

NORDKYN LEGETJENESTE



31.03.13

Evaluering av Nordkyn legetjeneste

Nordkyn legetjeneste

EVALUERING AV NORDKYN LEGETJENESTE

Nordkyn legetjeneste.....0

1. INNLEDNING	1
1.1 Historikk	2
1.2 Målet med forprosjektet var å:	2
Målet for stillingen.....	2
1.3 Målet med prosessen	3
2 Evaluering	3
2.1 Evalueringens formål.....	3
2.2 Hvilken type evaluering er foretatt.....	3
2.3 Hva måles NLT på	4
2.4 Datagrunnlag Hvem har bidratt i undersøkelsen	4
3 Analyse/utredningen	4
3.1 Hva var utfordringene	4
3.2 Hva fant man i forhold til mål/delmål	4
3.3 Etter innføringen av Nordkyn Legetjeneste	6
Administrativt	6
Samarbeid med andre tjenester.....	6
3.4 Forbedringspotensiale for det enkelte delmål	8
4 Oppsummering.....	9
4.1 Sammendrag/beslutningsgrunnlag	9
Henvising til nyttige lover og forskrifter og samhandlingsreformen:.....	10

1. INNLEDNING

1.1 Historikk

Etter at fastlegeordningen kom i 2001 har man sett at det har vært svært vanskelig å rekruttere fastleger til de mindre kommunene.

I 2004 var det i Lebesby kommune ca 1450 innbyggere og i Gamvik kommune var det ca 1000 innbyggere. Da fastlegeordningen ble innført ble det samtidig innført listetak for den enkelte fastlege på landsbasis på 2300 pasienter. Denne er siden økt til 2500 pasienter pr. fastlege.

Gamvik hadde på den tiden 100% stilling som kommuneoverlege, 100% stilling som kommunelege og 100% turnuslegehjemmel. I Lebesby kommune hadde man 100% kommuneoverlege i 150 % kommunelegestilling og 100% turnuslegehjemmel.

Det var nok personer til å dekke forsvarlig legevakt med 5 – 6 delt vaktbelastning når alle hjemlene var besatt.

De senere år har det vært vanskelig å rekruttere leger til allmenmedisin både i Norge og internasjonalt. Den vanskelige situasjonen merkes sterkest i distriktene. Et økende antall vikarer har betjent befolkningen, og til tider har det vært utskifting av leger mer enn en gang i måneden. De fleste vikarene har kommet fra utlandet.

For å bøte på dette ble det i 2004 tatt initiativ til å se på ulike modeller for en felles legetjeneste på Nordkyn.

12.08.2005 ble en prosjektgruppe opprettet med representanter fra begge kommunene og kommunene ble tildelt ekstraordinære skjønnsmidler til et forprosjekt.

1.2 Målet med forprosjektet var å:

- Skape og utvikle stabilt fagmiljø
- Sikre veiledning av turnuslege
- Frigjorte lønnsmidler ved å redusere antall hjemler totalt skulle brukes til markedstilpasset avlønning og rekrutteringstiltak

Prosjektgruppa anbefalte å gå trinnvis fram og søke etter en felles kommuneoverlegei første omgang. Dette ble politisk forankret. Stillingen ble utlyst og det var 2 søkere. Høsten 2006 ble stillingen besatt og felles kommuneoverlege tiltråtte 1.mars 2007.

Målet for stillingen

Skulle ha som hovedoppgave å få til mest mulig organisasjonslikhet ved:

- Felles journalsystem
- Felles rutiner for legetjenesten og merkantilt personell
- Felles planverk som smittevernplan, katastrofe/beredskapsplan
- Sammenlignbar ledelsestruktur
- Samordnet introduksjon og veiledning av turnusleger

Felles overbygning

- Felles dokumentasjonssystem
- Felles datasystem
- Felles rutiner og prosedyrer

Etter at kommuneoverlegen tiltråtte ble det innført felles dialogmøter med alle ansatte i begge kommunene og samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg for legene ble opprettet.

18.09.2008 ble det startet en prosess med formål å jobbe for felles legetjeneste på Nordkyn (*Nordkyn Legetjeneste*), heretter kalt NLT.

Kommunene har hatt felles legevakt i uminnelige tider og denne ble formalisert i en felles legevaktavtalei 2008.

1.3 Målet med prosessen

Utrede "Felles legetjeneste på Nordkyn" og videreføre målsetningen i stillingen til felles kommuneoverlege.

- En attraktiv legetjeneste i et forholdsvis lett tilgjengelig geografisk distrikt
- Hjelpepersonell med faglig god utdanning (sykepleier, bioingeniør og legesekretær)
- Utvikle et robust faglig miljø, hvor videreutvikling står i fokus
- Felles ledelse og administrasjon som gir gode muligheter for overlapping av personell i forbindelse med ferier, permisjoner og annet fravær
- God ressursutnyttelse
- Ressurs til å møte samhandlingsreformen

Utredningens var politisk forankret i begge kommunene, men ble ikke videreført som prosjekt med faseinndeling og prosjektledelse.

