

## NOTAT

Journal-nr.: 19017108

Ref.: chal

Dato: 2. december 2019

# Afdækning og anbefalinger til bedre kapacitet på brystkræftområdet

*Afrapportering fra tværregional arbejdsgruppe for brystkræft, december 2019*

## Baggrund

Brystkræft er den hyppigste kræftform hos danske kvinder, og sygdommen udgør knap 30 % af alle nydiagnosticerede kræfttilfælde hos kvinder hvert år<sup>1</sup>. Regionerne har i de seneste år oplevet en stigning i antallet af patienter, der udredes og behandles for brystkræft<sup>2</sup>. En fremskrivning af antal nye tilfælde af brystkræft for perioden 2018-2033 viser, at denne udvikling forventes at fortsætte. Således forventes det, at der i 2023 er 5.100 brystkræfttilfælde pr. år i Danmark<sup>3</sup>.

Stigningen i patienttilgangen, sammen med bl.a. mangel på speciallæger, betyder, at regionerne generelt er kapacitetsmæssigt udfordret i forhold til at kunne udrede og behandle patienterne inden for de anbefalede forløbstider i pakkeforløbet for brystkræft. Den nationale monitorering af kræftområdet viser, at 66 % af alle kvinder med brystkræft blev opereret inden for forløbstiden i 2018<sup>4</sup>. På trods af en variation i overholdelse af forløbstiden på tværs af regionerne, viser denne afdækning, at alle regioner er udfordret pga. begrænset kapacitet, hvilket vanskeliggør mulighederne for, at hospitalerne kan aflaste hinanden.

På grund af de nationale udfordringer på brystkræftområdet har flere regioner overvejet muligheden for at indgå aftale med de omkringliggende lande om behandling af patienter med brystkræft. Erfaringsmæssigt er aftaler med udenlandske hospitaler dog ikke helt uproblematisk bl.a. i forhold til at sikre den faglige kvalitet og en ensartet behandling. Behandling på udenlandske sygehuse kræver oversættelse af journalmateriale mv., hvilket medfører en yderligere forsinkelse. Sprogforskelle, patientens sociale

---

<sup>1</sup> Kilde: [http://ugeskriftet.dk/files/scientific\\_article\\_files/2018-11/v05180370\\_0.pdf](http://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2018-11/v05180370_0.pdf)

<sup>2</sup> Kilde: <https://www.cancer.dk/brystkraeft-mammacancer/statistik-brystkraeft/>

<sup>3</sup> Kilde: <https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/2/5972/1518179863/bagomtallenefremskrivning2015tal.pdf>

<sup>4</sup> Kilde: [https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2019/cancer\\_aarsrapport2018\\_16052019](https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2019/cancer_aarsrapport2018_16052019)

netværk og mulighed for støtte fra pårørende kan erfaringsmæssigt også være barrierer for, at patienterne accepterer et alternativt behandlingstilbud i udlandet.

I lyset af de aktuelle kapacitetsmæssige udfordringer på brystkræftområdet, og at flere kvinder fremover vil have behov for en specialiseret behandling, er der behov for både regionale og nationale tiltag, der sikrer en robust kapacitet, så patienterne kan tilbydes de mest optimale udrednings- og behandlingsforløb, hvor de tilgængelige ressourcer bruges mest hensigtsmæssigt.

På baggrund heraf har sundhedsdirektørkredsen i Danske Regioner besluttet at nedsætte en tværregional arbejdsgruppe for brystkræft. Arbejdsgruppen har fået til opgave at kortlægge regionernes organisering og nuværende kapacitet ift. udredning og behandling af brystkræft, afdække udfordringer ift. at overholde forløbstiden samt identificere tiltag, der kan afhjælpe eventuelle flaskehalse, der har betydning for overholdelse af forløbstiderne i pakkeforløbet.

Den tværregionale arbejdsgruppe har, på baggrund af denne afdækning af kapaciteten og udfordringerne på brystkræftområdet, opstillet en række anbefalinger til det videre arbejde mhp. at sikre en bedre kapacitet – både på kort og længere sigt. Anbefalinger handler overordnet om arbejdstilrettelæggelse og opgaveflytning mellem faggrupper, planlægning af patientflow, kapacitetsudnyttelse på tværs, uddannelse af speciallæger og fagområdeuddannelse samt rekruttering af sygeplejersker og speciallæger.

