientene i Lymrit-studien. Men i forhold til en kontrollgruppe med refraktære pasienter kunne resultatet se helt annerledes ut. Fokuset ville da ha vært å sammenligne hvor lenge hver av gruppene levde. Det er differansen i levelengde og livskvalitet som da ville vist Betalutins effekt for denne mer krevende gruppa. Med dette som bakteppe var det overraskende når selskapet i en børsmelding publiserte interim-resultatene der leder for selskapets kliniske komite Jean Pierre Bizzari uttalte (06.08.2020): “We are very encouraged by the interim results both the activity and the safety profile”. Det var heller ingen i selskapet som ga uttrykk for at det ikke stemte. Først på Q2 2022 webcast sies det derimot 2 år senere (24.08.2022): “We did see a drop-off in efficacy during the interim analysis”. Feilinformasjon på dette nivå kan det være grunn for å granske.

#### Trinn 2: Siste del av Paradigme-studien

Betalutin er ikke egnet for pasienter med lavt blodplatenivå - da den har som kjent bivirkning at den senker blodplatenivået ytterligere – riktignok i en begrenset periode. Betalutin er basert på en serie målsøkende «raketter» som søker seg fram til CD37 inngangen på kreftcellene. Har personen celledskader finner de målsøkende «rakettene» ikke fram. Til tross for at selskapet må ha hatt kunnskap om redusert målbar effekt i første del av paradigme - endret selskapet inklusjonskriteriene slik at det åpnet for pasienter som

tidligere ble ansett uegnet i Lymrit-studien og første del av Paradigme-studien. Da på grunn av lavt antall blodplater og tidligere behandlinger som er forbundet med celleskader. De ble inkludert i siste del av Paradigme-studien - under dekke av å få fortgang i rekrutteringen. Her tok selskapet en avgjørelse som må ha vært fatal.

Målgruppen ble da utvidet til pasienter som hadde fått autolog Stamcelle-terapi og tilbakefall, P13K-hemmerne og tilbakefall, og personer med lavt antall blodplater. Eller kombinasjoner. De fikk her et legemiddel som i utgangspunktet ikke var egnet for dem. Derved kunne man heller ikke forvente gode resultater fra disse pasientene. Viktig blir det å analysere resultatene for disse delgruppene når vi får tilgang til datamaterialet?

Et sentralt spørsmål er hvor stor andel av rekrutteringen i Paradigme-studien som var utenfor målgruppen fra den vellykkede Lymrit-studien? Det er mye som tyder på at en betydelig del av pasientene, spesielt i andre del av Paradigme, var sykere og hadde vært igjennom tøffere kreftbehandlinger. For eksempel gikk rekrutteringen plutselig opp rett etter at inklusjonskriteriene i Paradigme-studien ble utvidet.

For å kunne belyse om noen av gruppene som kom med i utvidelsen av målgruppen hadde noen effekt av Betalutin ville en kontrollgruppe kunne vist både positive og negative effekter for eksempel for pasienter med lavt blodplatenivå. I Paradigme-studien ble det ikke bygd opp noen kontrollgruppe.

#### Oppsummering av endringene i målgruppen

Oppsummerer vi endringene tyder det på at det ble nesten en totalendring i målgruppen fra Lymrit-studien til andre del av Paradigme-studien:

- Inntak av pasienter i Paradigme ble avgrenset til pasienter som var refraktære mot CD20 antistoffterapi. I Lymrit-studien var under halvparten av pasientene refraktære. De fikk mindre effekt av Betalutin enn pasientene som ikke var refraktære, og derved kortere tid uten tilbakefall.
- Inntak av pasienter ble også avgrenset til kun FL-pasienter i Paradigme. Det utelukket MZL pasienter som hadde best effekt av Betalutin i Lymrit-studien.

I Paradigme-studiens siste del ble det også inkludert pasienter som hadde fått:

- Stamcelle-terapi og tilbakefall. Pasienter med tidligere autolog stamcelletransplantasjon (SCT) ble inkludert dersom det var over 2 år siden transplantasjonen. Personer med stamcellebehandling ble utelukket i Lymrit-studien fordi man mente at de ikke var egnet – da skader på CD-37 gjør at Betalutin ikke når fram til kreftcellene.
- Behandling med P13K-hemmere, og tilbakefall. De fleste typene av P13K-hemmere har vært så krevende for pasientene at de i ettertid har blitt forbudt/trukket tilbake på grunn av alvorlige langtidsvirkninger.
- I tillegg ble kravet til pasientenes blodplatenivå senket. I Lymrit-studien (Del A) var eksklusjonskriteriet antall blodplater  $\leq 150 \times 10^9/L$ . I Paradigme-studien var i stedet inklusjonskriteriet antall blodplater  $\geq 100 \times 10^9/L$ . Problemet er at en kjent bivirkning av Betalutin er at den en periode reduserer blodplatenivået ytterligere.

