

Remissvar över "Bättre tillsammans – Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi"
diarienummer S2024/02100

Från Svensk Förening för Medicinsk Radiologi (röntgenläkarnas
specialitetsförening.)

Generella synpunkter:

-Vi saknar generellt resursfrågan och hur behovet av horisontella prioriteringar ska kunna genomföras.

-Vi saknar också generellt utbildningsfrågan och kompetensförsörjningen, den är jätteviktig för radiologin och behöver hanteras övergripande nationellt. Det är stor nationell brist på både radiologer och röntgensjuksköterskor, vilket redan idag är en hämsko för utveckling.

- Angående rekrytering behöver man även nationellt se över outsourcing av radiologi. Stor andel av svenska radiologer jobbar idag privat med distansgranskning, vilket både ger effektivitetsvinster men också skapar andra problem. I dagsläget sker det i sådan omfattning att även flera universitetssjukhus är beroende av detta, med potentiellt stora effekter på flera plan.

-Interventionell radiologi, det vill säga kateterburen behandling, är en viktig del i många cancersjukdomars terapier och kan sammanfattas under begreppet interventionell onkologi– men det saknas nästan helt i strategin. Förvånansvärt och problematiskt eftersom interventionella behandlingar kräver stora tekniktunga investeringar och speciell spetskompetens, där nationell samordning och kraftsamling vore ytterst önskvärt. Idag haltar både den tekniska utvecklingen och utbildningen inom interventionell onkologi, vilket ger upphov till stora regionala skillnader– som leder till en ojämlik vård nationellt.

-Kunskapsorganisationen, specifikt NPO medicinsk diagnostik, bör värdera möjligheten att införa nationella standarder för undersökningar och svar inom bild- och funktionsmedicin samt patologi.

-Cancercentrum bör genomlysa evidensbasen och kostnadseffektiviteten för den uppföljning som rekommenderas inom cancerområdet.

-Begreppet "välgrundad misstanke" måste förtydligas, förslagsvis med en procentsiffra för att möjliggöra samsyn mellan olika vårdförlopp kring resursåtgång och horisontella prioriteringar. Idag finns en enorm spännvidd i hur olika förlopp och aktörer tolkat begreppet, vilket inte ger en jämlik vård.

Specifika kommentarer på respektive kapitel:

4.5.2 Utveckling mot en mer träffsäker screening+4.5.3 Användning av artificiell intelligens Avseende användning av AI inom Radiologi och funktionsmedicinska specialiteter bör påpekas att **utvecklingen inom AI och radiologin kan leda till ojämlik vård över landet om inte nationella förutsättningar skapas för gemensamma bildhanteringssystem och AI implementeringslösningar**. Detta är en fråga som bör lyftas samtidigt som AI-stödd bildanalys lyfts fram. Detta är i linje med de i remissen lyfta nationella skillnader avseende tex introduktionen av screeningprogram (*punkt 4.7.1 Jämlik tillgång till cancerscreening i hela landet*) eller tillgänglighet (*5.4.2 Tillgänglighet är viktigt ur ett patientperspektiv*). Användningen av AI bland annat inom radiologin lyfts på flera ställen i remissen men det saknas relevant citering av evidens för påståenden (*tex "Utvecklingen av nya tekniker kan förväntas bidra till kortare väntetider. Exempel på detta är AI-baserad utvärdering inom bild-och funktionsmedicin, automatiserad planering av strålfält och mer skonsam kirurgi som förkortar tiden till start av adjuvant onkologisk behandling. Vid sjukhus med begränsad medicinsk behandlingskapacitet kan satellitcenter för medicinsk behandling bidra till ökad tillgänglighet."* sida 257).

"7.1.12 Införande av artificiell intelligens" och **"7.3.2 AI-applikationer i arbetet"** Här saknas ett nationellt perspektiv liksom överväganden riktade mot samhällsekonomiska aspekter och synergieffekter av nationella journalsystem eller bildhanteringssystem. **Vem ska leda och koordinera arbetet?**

6.2.1 Avseende SVF: det är korrekt att *"Inom bild- och funktion arbetade man huvudsakligen med förbokade, reserverade SVF-tider som med kort varsel kunde fördelas till patienter. (Sida 259)". Påpekas bör att SVF förloppen kan leda till*

undanträngningseffekter för andra diagnoser än cancer och tillsammans med framtida screeningprojekt kan denna situation förvärras. Undanträngningseffekter kan påverka

väntetider inför undersökningar (företräde för SVF patienter), väntetider inför diktering (snävtare tidslinjer inför tex MDK), resursbrist pga ökad resursåtgång för SVF (undersökningar kan granskas primärt, sekundärgranskas inom högspecialiserad vård, tertiärgranskas vid MDK) vilket förvärras av en tendens till mer högspecialiserade undersökningar och mer omfattande undersökningar som även täcker utredning av eventuell metastasering. Det är viktigt att ha **konceptet kloka kliniska val (7.1.5 Kloka kliniska val)** i åtanke när SVF-utformas, dessa kan annars interferera. Och horisontella prioriteringar mellan olika cancertyper och andra sjukdomar måste också hanteras.