Det skal bemærkes, at anbefalingerne ikke vil løse alle kapacitetsmæssige udfordringer på brystkræftområdet. Regionerne vil forsøge både at udnytte de tilgængelige ressourcer og øge kapaciteten i videst muligt omfang, og det er derfor rapportens anbefaling, at hver region skal gennemgå om de oplistede initiativer er fuldt afprøvet. Flere af initiativerne er allerede igangsat i flere regioner, mens nogle initiativer, på nuværende tidspunkt, har begrænset potentiale pga. en generel personalemangel på landsplan. Der vil derfor fortsat opleves udfordringer på trods af igangsatte initiativer på hospitalerne.

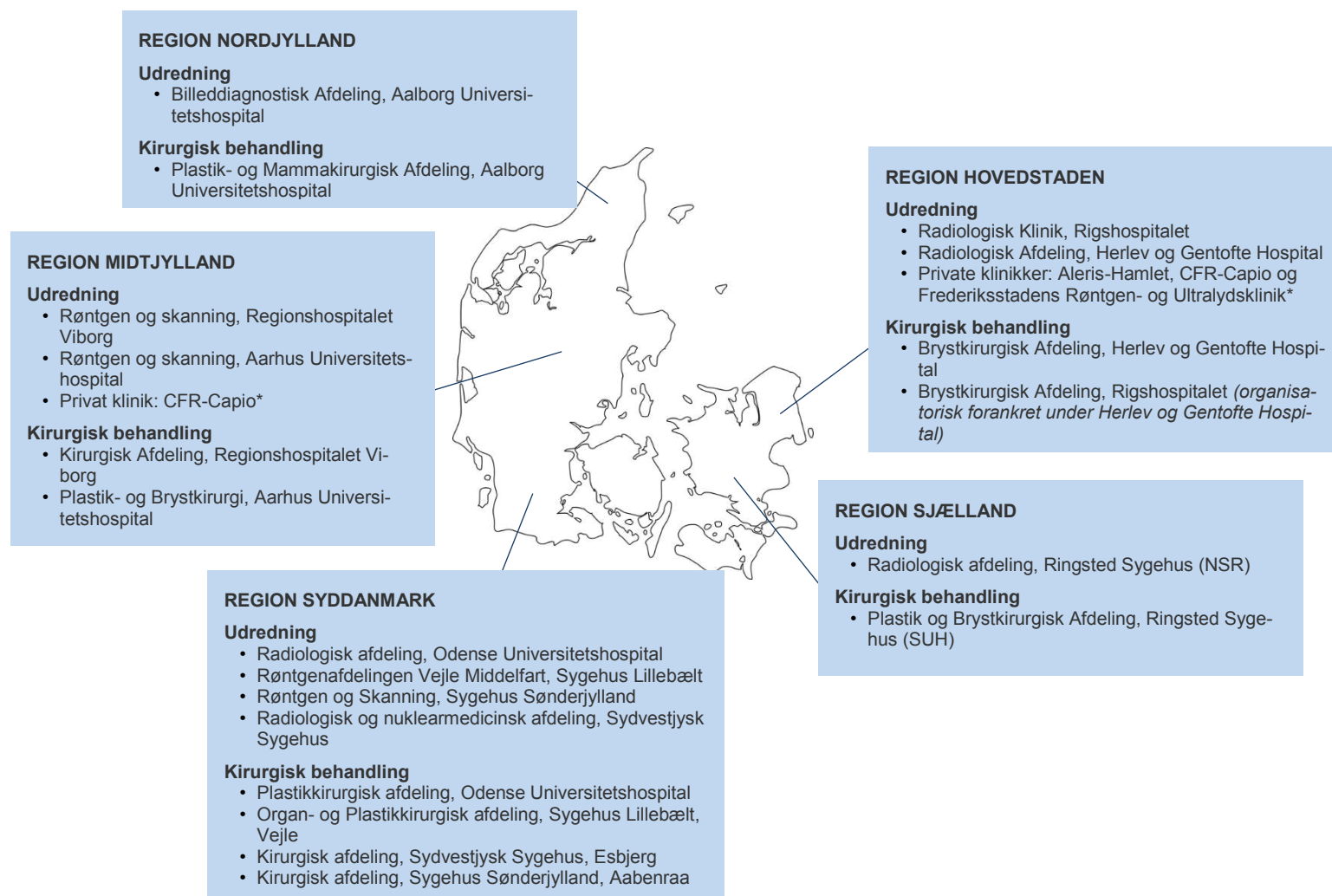
## **Afgrænsning**

Afdækningen i denne rapport fokuserer på udfordringer ift. udredning og behandling af patienter med brystkræft i *radiologisk* og *brystkirurgisk* regi, og beskriver derfor ikke udfordringer ift. andre dele af brystkræftforløbet, herunder patologi og plastikkirurgi. I arbejdet er der heller ikke undersøgt, om der er udfordringer ift. mammografiscreening, og det er således kun de kliniske mammografier, der er omfattet af pakkeforløbet for brystkræft, der er inkluderet.

## Organisering af brystkræftområdet

Figuren viser, hvilke afdelinger, der varetager udredning og kirurgisk behandling af patienter med brystkræft i hver region pr. oktober 2019.

\*Note: De private klinikker udreder i det omfang de radiologiske afdelinger ikke har den nødvendige kapacitet.



## Kapacitet og udfordringer ift. udredning af brystkræft (radiologi)

Tabel 1 viser, at der i 2016 blev udredt 16.457 patienter i pakkeforløb for brystkræft, mens der i 2017 og 2018 blev udredt hhv. 19.725 og 22.373 patienter. De foreløbige opgørelser for 2019 tyder på, at der fortsat er en stigning på landsplan.

Tabel 1: Antal patienter, der er udredt (afkræftet el. bekræftet) i pakkeforløb for brystkræft i 2016, 2017 og 2018, opgjort pr. region

