

**Hørings svar til Behandlingsrådets analyserapport
vedrørende kunstig intelligens som beslutnings-
støtte ved koloskopiske undersøgelser til diagno-
sticerings af neoplastisk sygdom**

Fra: Peter Schliemann Krøyer <pejs@regionsjaelland.dk>
Sendt: 12. januar 2023 11:23
Til: Behandlingsrådet
Cc: Janne Refnov
Emne: Høringssvar til analyserapport vedr. kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte ved koloskopiske undersøgelser for kolorektalkræft
Vedhæftede filer: SFR Gastroenterologi og hepatologis høringssvar vedr. Behandlingsrådetsdocm; Signaturbevis.txt

Til Behandlingsrådet

Tak for muligheden for at kommentere udkastet til analyserapport vedrørende kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte ved koloskopiske undersøgelser for kolorektalkræft. Jeg videresender kommentarer fra vores sundhedsfaglige råd for gastroenterologi og hepatologi. Region Sjælland har derudover ingen yderligere kommentarer til rapporten.

Venlig hilsen

Peter Schliemann Krøyer
Chefkonsulent, cand.scient.pol.

Region Sjælland
Sundhedsstrategisk Planlægning
Tlf. +45 21 51 54 24
Personlig e-mail: pejs@regionsjaelland.dk
www.regionsjaelland.dk



Region Sjælland anvender de personoplysninger, du giver os i forbindelse med din henvendelse.
Du kan læse mere om formålet med anvendelsen samt dine rettigheder på vores hjemmeside

[Region Sjælland](http://www.regionsjaelland.dk)

**SFR Gastroenterologi og hepatologis hørings svar vedr.
Behandlingsrådets analyse af kunstig intelligens (AI)**

Dato: 12. januar 2023

Sags ID: EMN-2020-35511

Dokument ID: 10726528

Hermed fremsendes hørings svar fra SFR Gastroenterologi og hepatologi vedr. Behandlingsrådets analyse af kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte ved koloskopiske undersøgelser for kolorektalkræft.

ADM Ledelsessekretariat

Ingemannsvej 18

4200 Slagelse

kii@regionsjaelland.dk

Sjællands Universitetshospitals medicinske medlemmer af endoskopi brugergruppen har drøftet Behandlingsrådets analyse og har følgende input:

E-mail: kii@regionsjaelland.dk

Der er tilslutning til konklusionerne i Behandlingsrådets rapport for området. Det bemærkes at AI-ass koloskopi har en ligeværdig detektionsrate for klinisk betydende adenomer (> 10 mm) og det ekstra bidrag der opnås med den nye teknologi vedrører de små adenomer som er et lav-risiko fund og derved næppe vil bidrage til reduceret kolorectal cancer rate såfremt indikation for koloskopi og koloskopiscreenings tilbud til befolkningen følges.

Såfremt den nye teknologi kan implementeres omkostningsneutralt er der ingen øget ulempe ved dette hverken hvad angår oplæring i brug eller ubehag for patienten.

Med venlig hilsen

På vegne af Sundhedsfagligt Råd for Gastroenterologi og hepatologi

Kirsten Kuhn Iversen

Barselsvikar for SFR sekretær

Fra: [Annemette Jefferies](#)
Til: [Behandlingsrådet](#)
Emne: Høringssvar til analyserapport vedr. kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte ved koloskopiske undersøgelser for kolorektalkræft
Dato: 16. januar 2023 10:01:39
Vedhæftede filer: [Høringssvar - Olympus.pdf](#)

Til behandlingsrådet

Hermed vedhæftet høringssvar fra Olympus Danmark A/S.

God dag herfra.

Med venlig hilsen / best regards

Annemette Jefferies

Field Product Manager, Fleksible Endoskopi, GI&R
Medical Systems Division

Phone: +45 40706561

E-mail: annemette.jefferies@olympus.com

Web: www.olympus.dk

OLYMPUS DANMARK A/S

Tempovej 48-50

2750 Ballerup

Denmark

This e-mail may contain confidential and/or privileged information. If you are not the intended recipient (or have received this e-mail in error) please notify the sender immediately and destroy this e-mail. Any unauthorized copying, disclosure or distribution of the material in this e-mail is strictly forbidden.

Ballerup den 16. januar 2023

Olympus' høringsvar til behandlingrådets høringsversion af analyserapport om kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte til koloskopiske undersøgelser for kolorektalkræft.

