

Upprättare
Mats Björeman, Lars Holmberg

Datum
2015-09-29

Nivåstrukturering av urologisk och gynekologisk cancer i Uppsala-Örebroregionen 2015

Uppdraget

Vårdprocessgrupperna för urologiska och gynekologiska tumörsjukdomar och specialitetsråden för urologi och gynekologi har inte nått enighet om konkreta förslag för nivåstrukturering i regionen. Från processledarna i gynekologisk cancer föreligger ett förslag, som ännu inte har hunnit förankras fullt i vårdprocessgrupp eller specialitetsrådet. Då det finns ett tydligt krav från samverkansnämnden att kunna ta steg framåt i nivåstruktureringen på nämndens sammanträde i juni 2015, så har RCC-kansliet och RCC-styrgruppens ordförande tagit fram förslag till nivåstrukturering inom dessa specialiteter.

Förslaget har diskuterats på samverkansnämndens beredningsgrupp, landstingsdirektörsgrupp och i AU. Samverkansnämndens AU beslutade att underlaget skall kompletteras med kvalitetsaspekter, vilket nu införts i dokumentet. RCC-styrgruppen har utförligt diskuterat förslaget den 28 maj, och en slutlig remissversion godkändes av Samverkansnämnden 2015-06-04. Därefter har en arbetsgrupp med representanter för varje landsting/region, utsedd av RCC-styrgruppen bearbetat och förankrat förslaget under sommaren. Gruppen sammanträdde 2015-08-18, men kunde då inte nå fram till ett förslag som gick utöver dagens rådande ansvarsfördelning. Därefter behandlades frågan vid möte mellan beredningsgruppen och regionens landstings/regiondirektörer 2015-08-21. Ett uppdrag gavs då till RCC-styrgruppen att till 31 augusti ta fram ett mera konkret underlag med angivande av vilka sjukhus som i framtiden ska utföra de olika behandlingarna/operationerna i sjukvårdsregionen.

Bakgrund

Trots att cancervården i Sverige uppvisar bland de bästa resultaten i världen finns det goda möjligheter att ytterligare förbättra den. Inte minst finns stora skillnader i resultaten av cancervård mellan olika regioner och landsting, men också inom länen mellan grupper av invånare med olika socioekonomiska- och utbildningsförhållanden. Väntetiderna för utredning och behandling vid misstänkt cancer varierar starkt mellan landsting och regioner. Den nationella cancerstrategin från 2009 tillkom för att förbättra dessa förhållanden.

Samverkansnämnden i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion beslöt under våren 2014 att urologisk och gynekologisk cancer skulle tjäna som pilotområden för arbetet med att nivåstrukturera cancervården inom regionen. För att möjliggöra förändringsprocesserna angav nämnden också att förslagen kunde innebära en omfördelning av uppgifter inom dessa specialiteter som inte har med cancer att göra. Ett första förslag till nivåstrukturering skulle vara klart till decemberrådet 2014, men eftersom de aktuella vårdprocessgrupperna hade svårigheter att

Upprättare
Mats Björemans, Lars Holmberg

Datum
2015-09-29

komma fram till förslag fick man vid decembermötet förlängd tid till junisammanträdet 2015 för att lämna ett första förslag.

För att komma vidare med arbetet har vårdprocessgrupperna involverat respektive specialitetsråd, där verksamhetscheferna för regionens kliniker finns. Man har genomfört flera möten i båda konstellationerna, och inom urologin har processledaren dessutom genomfört platsbesök på alla läns- och universitetskliniker i regionen vid minst ett tillfälle under det senaste året. Huvuddelen av förslaget för gynekologisk cancer grundar sig på betänkandet från processledarna för gynekologisk cancer. För flera patientgrupper inom urologi och gynekologi har diskussionerna påskyndat den nivåstrukturering som redan pågår.

Uppdraget från Samverkansnämnden är: Kvaliteten i regionens cancervård måste förbättras genom att man renodlar och omfördelar uppdragen inom vissa åtgärder för att få större volymer och högre kompetens i de team som ska hantera dessa åtgärder. Detta skapar också bättre förutsättningar för att trygga den framtida kompetensförsörjningen. För vissa ovanliga diagnoser måste åtgärder koncentreras till bara ett eller två sjukhus i regionen för att vi ska ha möjlighet att med volym och resultat hävda oss i relation till andra regioner. Ett viktigt medel för att skapa en likvärdig cancervård för alla invånare i regionen oavsett bostadsort är att alla nydiagnosticerade cancerpatienter ska kunna bli föremål för multidisciplinära terapikonferenser i samband med diagnos och inför behandling. Sådana konferenser kan för ovanligare diagnoser bli regionala, och i samband med sådan regional multidisciplinär terapikonferens tas beslut om var den planerade behandlingen ska ske.