	2016	2017	2018
<b>Region Nordjylland</b>	2.274	2.009	1.630
<b>Region Midtjylland</b>	4.788	5.732	5.147
<b>Region Syddanmark</b>	3.203	4.437	4.985
<b>Region Sjælland</b>	1.700	2.504	2.626
<b>Region Hovedstaden</b>	4.492	5.043	7.985
<b>Hele landet</b>	<b>16.457</b>	<b>19.725</b>	<b>22.373</b>

Kilde: Baseret på data i årsopgørelserne for den nationale kræftmonitorering af Sundhedsdatastyrelsen i hhv. 2016, 2017 og 2018.

Antallet af patienter i tabel 1, der er blevet udredt i pakkeforløb for brystkræft, er baseret på data i årsopgørelserne for den nationale kræftmonitorering af Sundhedsdatastyrelsen i hhv. 2016, 2017 og 2018. Årsopgørelserne er baseret på regionernes indberetninger til Landspatientregistret (LPR), og tabellen inkluderer derfor de registreringer, der er indberettet til LPR for de patienter, der er udredt i et pakkeforløb for brystkræft og har fået enten bekræftet eller afkræftet diagnosen.

### Udfordringer ift. udredning af brystkræft

De radiologiske afdelinger, der udreder patienter for brystkræft, vurderer overordnet, at den nuværende kapacitet til kliniske mammografier ikke er tilstrækkelig ift. at kunne imødekomme efterspørgslen. Det er en generel mangel på radiologer, herunder mammariologer, som i kombination med en stigende aktivitet i såvel antal udredningsforløb som kompleksitet, presser den radiologiske kapacitet. I flere regioner kan den aktuelle aktivitet derfor kun opretholdes ved brug af aftaler om frivilligt merarbejde (FEA), konsulentydelse og eksterne udbydere, som regionerne har en samarbejdsaftale med. De radiologiske afdelinger udgør derfor ofte en flaskehals, der medvirker til forsinkelser i brystkræftforløbene.

Udover mammariologer oplever de radiologiske afdelinger også, at der er mangel på ledige ambulatorietider som en konsekvens af, at der er begrænset ressourcer ift. sygeplejersker, speciallæger og faciliteter.