Olympus har modtaget ovennævnte analyserapport, hvor behandlingrådet udbeder sig eventuelle bemærkninger til rapporten senest d. 16. januar 2023 kl. 12.00.

Tekniske bemærkninger

Afsnit 5.1 – Specifikationer for intervention og komparator

Endo-Aid er listet som kompatibel med både Evis X1 CV-1500 samt Evis Exera III CV-190. Endo-Aid er dog udelukkende kompatibel med Evis X1 CV-1500. Endo-Aid kompatibel med flere generationer af Olympus' fleksible endoskoper (koloskoper).

Generelle bemærkninger

Afsnit 8.1.4.3 Vurdering af tilliden til evidensens kvalitet med GRADE

"På baggrund af ovenstående vurderer fagudvalget, at evidensens kvalitet samlet set er 'Lav', hvormed der er begrænset tillid til den påviste effekt af CADe-understøttet koloskopi og ny forskning kan ændre resultaterne præsenteret i afsnit 8.1.3."

Som vi læser ovenstående formulering, har behandlingrådet konkluderet at evidensens kvalitet i nævnte 2 RCT-studier vurderes til 'Lav'.

Vurderer behandlingrådet, at det dette til trods er muligt at komme med en anbefaling af, hvorvidt AI som beslutningsstøtte til koloskopiske undersøgelser enten kan anbefales eller ikke anbefales?"

Afsnit 9.1.3.1 - Valg og rekruttering af informanter

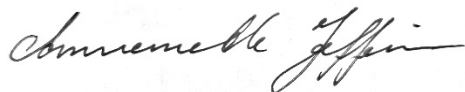
"Udover at rekruttere en informant fra hver region til de tre respektive fokusgruppeinterviews, valgte fagudvalget af rekruttere informanter, der har erfaring med CADe-understøttet koloskopi. Da teknologien blot er i afprøvning på afdelinger lokalt, har dette kriterie udfordret rekrutteringsprocessen og medført, at det ikke har været muligt at rekruttere det ønskede antal informanter."

Vi bemærker at der, ud over at det har været svært at finde det ønskede antal informanter, er en begrænset spredning på informanternes geografiske placering, ligesom kun en enkelt informant har erfaring med Endo-Aid, resten udelukkende med GI-Genius og derudover er ingen andre tekniske løsninger afprøvet.

Vurderer behandlingsrådet at kvaliteten af dette datagrundlag er bredt nok til at være repræsentativ, således at der kan drages en sikker konklusion vedrørende brugen af AI som behandlingsstøtte til koloskopiske undersøgelser?

Vi ser frem til at høre fra jer og glæder os over at Behandlingsrådet vælger at sætte fokus på teknologiske løsninger som AI i Sundhedsvæsenet.

Med Venlig Hilsen



Annemette Jefferies
Field Product Manager, Fleksible Endoscopy GI&R
Medical Systems Division
Olympus Danmark A/S

Fra: Anne Falster <anne.falster@regionh.dk>
Sendt: 16. januar 2023 10:48
Til: Behandlingsrådet
Cc: Nadja Ausker; Charlotte Pedersen
Emne: Høringssvar fra Region Hovedstaden vedr. Behandlingsrådets analyserapport om Kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte ved koloskopiske undersøgelser for kolorektalkræft
Vedhæftede filer: Høringssvar analyserapport over Behandlingsrådets analyserapport om Kunstig intelligens som beslutningsstøtte ved koloskopi.pdf; Signaturbevis.txt

Til Behandlingsrådet

Se venligst vedlagte høringssvar fra Region Hovedstaden vedr. Behandlingsrådets analyserapport Kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte ved koloskopiske undersøgelser for kolorektalkræft.

Med venlig hilsen

Anne Falster

Sundhedsfaglig konsulent

Tlf.: 5135 9935

Mail: anne.falster@regionh.dk

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Enhed for Kvalitet, Forskning og Patientsikkerhed

Kongens Vænge 2

3400 Hillerød

Tlf: 38 66 50 00

NOTAT

Telefon 38665000
Direkte 38665000
Mail regionh@regionh.dk

Til: Behandlingsrådet, Søren Lund Jensen

Dato: 16. januar 2023

Høringssvar – Analyserapport om Kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte ved koloskopi- ske undersøgelser for kolorektalkræft

Region Hovedstaden modtog den 22. december 2022 en høring over Behandlingsrådets udkast til analyserapport af Kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte ved koloskopiske undersøgelser for kolorektalkræft. Regionen takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Sundhedsfagligt Råd for Gastroenterologi og Hepatologi i Region Hovedstaden har indgivet følgende bemærkninger:

Fagudvalget har ud fra den foreliggende litteratur lavet en meget grundig analyse.