Vi uppfattar att det i samverkansnämndens uppdrag ligger ett krav på tydligt formulerade förslag för att i realiteten kunna visa att vår region fungerar som en enhetlig region med målet att kunna erbjuda våra patienter bästa möjliga vård med ett optimalt resursutnyttjande som tydlig ledstjärna.

Nationell nivåstrukturering

Intensiva diskussioner och utredningar pågår om nationell nivåstrukturering för ett växande antal områden. För närvarande behandlas matstrups-cancer, analcancer, cancer i vulva, cytostatikabehandling i bukhålan tillsammans med kirurgi för vissa spridda tumörsjukdomar, cytostatikabehandling i isolerad extremitet samt buk- och muskulo-skelettala tumörer (sarkom). Flera andra diagnoser och åtgärder står nära på tur: avancerad äggstockscancer, lymfkörtelutrymning vid testikelcancer, avancerad njurcancer, cystektomi vid blåscancer, lever och gallvägs-cancer, cancer i bukspottskörteln och magsäckcancer. Det är en trolig utveckling att centra i en region som inte internt kunnat samordna sig har ett betydligt sämre utgångsläge för att kunna etablera sig som nationellt centrum.

Det förs för närvarande också diskussioner kring utredningen av högspecialiserad vård. De regionala seminarier som hittills hållits pekar mot att utredningen kommer att föreslå att det inom en lång rad områden krävs för svenska förhållanden mycket höga volymer för att uppnå god kvalitet. Cancer är här inget undantag, utan är tvärtom ett av de områden där det finns bäst evidens för att volymer har betydelse.

Till följd av dessa nationella initiativ finns en viktig yttre utveckling för vår region att ta hänsyn till.

Upprättare
Mats Björemans, Lars Holmberg

Datum
2015-09-29

Kompetensförsörjning

En kritisk fråga för alla inblandade parter i nivåstruktureringsprocessen är kompetensförsörjningen både på universitetssjukhusen och på länssjukhusen. Det finns en befogad oro för kompetensförlust på akutsjukhusen i regionen om viss avancerad cancervård flyttas. Därför måste strategier utvecklas för att motverka en sådan kompetensförlust. Det är viktigt för akutsjukvården ute i regionen, inte bara cancervården. Intresserade och välutbildade läkare på länssjukhusen utgör en god bas för ett optimalt omhändertagande av cancerpatienter på hemorten, och en rekryteringsbas för vidareutbildning och specialisering, forskning och utveckling på eller i samarbete med universitetssjukhuset. Resultaten kan sedan återföras ut i regionen.

Det finns även en risk för att centralisering av vissa behandlingar medför tidskrävande och krångligare kommunikation mellan länssjukhus och universitetssjukhus, vilket kan förlänga väntetider för enskilda patienter. För att undvika detta behövs väl utvecklade samarbeten, definition av standardiserade vårdförlopp och rutiner för multidisciplinära konferenser (MDK) via videolänk.

Det förslag som läggs kring nivåstrukturering inom urologisk och gynekologisk cancer ska bygga på att de föreslagna enheterna uppfyller de kriterier för kompetens och kvalitet för den aktuella vården som vårdprocessgrupperna uppställt. Vidare ska dessa enheter rapportera till nationella kvalitetsregister, ha en tryggad kompetensförsörjningsplan och delta i aktiv forskning kring de berörda diagnoserna.

Kvalitetsaspekter

Kvalitet i vården definieras allmänt av begreppet god vård. Den nationella cancerstrategin har framhållit regionalt sammanhållna och effektiva vårdprocesser, hög kompetens, forskning och utveckling nära vården och aktiv uppföljning för att nå målen säker, likvärdig vård med nöjda patienter och internationellt ledande långtidsresultat.