Det er uheldig å endre inklusjons- og eksklusjonskriterier under studier. Innholdet i Betalutin var den samme både i de årene den fungerte godt, som den var under Paradigmeperioden, da den fungerte dårlig. Derimot ble pasientgruppen som fikk Betalutin helt endret i Paradigme. Kjernes spørsmålet må da være hvorfor legemidlet i Paradigmeperioden ikke nådde fram til kreftcellene. For å nå ut til kreftcellene må distribusjonssystemet i kroppen fungere. Det vil si blodomløpet og at CD37 på kreftcellen som er Betalutins «dør» inn i cellene, ikke er skadet. Har pasienten fortetninger i blodårer, og da spesielt i «mikroårene» begrenser det blodets og derved Betalutins muligheter til å nå fram til cellene. Skader på Betalutins «dør» inn til kreftcellen likeså. Endringene i målgruppen i Paradigme-studien indikerer at pasientene her både var sykere og hadde fått tøffere kreftbehandlinger, og kunne ha vesentlig lavere blodplatenivå – enn i de tidligere vellykte studiene.

Lærdommen er at Betalutin i første omgang må avgrenses til de målgruppene der den tidligere har vist seg å fungere godt. Med utviklingen i forskningen rundt mikroårer – bør vi prøve ut om de parameterne som her utvikles, også er egnet til å vurdere pasientenes «distribusjonssystem» for Betalutin. Derved kan vi få bedre metoder for å sikre at pasientene får god effekt av behandlingen, og unngå at pasienter får en behandling de ikke er egnet for. Dette vil kunne øke Betalutins effekt selv utover det de hadde i Lymrit-studien og Archer- studien.

Endringene av målgruppen i Paradigme-studien er i strid med intensjonen fra starten av Lymrit-studien, som var å sikre at de som fikk behandlingen var egnet for den. Her inkluderte man ikke personer med tidligere behandlinger som kunne ha gitt celledskader og derved hindre opptak av Betalutin.

På grunn av at Betalutins bivirkninger i relasjon til blodplater er en stor senkning av kravet til pasientenes blodplatenivå i utgangspunktet betenkelig. Betalutins bivirkninger med reduksjon av blodplater og friske B-lymphocytter gir en periode på kanskje 2 måneder hvor pasienten er svært sårbar for alle typer infeksjoner. Korona-epidemien kombinert med pasienter med et lavt antall blodplater forsterket utfordringene.

Hver for seg har alle disse endringene redusert Betalutins effekt. Summen av dem gir grunn for å vurdere om nåværende styre og ledelse i NANO er de rette til å realisere NANOs medisin-kandidater.

Dette «friskmelder» designet av videreføringen av Archer-1, som ikke har noen av disse endringene i sin målgruppe, den er også avgrenset til pasienter som ikke er refraktære mot CD20 antistoffterapi. Når det gjelder øvrige legemiddel-kandidater på NANOs plattform har vi noe å forholde oss til.

Men først må vi få tilgang til å analysere dataene fra Paradigme-studien, og da spesielt andre del. Viser det seg der at det kun er feilspesifikasjonen av målgruppen som medførte at Betalutin ikke fungerte – kan vi få en god dialog med FDA om neste trinn. Spesielt om Archer-1 i fase-3 i 2L. I siste kapittel har vi begrunnet hvorfor vi bør overlate ansvaret for medisin-kandidatene til profesjonelle selskap som er egnet til å ta dem videre. Utvikling av de medisin-kandidatene vi har bør kunne tas fram til at de blir godkjent for klinisk utprøving, og muligens de første forsøkene på mennesker slik som alt er gjort i Archer-1. Her står det igjen å sikre at studien blir godkjent for fase-3 utprøving med det opplegget som på

utprøvingstidspunktet er best egnet. For eksempel i valg av medisin(er) til kontrollgruppen.

Totalendringen i målgruppen fra Lymrit-studien til siste del av Paradigme-studien har indikasjoner som substansielt kan bidra til å forstå hvordan det er mulig å utprøve en god medisin-kandidat slik at den mislykkes. Etter å ha fulgt denne forskningen i mange år har vi her belyst så grove feilvalg gjennom Paradigme-studien, at de enten skyldes manglende kompetanse - eller så har det skjedd mot bedre viten. Manglende kompetanse har det ikke vært i alle ledd i selskapet – her har man hatt gode forskere som over tid har blitt kjent med Betalutins egenskaper. I perioder har selskapet også hatt kompetent ledelse. Spørsmålet er hvordan, hvorfor, og hvem som har realisert feilene, mot bedre viten?