Derudover oplever nogle regioner, at der er begyndende udfordringer med at få tider til MR-scanninger pga. stigende efterspørgsel, da betydeligt flere patienter får udført MR-mammografi i forbindelse med udredning af brystkræft end tidligere. Det hænger bl.a. sammen med, at der anvendes MR-mammografi til monitorering af patienter, der får neoadjuverende kemoterapi (NACT) før operation. Indikationen for den behandlingsmodel blev stærkt forøget i efteråret 2016, hvor der kom en national DBCG-anbe-

faling om øget brug af NACT til at reducere brysttumorer før operation mhp. at øge andelen af patienter, der kan tilbydes brystbevarende operation. Yderligere tilskriver de nye retningslinjer for kontrol af genetisk disponerede kvinder, at MR-mammografi i stigende omfang skal bruges til screening af kvinder, der er genetisk disponeret for brystkræft.

## Kapacitet og udfordringer ift. kirurgisk behandling (brystkirurgi)

Tabel 2 viser, at der i 2016 blev registreret 3.432 patienter, der blev behandlet kirurgisk i pakkeforløb for brystkræft, mens der i 2017 og 2018 blev registreret hhv. 3.708 og 3.678 patienter. De foreløbige opgørelser for 2019 tyder på, at der fortsat er en stigning på landsplan.

Tabel 2: Antal patienter, der kirurgisk behandlet i pakkeforløb for brystkræft (OF4A) i 2016, 2017 og 2018, opgjort pr. region

	2016	2017	2018
Region Nordjylland	420	460	421
Region Midtjylland	754	755	604
Region Syddanmark	847	865	990
Region Sjælland	566	614	602
Region Hovedstaden	845	1.014	1.061
<b>Hele landet</b>	<b>3.432</b>	<b>3.708</b>	<b>3.678</b>

Kilde: Baseret på data i årsopgørelserne for den nationale kræftmonitorering af Sundhedsdatastyrelsen i hhv. 2016, 2017 og 2018.

Det er værd at bemærke, at opgørelsen i tabel 2 kun omfatter de kræftpakkeforløb, som registreres som 'F1'-forløb, dvs. de patienter, som initialt behandles kirurgisk (OF4A). Udover ovenstående forløb varetager de brystkirurgiske afdelinger også andre operationer, der optager deres kapacitet. Eksempelvis, som beskrevet tidligere, får et stigende antal patienter medicinsk behandling (*neoadjuverende behandling*) før deres operation jf. anbefalinger fra DBCG. Disse patienter, som initialt får neoadjuverende behandling, registreres derfor som 'F2'-forløb (OF4B - medicinsk behandling), og indgår derfor ikke i opgørelsen i tabel 2, selvom patienterne efterfølgende skal opereres og optager en større og større kapacitet i de brystkirurgiske afdelinger.

### Udfordringer ift. kirurgisk behandling af brystkræft

De brystkirurgiske afdelinger, der opererer patienter med brystkræft, vurderer overordnet, at den nuværende kapacitet ikke er tilstrækkelig ift. at kunne imødekomme efterspørgslen. Der er vakante speciallægestillinger, hvilket afspejler afdelingernes aktivitet. Den nuværende kapacitet til behandling i flere regioner er kun tilstrækkelig pga. aftaler om frivilligt ekstra arbejde (FEA) og midlertidige udvidelser af ugentlige operationslejer. Udover en generel mangel på brystkirurger, er det desuden vanskeligt for nogle hospitaler at rekruttere speciallæger pga. afstanden mellem hospitalets geografiske placering og speciallægenes bopæl.

Der er et generationsskifte i gang indenfor brystkirurgien, og det forventes derfor, at der vil mangle yderligere speciallæger inden for en relativ kort tidshorizont. I flere regioner er alderssammensætningen blandt brystkirurgerne en udfordring, da de fleste kirurger over 60 år, og det forventes, at flere vælger pension i de kommende år.

Udover speciallæger oplever de brystkirurgiske afdelinger også andre kapacitetsmæssige udfordringer, herunder mangel på ledige operationslejer samt anæstesi- og operationssygeplejersker og plastikkirurger.

## Opsummering

Overskridelserne af forløbstiderne i pakkeforløbet for brystkræft skyldes bl.a. mangel på kapacitet – både til udredning og behandling af patient med brystkræft. Udfordringerne er især mangel på speciallæger i radiologi og brystkirurgi, og den aktuelle aktivitet opretholdes derfor bl.a. ved brug af aftaler om frivilligt merarbejde (FEA), som ikke er en hensigtsmæssig løsning på længere sigt.