Sundhedsfagligt Råd for Gastroenterologi og Hepatologi vil gerne tilslutte sig og understrege Fagudvalgets væsentligste konklusioner:

- Ift. analysespørgsmål 1 må det noteres, at evidensgrundlaget er beskedent, og der ikke er klinisk relevant effektforskel mellem de enkelte adenom-størrelser ift. til at anvende CADe-understøttet koloskopi.
- Fagudvalget vurderer at der for nuværende ikke er forskel mellem CAD-e understøttet koloskopi og standard koloskopi ud fra de undersøgte parametre inkl. manglende data for patienterne.
- Det mest udfordrende ved evt. anvendelse af CAD-e understøttet koloskopi er det, som fagudvalget beskriver, med et stort antal falsk positive fund – dette vil kunne resultere i flere resektioner og histopatologiske undersøgelser!
- Endelig er der den meromkostning per koloskopi der beskrives.

Fra: Susanne Søndergaard <suso@rsyd.dk>
Sendt: 16. januar 2023 11:25
Til: Behandlingsrådet
Cc: Trine Helverskov
Emne: Høringssvar til analyserapport vedr. Kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte ved koloskopiske undersøgelser for kolorektalkræft
Vedhæftede filer: 2023 16 01 RSD bidrag KUNSTIG INTELLIGENS.pdf; Signaturbevis.txt

Til kontakt@behandlingsraadet.dk

Til rette vedkommende

Tak for muligheden for at afgive høringssvar.

Hermed fremsendes Region Syddanmark høringssvar til analysen vedr. Kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte ved koloskopiske undersøgelser for kolorektalkræft.

Behandlingsrådets sekretariat bedes kvittere for at høringssvaret er modtaget.

Venlig hilsen

Susanne Søndergaard
Konsulent
Kvalitet og Forskning
Kvalitet

E-mail: suso@rsyd.dk

Direkte:

Mobil: 2920 1982



Region Syddanmark

Region Syddanmark

Damhaven 12, 7100 Vejle

Hovednummer: 76631000

<https://regionsyddanmark.dk>

BEMÆRINGER TIL BEHANDLINGSRÅDETS HØRING AF RAPPORT VEDR. ANALYSE AF Kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte ved koloskopiske undersøgelser for kolorektalkræft

1. del: Faktuelle bemærkninger vedr. fejl i rapporten

Tekststed i rapporten	Faktuelle bemærkninger
8.1.3.6	Afsnittet vedr. komplikationer beskriver i stedet effekter vedrørende livskvalitet.

2. del: Øvrige bemærkninger:

- Flot og omfattende rapport fra Behandlingsrådet og fagudvalget, der både omfatter litteraturgennemgang og primær dataindsamling.
- Det begrænser mulighederne for at kommentere, at der endnu ikke foreligger en anbefaling, og at den økonomiske del af rapporten er skjult.
- Den økonomiske del koncentrerer sig i hovedsageligt om, hvorvidt det er omkostnings-effektivt for den enkelte afdeling. På nogle af regionens sygehuse prioriteres det højere at få skiftet alle skoper, end at anskaffe et nyt elektronisk device.
- Der savnes en mere detaljeret beskrivelse af de/den undersøgte AI-teknologi i baggrundsafsnittet eller analysespecifikationen. Er AI-løsningerne CE-godkendte? Er det statiske eller dynamiske model (og hvis de er dynamiske, sker det så kun på lokale data)? Er det machine learning, deep learning? Hvordan er de oplært? Kræver de særlige datasikkerhedshensyn? Er de valideret på danske kohorter (hvis ikke, bør de?)? Kræver de overvågning efter implementering (og er der udgifter forbundet hermed)? Kan/skal de integreres med forskellige EPJ-løsninger? Kræves der særlige juridiske tilladelse for at anvende dem i drift? Der er publiceret en checkliste til beskrivelse af AI-modeller i medicinsk billeddannelse som kan inspirere (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33937821/>)
- Rapporten understreger vigtigheden af, at der fra Sundhedsstyrelsens eller Kirurgisk Selskabs udarbejdes opdaterede og klare retningslinjer til hvornår der skal foretages polypektomi ved mindre adenomer. Dette har bl.a. betydning for økonomien ift. histologiske undersøgelser ved en øget ADR, risikoen for komplikationer og udjævning af uligheder regioner og klinikere imellem.
- Med det store antal studier der forventeligt snart publiceres samt teknologiens udvikling, er der opbakning til at opdatere analysen inden for en overskuelig årrække. Det kan overvejes om der i mellemtiden bør udføres validering af AI-løsningerne på danske kohorter for at undersøge overførbareheden til en dansk population.
- Delkonklusionen og resuméet vedr. organisatoriske implikationer kunne godt gøre mere ud af de problematiske aspekter ved AI-understøttet koloskopi. F.eks. risiko for de-skilling og risiko for overbehandling.