Lokala och aktuella kvalitetsregisterdata hjälper den egna kliniken att se om man har en process som förväntas ge goda resultat på längre sikt, eller om den behöver ses över. De säger emellertid lite om vilken övergripande struktur som ett landsting eller en region bör ha i längden för att stärka, utveckla och behålla en god vård: för det syftet måste man se på data över längre tid och i ett bredare sammanhang, t ex i relation till förväntad medicinsk utveckling. De kvalitetsindikatorer som hittills utvecklats är relativt nya och deras lämplighet för att styra verksamheten är ännu inte fullt prövad. Det finns inte idag någon accepterad enkel kvantitativ checklista för att avgöra kvalitet för tillstånden i detta förslag.

Kvalitetsmål måste därför definieras i ett samspel mellan patientrepresentanter och vårdprofessioner organiserade i nätverk – för cancerområdets del inom socialstyrelsen, RCC i samverkan eller det enskilda RCC. Utgångspunkter är aktuellt internationellt kunskapsläge och internationella resultat. Kvalitetsmål och önskvärd standard för behandling dokumenteras i nationella vårdprogram som behandlas och beslutas om i alla landsting.

I Uppsala Örebro regionen visar data från kvalitetsregister och socialstyrelsens slutenvårdsregister att den spridning av åtgärder på många enheter som finns i regionen ger en oacceptabelt stor skillnad i behandling för vissa tillstånd, t ex för njur- och blåscancer.

Upprättare
Mats Björemans, Lars Holmberg

Datum
2015-09-29

Få utförare i regionen når den volym som nationella vårdprogram och professionella grupperingar stipulerar för att god kvalitet ska kunna upprätthållas konsistent, t ex för prostata- och blåscancer. Sällan förekommande åtgärder ger även en dålig grund för framtida kompetensförsörjning och för forskning. Avancerade stödresurser, t ex rehabilitering, kan inte byggas för sällan förekommande åtgärder.

Urologisk cancer

Inom detta område är de huvudsakliga cancerformerna prostatacancer, njurcancer, urinblåsecancer och peniscancer. När det gäller peniscancer finns redan ett beslut om nationell nivåstrukturering med koncentration av radikalt syftande kirurgi till två enheter i landet, varav en är Universitetssjukhuset i Örebro, USÖ. Testikelcancer är i huvudsak en onkologisk diagnos, behandlingen sker företrädesvis med cytostatika, men kirurgisk lymfkörtelutrymning kommer att diskuteras för nationell nivåstrukturering.

Prostatacancer är den ojämförligt vanligaste cancerformen hos män. Sjukdomen uppvisar en stor spännvidd när det gäller aggressivitet och växtsätt. Många män behöver aldrig behandling för sin cancer, medan andra drabbas av snabb tumörspridning till främst skelettet och svåra symtom från sjukdomen. Radikal prostatektomi, en omfattande operation som syftar till att radikalt avlägsna cancersjukdomen, har under senare år vunnit större spridning, men kräver stor erfarenhet för att undvika komplikationer och nå goda resultat. Operationen kan utföras med assistans av robot, men några övertygande studier som visar att detta ger bättre resultat än vid konventionell kirurgi finns inte. I regionen utförs ca 300 radikala prostatektomier per år. Man bedömer att ett centrum bör ha över 50 operationer per år för att kunna upprätthålla fullvärdiga resultat. Det är denna nivå man strävar efter att nå i de övriga regionerna i landet. I regionen utfördes 2013 35% av de radikala prostatektomierna på sjukhus med små eller mycket små årliga operationsvolymerna (uppgifter från slutenvårdsregistret).

Vid njurcancer har man under det senaste decenniet i ökande utsträckning börjat genomföra njursparande operationer (nefronsparande kirurgi eller njurresektion) istället för att ta bort hela njuren hos de patienter som lämpar sig för sådana ingrepp för att inte riskera att patienten drabbas av njursvikt. Årligen görs ca 300 njurcanceroperationer i regionen, varav ca 15 % är njurresektioner, övriga nefrektomier, dvs operationer där hela den drabbade njuren tas bort. Andelen nefronsparande kirurgi varierar mellan landstingen i regionen, högst andel har Akademiska, USÖ och Västerås. Operation av njurcancer utförs på alla läns- och universitetssjukhus och fram till helt nyligen även på några av länsdelsklinikerna i regionen. I regionen utfördes 2013 32% av alla njuroperationer (cancer och annan sjukdom) på sjukhus med små eller mycket små årliga operationsvolymerna (uppgifter från slutenvårdsregistret).