De patologiske afdelinger udgør også en flaskehals, der medvirker til forsinkelser i udredningen af brystkræft grund af lang svartid på patologiske prøver. Dette er ikke undersøgt eller uddybet nærmere i denne rapport.

Pakkeforløbene for kræft beskriver et standard patientforløb, og afdelingerne planlægger altid et konkret udrednings- og behandlingsforløb med udgangspunkt i den enkelte patient, som både tager hensyn til patientens ønsker og behov. Et længere forløb for nogle patienter kan således være fagligt begrundet og nødvendigt for at kunne tilbyde den rette behandling, fx hvis der er behov for yderligere undersøgelser i udredningen eller hvis patienten har flere samtidige sygdomme (komorbiditet). Det kan også være efter patientens eget ønske, at udredningen eller behandlingen udskydes, fx hvis patienten vælger at udskyde sin ambulatorietid. Der kan derfor være andre grunde end kapacitetsmæssige grunde til, at patienterne ikke behandles inden for forløbstiderne i kræftpakkerne.

## Initiativer i regionerne og anbefalinger

I regionerne arbejdes der løbende på at håndtere de lokale kapacitetsmæssige udfordringer på brystkræftområdet, så patienterne kan tilbydes udredning og behandling inden for forløbstiderne i kræftpakkeforløb.

Ifølge Lægeprognosen 2018-2040 fra Sundhedsstyrelsen vil der samlet set komme betydeligt flere læger og speciallæger, end der er i dag. Det er dog ikke nødvendigvis ensbetydende med, at udfordringerne med at sikre en tilstrækkelig speciallægedækning i hele landet og inden for alle specialer er løst. Der opleves aktuelt – også for brystkræftområdet – store regionale forskelle i antallet af speciallæger og rekrutteringen af læger til uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Manglen er størst i områder uden for universitetsbyerne og generelt set større i yderområderne.

I det følgende beskrives de igangsatte initiativer i regionerne, samt en række anbefalinger til både kort- og langsigtede initiativer, der fremadrettet skal medvirke til at sikre bedre kapacitet på brystkræftområdet.

## Kortsigtede anbefalinger

### Bedre arbejdstilrettelæggelse og opgaveflytning mellem faggrupper

I alle regioner gøres der i disse år mange erfaringer med at flytte fokus fra bestemte faggrupper til selve opgaven. Ofte kan opgaver med den rette kompetenceudvikling løses af en anden faggruppe eller i et samarbejde mellem flere faggrupper, så personaleressourcer bruges mere fleksibelt. Både ift. udredning og behandling af brystkræft kan det være relevant at ændre på opgaveløsningen mellem de forskellige faggrupper, således der frigives fx speciallægekapa- citet.

I forhold til brystkræftforløb har nogle hospitalsafdelinger ændret i opgavevaretagelsen, så sygeplejersker varetager en række opgaver, som tidligere blev varetaget af speciallæger, herunder 1-års kontroller, histologisvar og infektionspatienter. Desuden har nogen afdelinger ændret praksis for patienter med brystkræft, der skal have medicinsk efterbehandling, så der gives operationssvar i onkologisk regi i stedet for i de brystkirurgiske afdelinger.

En afdeling har på forsøgsbasis ansat medicinstuderende til at skrive journaler mv., således speciallægernes tid flyttes fra ambulatorietid til operationstid, mens en anden afdeling opstarter postoperative gruppeinformationer, som forventelige både vil spare tid, og give patienterne mulighed for at snakke med hinanden. Desuden er beslutningsstøtteværktøjer forud for ambulatoriebesøg er også med til at kvalificere og effektivisere ambulatoriebesøgene.

### **Anbefalinger:**

- Det anbefales, at **hospitalerne, herunder de enkelte afdelinger**, i højere grad flytter fokus fra bestemte faggrupper til selve opgaven, hvor der er mulighed for, at opgaven kan løses af en anden faggruppe eller i et samarbejde mellem flere faggrupper. En mere tværfaglig tilgang til opgaverne vil skabe gode muligheder for at aflaste personalet her og nu, og for at kunne anvende personaleressourcerne mere fleksibelt. Der kan også være behov for at identificere uudnyttede potentialer for bedre brug af medarbejderressourcer – både lokalt og nationalt.