- Der er bekymring for, om man særligt som ny, ung skolelærer at forstå slimhindens opbygning og polypperne, eller om det bliver til et "videospil".

Fra: Borgman, Benny <benny.borgman@medtronic.com>
Sendt: 16. januar 2023 11:52
Til: Behandlingsrådet
Emne: Høringssvar til analyserapport vedr. kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte ved koloskopiske undersøgelser for kolorektalkræft
Vedhæftede filer: Medtronic comments to HTA related to AI in colonoscopy_January 2023.pdf

Hej,

Bifogat finner ni høringssvar från Medtronic gällande analyserapport vedr. Kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte ved koloskopiske undersøgelser for kolorektalkræft.

Vi skulle uppskatta ifall ni kan bekräfta att ni mottagit detta mail.

Hör gärna av er ifall ni har några frågor eller kommentarer.

Med venlig hilsen,
Benny Borgman
Health Economics & Reimbursement Manager
Nordic Countries

Medtronic
Arne Jacobsens Allé 17, 2300 København S, Denmark
Mobile +46 72 555 7990
benny.borgman@medtronic.com
medtronic.com | [LinkedIn](#)

Medtronic
Engineering the extraordinary

AI as decision support in colonoscopy examinations for colorectal cancer

This document contains comments related to "Høringsversion af Behandlingsrådets analyse om Kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte ved koloskopiske undersøgelser for kolorektalkræft"

Clinical evidence

1) In section 8.1.1, table 7 shows two multicenter randomized controlled clinical trials that have been carried out, investigating GI-Genius. In comparison, only one retrospective single-center observational study has been found investigating Olympus' Endo-AID technology. In section 8.1.4, this observational study was also graded to have a critical risk of bias. It is therefore surprising to see the lack of impact of these findings in the rest of the report. In fact, in section 11.3.2, the choice of analyzing GI-Genius and Endo-AID is motivated with the statement that these are the two "technologies where the effect is supported by scientific evidence". This statement seems to indicate to the reader that the scientific support for these two technologies is comparable, which is simply not accurate by the findings earlier in the report.

Furthermore, Medtronic cannot see how Endo-AID reasonably can be included in the cost-effectiveness analysis, and therefore not in the budget impact analysis either. The cost-effectiveness analysis utilizes the effect measure found in the meta-analysis in section 8.1.3. However, this analysis only includes the two RCTs undertaken with GI-Genius. Given that there is no scientific basis to suggest equivalency between different AI technologies, Medtronic's firm position is that studies investigating GI-Genius can only be used to establish the effect of GI-Genius and no other product. This should be a position that is supported by everyone who believes evidence-based medicine is important.

In section 8.2, the authors of the report themselves write that the evidence situation is such that it's not reasonable to compare the effect between different AI technologies. In other words, there is no way of knowing if the effect of one technology is less than, equal to, or greater than another technology. It is therefore very questionable to then go on to use the effect shown in GI-Genius trials for Endo-AID.

On this basis, Medtronic suggests that the meta-analysis in section 8.3.1 is only used to quantify the impact of GI-Genius in the cost-effectiveness analysis.

2) Medtronic would like to include the results of the DETECT RCT, which was published in July 2022 and has evaluated the impact of AI (GI Genius) on adenoma miss rate, another important

quality indicator for CRC screening colonoscopies. This multicenter and multi-country randomized crossover trial demonstrated a reduction of approximately 50% of the miss rate of colorectal neoplasia, mainly due to a decreased miss rate of flat and small lesions (Wallace et al, 2022).

3) We have noticed that the report doesn't include already published meta-analyses, such as Hassan et al, 2019 which conclude that the incorporation of artificial intelligence as aid for detection of colorectal neoplasia resulted in a significant increase in the detection of colorectal neoplasia and such effect is independent from main adenoma characteristics. In fact, CADe resulted in a higher sessile serrated lesion per colonoscopy (RR, 1.52; 95% CI, 1.14-2.02).