Til tross for at styret la vekt på at de skulle gjennomføre en omfattende gjennomgang av alle aspekter av Paradigme-studien, har de ikke formidlet noe mer enn et par hovedtall fra undersøkelsen. Det er behov for langt mer nyanserte tall på gruppenivå, slik at vi kan se hvordan det gikk for de ulike gruppene som her ble rekruttert inn. Vi kan heller ikke forvente at dette vil bli prioritert av selskapet, da utfallet kan vise at det ikke var Betalutin som feilet, men styret. Styreleder og nåværende ledelse i NANO vil komme i et dårlig lys om det viser seg at det ikke er feil med Betalutin – men at effekten ble borte som følge av deres endringer i målgruppen, til grupper Betalutin var dårlig egnet for.

Ledelsen som først planla Paradigme-studien, var svært bevisst på å sikre en best mulig og utprøvd målgruppe. Ledelsen med både CEO og CMO gikk av på dagen, og COF litt senere. Aksjonærene fikk ikke vite årsaken.

Da selskapet ikke har publisert et detaljert tallmateriale fra paradigme resultatene er denne gjennomgangen basert på det som verbalt er formulert om dette og spesifikasjonene som er gitt om endringene i målgruppen. Endringene i målgruppe som her er vurdert, kan være forklaringen til den reduserte effekten av Betalutin. Tallmateriale fra Paradigme-studien vil bidra til å belyse om dette er riktig. Ved at aksjonærgruppa nå representerer godt over 10% av aksjene, vil vi ha rett til innsyn og relevant materiale. Paradigmematerialet er her helt essensielt.

Dette notatet er en start på arbeidet med å legge opp til det videre arbeidet med denne gjennomgangen. I den sammenheng foreslås det å invitere sentrale personer i utviklingen og forskningen rundt Betalutin til dialog for å høre deres mening, samt forslag til data og problemstillinger for den konkrete gjennomgangen.

Vi må sette søkelys på å redde medisin-kandidatene til NANO, og finne egnede farmasiselskaper som kan realisere dem til beste for både pasienter og aksjonærer.

### **3. Korona-pandemien**

Bivirkningen av Betalutin gir en periode på om lag, 2 måneder hvor pasientene er svært sårbare for alle typer infeksjoner. På verst mulig tidspunkt, i starten av pandemien, ble inklusjonskravet til blodplatenivå redusert. Fram til da hadde selskapet holdt kravet til blodplatenivå på et nivå som skulle sikre at pasientene kunne få Betalutin på en trygg måte. Da ble det åpnet for at pasienter med lavere blodplatenivå skulle komme inn i undersøkelsen. Pasienter som er spesielt sårbare for infeksjon kunne da få Betalutin, og



derved et ytterligere redusert blodplatenivå, under en verdensomspennende pandemi. I denne fasen burde man gjort det motsatte både for å sikre pasientene, og selskapet.

Det er B-lymphocytene som lager antistoffene vi får mot korona både ved vaksinerings og infeksjon. Sannsynlig er det at B-lymphocyte reduserende medisiner som Betalutin og Rituximab ikke ble legenes, førstevalg under pandemien. Noe som må ha redusert rekrutteringen, spesielt under de største utbruddene – og før pasientene var vaksinert.

Det skal bli interessant å se hvordan det gikk med de ulike gruppene under epidemien. Når det gjelder de som her var innenfor kriteriene som ble satt i Lymrit – vil det være interessant å se om de fikk tilsvarende resultat i første fase og andre fase av Paradigme-studien, som samme gruppe i Lymrit-studien. Dersom det er et visst antall pasienter i andre fase av Paradigme-studien i denne gruppen, og de har resultater på samme nivå som i Lymrit-studien gir det indikasjoner på at epidemien under denne studiefasen, i hvert fall ikke helt utslettet CD37 opptak.

I tillegg trenger vi å innhente vaksine- og sykdomsstatus samt dødelighet i forhold til koronasykdom for alle deltakerne i Paradigme-studien. Selskapet bør selv ha oversikt over dette. I tillegg trengs analyser i laboratorier for å se om vaksine og koronasykdom svekker CD37 og eventuelt hvor lenge det holder seg etter vaksine/sykdom. Det er viktig å få disse analysene for å sikre at denne problemstillingen blir avklart.

#### **4. Kontrollgruppe blir et krav**

FDA innfører nå strenge føringer om bruk av kontrollgrupper for studier i godkjenningssfasen etter fadese med P13K-hemmerene på vårt felt. Det var en skikkelig vekker for FDA. Som offentlig tok sterk selvkritikk – med offentlige høringer. Det viste seg at effekten av denne behandlingen ga veldig god effekt rett etter at den var gjennomført, men man oppdaget ikke at det gikk dårligere med de som hadde fått denne harde behandlingen over tid - enn det ville ha gjort om de ikke hadde fått behandlingen. På grunn av mangel på kontrollgruppe tok det alt for lang tid å oppdage de negative langtidsvirkningene. Men når det først skjedd, ble de fleste medisinene av denne typen forbudt/dratt tilbake.