### Bedre planlægning af patientflow

Det er udfordrende i forhold til planlægningen i hospitalsafdelingerne, at der er fluktuationer i henvisningsmønstret af patienter med brystkræft, da det betyder, at der i nogle perioder er ekstra stort pres på ambulatorie- og operationskapaciteten. Det er derfor vanskeligt for afdelingerne at planlægge – både ift. et optimalt patientflow, overholdelse af forløbstiderne og at have bufferkapacitet, når kapaciteten er presset.

Desuden er der flere og flere patienter med brystkræft, der behandles med kemoterapi før deres operation. Disse patientforløb kræver flere og længere konsultationer, da behandlingstilbuddet er mange facetteret, fx flere undersøgelser (MR) og optræder flere gange på MDT-konferencer mv. Der er ligeledes et stigende antal rekonstruktioner og onkoplastiske procedurer, der kræver yderligere kapacitet og ressourcer.

Det handler derfor om at skabe fleksibilitet, hvor afdelingerne har mulighed for at øge kapaciteten ved behov og skalere op før ferie/helligdage samt akut ved større patienttilgang.

For at afhjælpe akutte udfordringer, har nogle hospitaler omlagt ambulatorietiderne i brystkirurgien, så disse tider i stedet ligger sent og derved frigør flere tider til operation i dagstid. Dette medfører dog overarbejde for flere faggrupper, og er dermed ikke en holdbar løsning på længere sigt.

#### **Anbefalinger:**

- Det anbefales, at **hospitalerne** sikrer en bedre planlægning af patientflow, fx ved kortlægning af patientstrømme og personalefremmøde i afdelingerne, og derved kan skabe større grad af fleksibilitet, hvor afdelingerne har mulighed for at øge kapaciteten ved behov og skalere op fx ved ferie/helligdage, fluktuationer og akut ved større patienttilgang.

#### Fokus på kapacitetsudnyttelse på tværs – både regionalt og tværregionalt

#### **Anbefalinger:**

- Det anbefales, at **regionerne** har fokus på optimal udnyttelse af den tilgængelige kapacitet, fx personaleressourcer, apparaturer og fysiske forhold – både internt på regionens hospitaler og tværregionalt. En bedre udnyttelse af kapaciteten stiller krav om en tæt dialog og transparens mellem hospitaler/regioner om eventuel ledig kapacitet. Desuden kræver det, at patienterne har lyst til at visiteres til et andet hospital eller region, og at der er ledig kapacitet på de modtagende hospitalsafdelinger til at varetage patienterne.

### **Langsigtede anbefalinger**

#### Uddannelse af speciallæger og fagområdeuddannelse

Det er et faktum, at alle regioner har både specialer og områder, hvor det er svært at rekruttere læger, herunder både radiologi, brystkirurgi og patologi. På trods af, at der i de kommende mange år er en øget tilgang af nyuddannede læger, vil der være en stor risiko for, at en relativ stor gruppe af læger ikke får mulighed for at videreuddanne sig, hvis antallet af speciallægeuddannelsesforløb ikke tilsvarende øges.

#### **Anbefalinger:**

- Det anbefales at udvide antallet af introduktions- og hoveduddannelsesstillinger for speciallæger i radiologi, og fastholde det nuværende forhold mellem I-stillinger end H-stillinger, da det giver de radiologiske afdelinger bedre muligheder for at rekruttere til hoveduddannelsesstillingerne.
- Det anbefales, at der drøftes en mere generel udvidelse af dimensioneringen af speciallæger – enten som konkrete udvidelser i de specialer, der mangler speciallæger eller som en mere fleksibel dimensionering, hvor den enkelte videreuddannelsesregion indenfor en given ramme selv kan beslutte udvidelser under hensyntagen til mangel, fordeling, uddannelseskapacitet og økonomi.