4) In section 8.1.3.2, related to the share of patients with detected adenoma of ≥ 1 cm it is stated that "The expert committee does not consider this effect difference to be clinically relevant, as the safety interval contains 0, i.e. both positive and negative effects."

Clinical relevance is typically justified with the impact a difference in effect or outcome has on patients' morbidity, mortality, or health related quality of life. Here, the justification for deeming the result to not be significant is statistical. Thus, the difference is likely better referred to as not considered to be statistically relevant. However, health economics as a discipline has the benefit of being able to quantify and value both the impact of a difference as stated in a point estimate as well as the uncertainty surrounding it.

It would therefore be possible to include this estimate in a cost-effectiveness model in a scientifically sound way. Especially given the overall statistically significant difference seen in figure 2 and considering that this is a new technology where number of data points are naturally scarce (implying that confidence interval is broad not necessarily due to inherent uncertainty but simply that there is not sufficient power to reach statistical significance yet).

Organizational impact

In terms of increased examination time (section 9.1.4.3) the European Society of Gastrointestinal Endoscopy Guidelines say a minimum of 6 minutes withdrawal time and focus is needed to ensure high quality examination. Seeing and detect more should never be seen as negative.

Only using CADe can of course cost more given resection of polyps and analysis cost. It is for this reason the technology has moved on to using CADx. With this technology it is possible to implement a "Resect & discard" and "Diagnose & Leave"-strategy meeting the PIVI guidelines.

In fact, evidence is appearing that show the cost-saving potential with this approach. For example, Mori et al, 2020 investigated a sample of 207 patients and concluded that implementation of diagnose-and-leave strategy in combination with AI-aided polyp diagnosis could result in cost savings of \$1.1 million in Norway.

Medtronic understands that the current HTA does not include CADx technology. However, given that GI-Genius in Denmark have CADx technology we believe this is important to highlight. Especially since the two technologies are impossible to separate from a purchasing point of view, meaning that any decision based on this HTA report will impact CADx as well as CADe.

Purchasing costs of the technology

In section 11.2.1.2 it is stated that: "In the CEA, it is assumed that the CADe technologies are compatible with existing colonoscopy columns, which is why replacement costs have not been included".

Medtronic believes this is a crucial assumption with positive bias for technologies that are column specific. Not only will broad implementation of a positive HTA decision for these products lead to costly replacements of existing non-brand compliant columns, but even in the cases when the hospital has a column of the "right" brand there could be significant costs for software upgrades to ensure compatibility with the same brand AI module. The assumption of compatibility with existing colonoscopy columns is only trivial for the brand agnostic GI Genius technology, not for the brand specific technologies.

This dynamic also impacts the freedom manufacturers have when it comes to pricing of the AI module. Some companies with brand requirement may sell the AI module at a low cost but make up the revenue by demanding costly software upgrades to the colonoscopy column. Only focusing on the AI module acquisition cost and service agreement may therefore be misleading and total cost may be underestimated both in the cost-effectiveness analysis and budget impact.

Medtronic GI Genius technology on the other hand is brand agnostic. This makes it easier to implement for the hospitals, it has no requirement to change columns and the cost is more transparent.

Medtronic therefore believe that current cost-effectiveness and budget impact analysis does not adhere to the health economic praxis of including all relevant healthcare costs.

Health Economic Model

1) In section 11.2.1.4 (model structure – Table 26) the definition of low-risk adenomas is not consistent with the literature and international guidelines (e.g., ESGE guidelines). The current report defines low-risk adenomas as less than 3 adenomas, all of which are smaller than 10 mm. However, this definition does not adhere with the European guidance where patients found to have a polyp ≥ 6 mm and those with ≥ 3 polyps, irrespective of size, should be sent for polypectomy. This implies that, going by European clinical expert guidance the risk of interval cancer linked to adenomas 6- 9 mm should not be ignored. Medtronic believes that the model should adhere to European clinical guidance.

2) Given the meta-analysis results and the statistically significant effect of GI-Genius on ADR for adenomas 6 – 9 mm (section 8.1.3.) the model should include an impact on interval cancer due to increased ADR.