Når det gjelder Betalutin – vil neste fase kunne bli som en del av en kombinasjonsbehandling med Rituximab. Denne utprøvingen er alt planlagt som et ideelt kontrollert forsøk. Her har man to grupper. En gruppe som får kombinasjonen Betalutin og Rituximab, og en kontrollgruppe som kun får Rituximab. Betalutins effekt vil bli beregnet som differansen mellom gruppen som får kombinasjonsbehandlingen Betalutin og Rituximab og kontrollgruppen. Med Rituximab som kontrollgruppe vil man få fram hvor mye effekt kombinasjonen gir sammenlignet med Rituximab. Det er flere relevante medisiner som kan være aktuelle i kontrollgruppen.

Man skal merke seg at i denne kombinasjonsstudien som er en fortsettelse av Archer-1, har man ikke med de som er refraktære for Rituximab. Men før man kan ta den siste dialogen om opplegget med FDA, bør både dataene i Paradigme-studiet være analysert, og forslag til medisin i kontrollgruppen være vurdert på nytt ut fra den seneste utviklingen.

Kontrollgruppe er ekstra viktig når man evaluerer tiltak og behandlinger for de sykeste pasientene. Bruker man ikke kontrollgruppe står man i fare for å konkludere med at de har best effekt desto friskere personen man prøver ut medisiner på er.

I mange sammenhenger er det etisk betenkelig å ikke bruke kontrollgruppe. Da det lett kan føre til fatale feilslutninger.

I kreftforsøk kan man riktignok følge hver pasients tumorutvikling, noe man har hatt stort fokus på i selskapet. For langt kommende kreftpasienter som det ikke er noen egnet behandling for – vil det å få stabilisert eller redusert tumoren selv om det er mindre og for en kortere periode, være positivt. Hovedspørsmålet vil likevel være hvor mye lengre pasientene som f.eks. får Betalutin lever. For å belyse det siste spørsmålet trenger man kontrollgruppe.

Det er her spørsmål om etikk. Det å bli med på studiene er frivillig og deltakerne må bli godt informert på forhånd. De som kommer i kontrollgruppen, skal ikke fratras noe – de skal få den behandlingen de ville fått dersom forsøket ikke hadde eksisterte. Det eneste de ikke får er den medisinen-kandidaten som utprøves. Man har utprøvende behandlinger av medisin-kandidater for å sjekke om de virker og er sikre. Først når det er klart at legemidlet fungerer bedre enn alternativene er det uetisk å begrense pasienters tilgang til medisinen. FDA stoppet f.eks. Algeta-forsøket med kreftmidlet Xofigo i studiefasen - ikke fordi den ikke fungerte – men for at den fungerte så godt at det å ville være uetisk å ikke å gi pasienter, som ikke hadde noen andre alternative behandlinger tilgang til den.

Da Paradigme-studien er uten kontrollgruppe er det ikke lett å sammenligne de som fikk Betalutin – med hvordan det gikk med tilsvarende pasienter som ikke hadde fått Betalutin. Hadde man brukt kontrollgruppe her, hadde det styrket studien og gitt mer nyanserte resultat.

## 5. NANOs rolle avgrenses

NANO har hatt liten mulighet for å videreutvikle medisin-kandidatene sine på grunn av mangel på kapital, kompetanse, egnet organisering og samarbeid med større farmasiselskap. Skal man utprøve kompliserte medisin-kandidater på mange mennesker internasjonalt har multinasjonale konsern på området en klar fordel. De har kapital, organisert systemer, opplegg for kontrollerte forsøk, ansatte med spisskompetanse og nettverk ved klinikker i relevante land. De vet av erfaring hvilke klinikker som kan gjennomføre rekruttering og behandling på en egnet måte. Og har systematisert kontakten med disse klinikkene.

Med utgangspunkt i erfaringen med NANO har utvikling av medisin-kandidater fungert godt i en tidlig utviklingsfase. Men selskapet har vært uegnet til å gjennomføre større studier. Slik selskapet nå er nedskalert er det eneste alternativet for å få realisert medisin-kandidatene til pasientene og aksjonærenes beste - å selge/ut-lisensiere dem til de mest relevante farmasi-selskapene. Det er uetisk å båndlegge gode patenter/muligheter for effektiv behandling for dødelige sykdommer, dersom de ikke effektivt testes ut - og bringes ut til pasientene, dersom de fungerer.

Man kan ikke være sikker på hvor stor interesse det er for NANOs medisin-kandidater - men etter så mange år må vi sjekke dette ut. Går det bra, kan vi selv også få nytte av det fremførbare underskuddet.