Urinblåsecancer är också en sjukdom med stor spännvidd. I många fall kan den kontrolleras via lokal behandling i urinblåsan med operation via cystoskop, laserbehandling eller cellgifter. De mest avancerade fallen kräver att man tar bort urinblåsan (cystektomi) och skapar en ny urinavledning med olika metoder. Antalet cystektomier för cancer i vår region är ca 75 per år. På några länsjukhus görs mindre än 5 cystektomier per år. I regionen utfördes 2013 39% av cystektomierna för alla diagnoser (cancer och annan sjukdom) på sjukhus med små eller mycket små årliga operationsvolymerna (uppgifter från slutenvårdsregistret).

Upprättare
Mats Björemans, Lars Holmberg

Datum
2015-09-29

Cystektomi är ett ingrepp som även efter handläggning på specialiserad klink medför stor risk för komplikationer. Ofta behövs kompletterande kirurgi och långa vårdtider.

Gynekologisk cancer

De olika cancerformerna inom detta område är äggstockscancer (ovarialcancer), livmoderkroppscancer (corpuscancer), livmoderhalscancer (cervixcancer) och cancer i de yttre kvinnliga könsorganen (vulvacancer). Förekomsten av dessa olika cancerformer är något varierande. Corpuscancer drabbar oftast äldre kvinnor, totalt ca 370 fall per år i regionen. Cervixcancer, som drabbar ca 120 kvinnor årligen i regionen, finns hos alla åldrar. Denna cancerform kommer att minska med tiden då effekten av vaccination mot HPV börjar synas. Även ovarialcancer drabbar alla åldrar men har minskat i förekomst tack vare p-pilleranvändningen. Cirka 210 kvinnor i regionen insjuknar årligen i ovarialcancer. Vulvacancer är ovanlig och drabbar ett 40-tal kvinnor i regionen årligen. I regionen utfördes 2013-2014 18% av operationerna för livmoderkroppscancer, 23% av operationerna för livmoderhalscancer och 9% av operationerna för äggstockscancer på sjukhus med små eller mycket små årliga operationsvolymerna (uppgifter från de tre kvalitetsregister som rapporterar gynekologiska canceroperationer).

För alla dessa fyra diagnoser gäller att det vid avancerad sjukdom hos patienter med förutsättningar att klara avancerade kirurgiska ingrepp och/eller strålbehandling/cytostatikabehandling finns tydliga vinster med att koncentrera sådana insatser till färre centra än idag. Däremot kan övriga patienter med dessa diagnoser behandlas vid länsklinikerna efter gemensam beredning vid regionala MDK-konferenser.

Två omständigheter innebär särskilda utmaningar för nivåstrukturer av den gynekologiska cancervården i vår region. 1) Det finns två universitetssjukhus i regionen. 2) Två landsting i regionen, Västmanland och Sörmland, remitterar inte patienter med gynekologisk cancer till Uppsala eller Örebro, utan till Linköpings universitetssjukhus. Det innebär idag ett minskat patientunderlag för den högspecialiserade gynekologiska cancervården i Uppsala och Örebro.

Idag är dock situationen i Uppsala och Örebro bättre än tidigare vad avser möjligheter att ta emot regionens gynekologiska cancerfall. Vid universitetssjukhusen i Uppsala och Örebro finns gemensamt, som enda gynekologiska cancercentra i landet idag, högspecialiserad kompetens och resurser att i samverkan genomföra nära nog alla typer av avancerade kirurgiska ingrepp, fertilitets-bevarande kirurgi, postoperativ vård och modern avancerad onkologisk behandling vid gynekologisk cancer, inklusive intraperitoneal kemoterapi vid ovarialcancer, samt MR-baserad interstitiell brakyterapi vid lokalt avancerad cervixcancer. Kompetens och erfarenhet av mindre vanliga tillstånd, som icke epitelial malign ovarialtumör och gynekologisk cancer under graviditet finns också.

Ett fåtal patienter remitteras idag för buksarkom-kirurgi på Karolinska i Stockholm. Enstaka patienter med malign trofoblastsjukdom remitteras också, eller handläggs i samarbete med kvinnokliniken, Karolinska sjukhuset.