3) Given the comments above Medtronic believes that the CEA should not only be focusing on the index colonoscopy (no lifetime horizon). Instead, the long-term effect of increased ADR (reduction of interval cancer and cancer related costs) should be considered. Even if no QoL data is available (and no difference are to be expected in the two arms), there are data in the literature on cancer related QoL, so modeling over a patient's lifetime is possible and will provide more useful insights, especially on the long-term effect of CADe assisted colonoscopy.

4) Additionally, we are of the opinion that the CEA should take the costs of the entire patient journey into consideration and should include costs for follow-up examinations, treatment etc. instead of only the costs related to the index-endoscopy with or without polypectomy. This chosen approach favors standard colonoscopy.

Minor comments

In table 32, shouldn't the efficacy numbers be the other way around (55% for standard, 69% for CADe)?

Summary

- Showing clinical effect in multicenter randomized controlled trials should carry a clearer value in the analysis over showing effect in a single center retrospective observational study.
- Clinical evidence is not proven to transferrable between AI technologies. Therefore, evidence for GI-Genius cannot be used to estimate the effect of Endo-AID.
- Meta-analysis only based on trials for GI-Genius cannot be used to quantify effect in the cost-effectiveness analysis for Endo-AID.
- Organizational impact of CADe is historical as GI-Genius in Denmark currently includes CADx capabilities with significantly different potential to impact organizational efficiency.
- The definition of low-risk adenoma does not adhere to European clinical guidelines, as adenomas 6 – 9 mm are recommended to be removed due to risk of developing into interval cancer. The definition should be corrected so that it is in line with European Clinical Guidelines.
- Given a change in to the definition of low-risk adenoma, the CEA should be changed into a life-time perspective covering costs for the full patient pathway.
- The assumption to exclude colonoscopy column replacement costs and software update is significant and creates a bias where one AI technology is clearly benefiting, creating a false cost comparison. All relevant costs must be included for both AI technologies, even if it includes the need to approximate costs. The uncertainty of this approximation can then be explored in a sensitivity analysis.

With kind regards,

Benny Borgman
Health Economics Manager
+46725557990
Benny.Borgman@Medtronic.com

Lisa Gaade
Country Sales Manager Gastrointestinal & Hepatology
+4532481800
Lisa.Gade@Medtronic.com

References

Wallace, M. B. *et al.* Impact of artificial intelligence on miss rate of colorectal neoplasia. *Gastroenterology* **163(1)**, 295-304 (2022).

Hassan, C. *et al.* Performance of artificial intelligence in colonoscopy for adenoma and polyp detection: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointestinal endoscopy* **93(1)**, 77-85 (2021).

Ferlitsch, M. *et al.* Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical guideline. *Endoscopy* **49**, 957-968 (2017)

Rembacken, B. *et al.* Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). *Endoscopy* **44**, 957-968 (2012)

Hassan, C. *et al.* Artificial Intelligence Allows Leaving-In-Situ Colorectal Polyps. *Clin Gastroenterol Hepatol* **20(11)**, 2505-2513 (2022)

Mori, Y. *et al.* Cost savings in colonoscopy with artificial intelligence-aided polyp diagnosis: an add-on analysis of a clinical trial (with video). *Gastrointest Endosc.* **92**, 905-11 (2020).

Fra: Anne Rytter Asferg <anrya@rn.dk>
Sendt: 16. januar 2023 12:01
Til: Behandlingsrådet
Emne: Høringssvar til analyserapport vedr. Kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte ved koloskopiske undersøgelser for kolorektalkræft
Vedhæftede filer: Høringsversion af analyserapport om kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte til koloskopiske undersøgelser for kolorektalkræft.pdf; Høringsbrev for analyse om kunstig intelligens som beslutningsstøtte ved koloskopiske undersøgelser for kolorektalkræft.pdf; Signaturbevis.txt

Til rette vedkommende.

Hermed høringssvar fra Region Nordjylland.

Høringsversion af Behandlingsrådets analyse af Kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte ved koloskopiske undersøgelser for kolorektalkræft har ikke givet anledning til bemærkninger vedr. mulige faktuelle fejl eller bemærkninger til analyserapportens indhold.

Derimod har der været opmærksomhed på graden af blændede data, som kan være en hæmsko i forhold til kommentering på dele af analyserapporten samt for den efterfølgende eventuelle implementeringsproces.

Med venlig hilsen Anne

Anne Rytter Asferg
Specialkonsulent
97 64 83 10
anrya@rn.dk

REGION NORDJYLLAND
Patientforløb og Økonomi
Sundhedsplanlægning
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Øst
97 64 80 00
www.rn.dk