"7.3.1 Prioriteringar styr undersökningarna". I sammanhanget kan **uppföljningstider för cancersjukdomar ifrågasättas då dessa ofta är likartade för olika cancersjukdomar och evidensen för tex 3-månaders intervaller för bilddiagnostik är oklar (avsaknad av evidens för eller emot tex 4-månaders intervaller är slående)** - för relaterad frågeställning se tex Wilson BE et al. Surveillance Imaging After Curative-Intent

Treatment for Cancer: Benefits, Harms, and Evidence. J Clin Oncol. 2024 Jul 1;42(19):2245-2249. doi: 10.1200/JCO.23.02475. Epub 2024 May 28. Erratum in: J Clin Oncol. 2024 Oct 20;42(30):3635. doi: 10.1200/JCO-24-01942. PMID: 38805665.

7.3 Bifynsdiagnostik är otillräckligt beforskat i många fall, och lutar sig i regel mot consensusdokument med lågt vetenskapligt värde. Radiologin har en bekymmersam historik av överdiagnostik i samband med förfinade metoder, och det är angeläget med ett intensifierat arbete för evidensbaserad hantering av bifynd. Under 2024 rekommenderade Svensk Förening för Medicinsk Radiologi, som led i kloka kliniska val, att avstå granskning avseende bifynd. Bättre evidens behövs för att hantera bifynden, dvs vad tillför värde för patienten, och vi efterlyser nationella rekommendationer för den här typen av opportunistisk screening (dvs att leta bifynd i samband med undersökning utförd av annan orsak).

7.2.1 +7.3.3 Stark teknisk utveckling ger nya former för bildanalys" + "7.11 Medicintekniska produkter ur ett cancerperspektiv" Avseende resurstillgångar bör fokus ännu tydligare läggas på radiologiska och funktionsmedicinsk verksamhet som står inför en stark teknisk utveckling -vilket **både ökar behovet av kompetenshöjning av medarbetarna samt ger stora utmaningar avseende förmågan att implementera nya tekniker och innovationer.** Tendensen har nationellt varit att centralisera IT- och teknikstöd regionalt och dra relevanta resurser från teknikintensiva specialiteter och verksamheter som tex radiologin. Detta har medfört stora hinder i implementeringsprocesserna och innovationsprocesserna på verksamhetsnivåerna. Ett föredömligt exempel på motsatt utveckling är sektionen för Teknisk Innovation vid VO Bild och funktion, Skånes universitetssjukhus. **Faktiska resursbehov avseende kompetens, personal och teknik inom slutenvården bör i större utsträckning tas med i konsekvensanalyser när förändringar inom cancervården planeras.**

"7.13.1 En jämlik tillgång till diagnostik och behandling av hög kvalitet" lyfter fram behovet av nationella standarder för undersökningar och svar inom bild- och funktionsmedicin. Denna fråga bör lyftas tydligare till specialistföreningarna och myndigheter; Regionernas och SKRs uppdrag i frågan är oklar. **Utredningens förslag att "Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag att se över och vid behov uppdatera koderna för radiologi och patologi." bedöms som synnerligen viktig. Jättebra!**

Detta poängterar rätt nivå för nationella initiativ (se även avsnittet *"Uppdaterade koder för radiologi och patologi"* sida 349). I sammanhanget hänvisas även till tidigare

remisskommentarer ovan avseende nödvändigheten att se över möjligheter för införande av nationella journal- och PACS system.

Även utredarens förslag : "Regeringen föreslås ge Socialstyrelsen i uppdrag att se över och vid behov uppdatera koderna för radiologi" är efterlängtat! Vi behöver nationellt harmoniserade och aktuella koder inom radiologin! Jättebra!

7.3.3 + 7.6.1 - Här berörs ytligt det **viktiga området interventionell onkologi**, dvs där interventionell radiologi och minimalinvasiv kirurgi växer ihop, med både ablationer och kateterburen kirurgi. Snabbt växande och dynamiskt fält där vi gärna hade sett **mer visioner om hur detta viktiga och tekniktunga område ska kunna utvecklas** framgent.

"11 Forskning" bör tydligare lyftas behovet att utvidga synen på begreppet klinisk forskning med hänsyn till den stora tekniska utvecklingen som är pågående. Inom teknisk innovation och forskning är stora observations- eller interventionsstudier inte det enda verktyg och småskaliga studier med tydligt fokus på teknisk utveckling och validering i en klinisk kontext förbises lätt. Denna typ av forskning och innovation har synnerligen **försvårats med införande av MDR och någon nationell konsekvensanalys saknas. EU-förordningen EHDS innebär en stor utmaning** för verksamheter som förvaltar andra än tabulära eller textbaserade data som tex bilddata. Detta återspeglas i *"2024-01-22 S2024/00100 Uppdrag att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata"* första stycket under *"Behov av vidare utredning av rättsliga förutsättningar för datadelning"* som tar upp behovet av nationell samordning som väl resonerar med påpekanden i denna remiss avseende behovet av tex nationell samordning av åtgärds-koder inom bild och funktion *"Uppdaterade koder för radiologi och patologi, sida 350 i remissen"* för bilddiagnostik och tidigare understruket behov av nationella bildhanterings/journalsystem. Att olika dataformat täcks är också viktigt relaterat till **"11.5.2 Harmoniserade beslut om tillgång till hälsodata"**.

På uppdrag av styrelsen för Svensk Förening för Medicinsk Radiologi:

Sara Sehlstedt, ordförande SFMR

Östersund 15 mars 2025