Upprättare
Mats Björemans, Lars Holmberg

Datum
2015-09-29

Förslag

För att skapa goda förutsättningar för att höja kvaliteten i vården behöver vi regionen koncentrera de större operationerna inom urologisk och gynekologisk cancer till färre enheter än en i varje län. För att uppnå målen med hög kvalitet bör remitteringsvägar avtalas mellan landstingen så att önskvärd organisation och åtgärdsvolym upprätthålls.

Alla patienter i regionen med behov av avancerade cancerbehandlingar enligt kriterier i vårdprogram och/eller efter diskussion i aktuell vårdprocessgrupp skall ha tillgång till regionens samlade expertis, vilket kräver ökat regionsamarbete på flera nivåer. Det innebär att regionala multi-disciplinära och multi-professionella konferenser för patientkategorier enligt vårdprocessgruppernas kriterier måste organiseras av ansvariga kliniker och en tydlig ansvarsfördelning finnas för konferensernas ledning och genomförande. Samtliga patienter där så är möjligt skall övervägas för inklusion i gemensamma forskningsprojekt.

Förslaget innebär att även för patienter där det inte kommer att finnas ett stort behov av förflyttning över länsgränser, så måste den landstingsinterna organisationen tillgodose tillräckliga volymer vid ett sjukhus per landsting för att upprätthålla en god infrastruktur.

En ändring av patientströmmar innebär att länsklinikernas behov av kompetensutveckling och utbildning beaktas bl. a. genom att berörda befattningshavare från länskliniker deltar i behandlingar på universitetskliniken/annat regionalt centrum samt i multidisciplinära konferenser; att tjänstgöring organiseras på universitetskliniken/annat regionalt centrum för kompetensutveckling och att gemensamma strukturerade utbildningar, kurser och studiebesök anordnas och kompetensöverföring sker mellan olika yrkeskategorier.

Ett regelverk för köp av hälso- och sjukvårdstjänster vid remittering inom regionen måste tas fram och harmoniseras med det nya avtalet om regionsjukvård.

Regiongemensam nivåstrukturerings innebär att kraven på fullständig rapportering till kvalitetsregister blir höga för att kritiskt utvärdera och vid behov revidera planen.

Urologisk cancer

Njurcancer: Urologkliniken på Akademiska sjukhuset Uppsala blir regionalt ansvarigt centrum för avancerad njurcancerkirurgi.

Detta innebär att alla operationer av njurcancer som kräver avancerad behandling enligt vårdprocessgruppens kriterier ska ske på Akademiska.

Nefronsparande kirurgi ska utföras på Akademiska, USÖ, Västmanlands sjukhus i Västerås samt Sjukhuset i Gävle. Nationella rekommendationer för nefronsparande behandling ska följas vid alla enheter som utför sådan behandling. Nefrektomier ska även fortsättningsvis göras på alla läns- och universitetssjukhus i regionen.

Upprättare
Mats Björeman, Lars Holmberg

Datum
2015-09-29

Urinblåsecancer: USÖ och Akademiska blir gemensamt ansvariga för patienter med avancerad urinblåsecancer enligt vårdprocessgruppens kriterier.

Cystektomi vid urinblåsecancer ska endast göras på dessa båda sjukhus. Remissfunktion och väntelistor bör samordnas mellan sjukhusen för att garantera kortast möjliga ledtider för denna patientgrupp.

Behandling av övriga fall av urinblåsecancer görs på alla läns- och universitetssjukhus.

Prostatacancer: Radikal prostatektomi ska utföras enbart i Uppsala, i Karlstad, i Västerås, i Eskilstuna och i Falun. Remissvägar ska organiseras så att dessa enheter upprätthåller en tillräcklig volym.

Övriga fall av prostatacancer handläggs på alla läns- och universitetskliniker.

Konsekvenserna av detta alternativ är en måttlig omfördelning i volymer mellan landstingen. Gävleborg och Dalarna behöver utöka sitt samarbete och respektive ansvar för prostatektomier och njurcanceroperationer. För Akademiska innebär förslaget ett fortsatt ansvar vad gäller njurcancer som behöver avancerad behandling.

Berörda vårdprocessgrupper och specialitetsrådet behöver fortsatt diskutera en omfördelning och specialisering vad avser avancerad kirurgi och medicinsk behandling för urologisk cancer och sjukdomar utanför cancerområdet och ta hänsyn till att avancerad behandling för njurcancer och cystektomi vid blåscancer nu behandlas för nationell nivåstrukturering.