- Det anbefales, at **de faglige selskaber** tager initiativ til, evt. i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og regionerne, at drøfte mulighederne for at etablere ét år af hoveduddannelsen i kirurgi (1. reservelægetid), som brystkirurg, så man får hoveduddannelser, der er målrettet brystkirurgi. Der pågår allerede drøftelser mellem Dansk Brystkirurgisk Selskab og Dansk Kirurgisk Selskab om etablering af en egentlig hoveduddannelse i brystkirurgi.
- Det anbefales, at **de faglige selskaber** i samarbejde med Sundhedsstyrelsen tager initiativ til at undersøge mulighederne for at smidiggøre overgangen for ansøgere fra andre specialer, fx gynækologi eller thoraxkirurgi, der vil søge fagområdeuddannelse i brystkirurgi. Herunder drøfte mulighederne for større fleksibilitet i fagområdeuddannelsen for brystkirurgi, så uddannelsen i højere grad er kompetencestyret i stedet for tidsstyret.

#### Rekruttering af sygeplejersker og speciallæger, herunder af speciallæger fra udlandet

På trods af mangel på sygeplejersker og speciallæger både indenfor radiologi og brystkirurgi bør der fokuseres på rekruttering, herunder rekruttering af speciallæger fra udlandet, hvilket nogle regioner har haft succes med.

#### **Anbefalinger:**

- Det anbefales, at **regionerne** ift. både uddannelsesstillinger, uklassificerede stillinger og i fagområdeuddannelse skaber mulighed for større fleksibilitet lokalt ift. at kunne tage flere yngre læger ind, og mulighed for at tage flere ind på én gang, fx når der er flere kvalificerede ansøgere på samme tid.
- Det anbefales, at **regionerne** drøfter mulighederne for, hvordan brystkirurgi-området kan gøres mere attraktivt fx ved reservelægestillinger og at afdelingerne kan tage flere ind før hoveduddannelsesforløb, dvs. uklassificerede stillinger.
- Det anbefales, at **regionerne** drøfter mulighederne for at etablere 2-årige fellowships i onkoplastisk brystkirurgi indtil en eventuel etablering af et hoveduddannelsesforløb i brystkirurgi. Fellowships kan besættes af speciallæger i kirurgi og plastikkirurgi, samt evt. fra andre kirurgiske specialer.
- Det anbefales, at **regionerne** har større fokus på rekruttering af speciallæger fra udlandet.
- Det anbefales, at **regionerne** drøfter, hvordan man rekrutterer og fastholder flere sygeplejersker, og hvordan man sikrer kvaliteten i uddannelsesopgaven, som tegner til at blive endnu større.

## Arbejdsgruppens sammensætning

Svend Hartling (formand for arbejdsgruppen)	Koncerndirektør, Region Hovedstaden
Lone Bak Hansen	Specialeansvarlig overlæge, Plastik- og Brystkirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Region Sjælland
Pia Stauner	Sygeplejerske og overordnet koordinator af kræftpakkeforløb, Region Sjælland
Mari-Ann Munch	Chefkonsulent, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland
Henrik Skjellerup Struckmann	Ledende overlæge, Røntgen og Skanning, Sygehus Sønderjylland, Region Syddanmark
Katrine Lydolph Søe	Specialansvarlig overlæge, Plastikkirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital, Region Syddanmark
Morten Jakobsen	Specialkonsulent, Sundhedsplanlægning, Region Syddanmark
Trine Malling Lungskov	AC-fuldmægtig, Sundhedsplanlægning, Region Syddanmark
Geert Willander	Ledende overlæge, Røntgen og skanning, Hospitalsenhed Midt, Region Midtjylland
Peer Christiansen	Professor, Plastik- og Brystkirurgi, Aarhus Universitetshospital, Region Midtjylland
Mette Brænder Nørgaard	Specialkonsulent, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland
Jan Nybo	Ledende overlæge, Radiologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland
Karin Navntoft Ledet	Plankonsulent, Økonomi og Plan, Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland
Anders Koudal Cinicola	AC-fuldmægtig, Patientforløb og økonomi – Sundhedsplanlægning, Region Nordjylland
Ilse Munk Vejborg	Klinikchef, Radiologisk Klinik, Rigshospitalet, Region Hovedstaden
Michel Christian Nèmery	Ledende overlæge, Afdeling for Røntgen og Skanning, Herlev og Gentofte Hospital, Region Hovedstaden
Henrik Flyger	Ledende overlæge, Brystkirurgisk Afdeling, Herlev og Gentofte Hospital, Region Hovedstaden
Camilla Hald	Konsulent, Enhed for Hospitalsplanlægning, Region Hovedstaden