För de båda ingreppen radikal prostatektomi och nefronsparande kirurgi vid njurcancer blir konsekvenserna av detta förslag enligt nedanstående tabell.

	Akademiska	USÖ	Karlstad	Västerås	Falun	Eskilstuna	Gävle
Radikal prostatektomi	x		x	x	x	x	
Nefronsparande kirurgi	x	x		x			x

Gynekologisk cancer

För utveckling av gynekologisk cancervård inom Uppsala Örebro-regionen krävs ett ökat samarbete och dialog mellan regionens två universitetssjukhus och mellan universitets- och länskliniker. Koncentration till färre enheter för patienter med särskilt behandlingskrävande sjukdom är en viktig del i denna utveckling. En stor del av patienter med gynekologisk cancer kan dock även i framtiden handläggas inom varje landsting.

Uppdraget att utveckla vården för kvinnor med gynekologisk cancer ska tydligt fördelas mellan universitetssjukhusen i regionen.

Äggstocks(ovarial)cancer: Akademiska får uppdraget att utveckla vården för patienter med ovarialcancer som kräver avancerad behandling enligt vårdprocessgruppens kriterier och särskilt för patienter med stor tumörlast i övre del av buken.

Upprättare
Mats Björeman, Lars Holmberg

Datum
2015-09-29

Livmoderkroppscancer: Akademiska och USÖ får delat ansvar för behandling av kvinnor med högrisk corpuscancer enligt nationella riktlinjer.

Livmoderhalscancer: För patienter med cervixcancer får USÖ uppdraget att ansvara för kirurgi och strålbehandling och Akademiska får fortsatt uppdraget att utveckla fertilitetsbevarande kirurgi.

Vulvacancer: Akademiska får ansvar för patienter med behov av omfattande kirurgi och behov av plastikkirurgisk kompetens vid vulvacancer.

Minimalinvasiv teknik skall kunna erbjudas vid enheter som opererar gynekologisk cancer.

Akademiska och USÖ ska införa gemensamma regionövergripande MDT-konferenser där regionens kvinnor med avancerad gynekologisk cancer, högriskpatienter eller patienter med i övrigt särskilda behov kring behandlingen enligt vårdprocessgruppens kriterier ska diskuteras. För samtliga diagnoser gäller att efter regional MDT-konferens kan kvinnor som bedöms inte vara i behov av eller tillföras värde av behandling vid universitetsklinik behandlas på länsklinikerna.

MDT-konferensen skall utnyttjas för att erbjuda möjliggöra operation på enhet inom regionen med erforderlig kompetens och kortast möjliga väntetid.

Förslaget ligger i linje med att vulvacancer för närvarande behandlas för nationell nivåstrukturering

Konsekvenserna av åtgärderna är en omfördelning av ett antal behandlingar/operationer inom regionen och ett krav på universitetsklinikerna att utöka sitt inbördes samarbete och att ta ett större regionalt utvecklingsansvar med en tydlig fördelning av diagnosgrupperna.

Uppföljning

RCC-styrgruppen får i uppdrag stödja implementeringen av denna regionala nivåstrukturering genom att halvårsvis för Samverkansnämnden redovisa hur processerna fungerar, volymer av ingrepp som görs på olika sjukhus och kvalitetsregisterdata. Samtidigt ska vårdprocessgrupperna inom dessa diagnosområden tillsammans med specialitetsråden fortsätta diskutera en omfördelning av avancerade behandlingar kirurgiska och medicinska behandlingar såväl inom cancerområdet som av andra diagnoser i syfte att optimera resursutnyttjandet och skapa en jämlik vård för sjukvårdsregionens invånare.

Arbetet med nivåstrukturering av gynekologisk och urologisk cancer har visat att det finns ett behov av att skapa bättre förutsättningar för att driva en sådan process. Den processbeskrivning som finns i regionens cancerplan behöver kompletteras med en modell för lokal förankringsprocess i landsting/regioner.

Den lokala förankringsprocessen skall säkerställa att det finns en enhetlig uppfattning av uppdraget mellan landstingets/regionens politiska och administrativa ledning och landstingets/regionens representant i styrgruppen.