Det ble i stedet nedsatt en arbeidsgruppe bestående av helse- og omsorgsledere, rådmann fra begge kommuner samt kommuneoverlegen. I prosessen ble det utformet et prinsippvedtak som ble vedtatt i kommunestyret 17.03.11 i Gamvik. På kommunestyremøte 15.04.2011 i Lebesby kommune en måned senere ble saken utsatt på grunn av et tilleggsforslag om å ha legevaktsentralen 2 år på hvert sted, noe Gamvik kommune ikke var enig i.

Felles legetjeneste ble likevel innført fra 1.juli 2011.

2 Evaluering

2.1 Evalueringens formål

Å få en oversikt over om felles legetjeneste på Nordkyn har fungert i henhold til målsetningen.

Hvis ikke hva kan årsaken/e være

Hva skal til for å få den til å fungere igjen

2.2 Hvilken type evaluering er foretatt

Det er foretatt samtaler/intervju med alle ansatte som har kontakt med legetjenesten

I tillegg er følgende gjennomgått:

- Intensjonsavtaler og politiske vedtak
- Funksjonsbeskrivelser og avtaler med legene

- Historisk materiale som har betydning for opprettelse av felles tjeneste
-

2.3 Hva måles NLT på

- Har forutsetningene vært realistiske
- Har planleggingen av NLT vært gode nok
- Har prosjekteringen vært grundig nok
- Har styringen vært god nok
- Har ansvarsforholdet til NLT vært godt nok avklart
- Har organiseringen og faseinndelingen vært god nok
- Har samordning med andre tjenester vært god nok
- Har informasjonsflyten i prosjektet og i NLT vært gode nok
- Har man vært bevisst på kvalitetsmål og økonomi
- Har rolleavklaring mellom de ulike aktører vært godt nok avklart
- Har løsninger i prosessen bidratt til oppfylging av mål
- Har ulike hendelser bidratt til å ikke nå målet med NLT

I samtalene er det lagt vekt på å få fram hvordan legetjenesten fungerte før opprettelsen av felles legetjeneste og hva har vært bra/mindre bra etter opprettelsen av Nordkyn legetjeneste.

2.4 Datagrunnlag Hvem har bidratt i undersøkelsen

- Legene
- Merkantilt personell på legekantorene
- Samarbeidende tjenester som psykiatri, sykehjem, hjemmetjeneste, helsesøster, fysioterapi
- Administrasjonen
- Rådmenn
- Fylkeslegen

3 Analyse/utredningen

3.1 Hva var utfordringene

Patriotisme og skepsis til interkommunalt samarbeid

Det var vanskelig å få politisk forankring i begge kommunene for en felles legetjeneste

Politisk diskusjon om hvem skulle være vertskommune, økonomiske fordeler ved å være vertskommune

For evalueringen synes det naturlig å dele opp evalueringen i 2 faser da det i intervjuer ofte henvises til før og etter ansettelse av felles kommuneoverlege i 2007 og før og etter innføring av Nordkyn Legetjeneste i 2011.

- Innføring av felles kommuneoverlege
- Innføring av Nordkyn Legetjeneste (NLT)

3.2 Hva fant man i forhold til mål/delmål

Før felles kommuneoverlege:

Før 2007 var det veldig ustabil legedekning. Det gikk spesielt ut over turnuslegetjenesten som ikke ble godkjent en periode på grunn av manglende veiledning.

Tjenestene i begge kommunene bar preg av mangelfull sturktur, begrenset kompetanse, manglende yrkesstolthet og eierinteresser, foreldet utstyr og praksis, dårlige eller manglende rutiner og prosedyrer, delvis fraværende samhandling mellom de to kommunene bortsett fra legevakttjenesten.

Dårlig økonomi ble brukt i mange sammenheng for å forsvare mangelfull internkontroll, mangelfulle eller dels ulovlige forankringsrutiner.

Stor "turn over" blant legene hadde stor slitasje på merkantilt personell og var kanskje medvirkende til at man ikke hadde utviklet tjenesten i tråd med medisinsk faglig planverk. Samfunnsmedisin lå helt nede.

Man hadde ikke felles IT-system for pasientopplysninger slik at legene på legevakt måtte lære seg to ulike systemer som ikke kommuniserte med hverandre.

Før man fikk felles kommuneoverlege (2007) var det kun 1 fast ansatt kommunelege på hele Nordkyn. De øvrige legene var vikarleger med kortere eller lengere kontrakter.

Det viste seg at det ble et markert skille etter at man fikk felles kommuneoverlege.

Etter tilsetting av felles kommuneoverlege:

Det ble startet opp en storstilt samordning av felles overbygging som skulle virke trygghetsskapende på alle ansatte der målet var at personalet skulle ha en adferd og handling som skulle gi tjenesten et omdømme preget av seriøsitet, profesjonalitet og nyskaping

Ved å ha god legetjeneste ville det bidra til rekruttering, stabilitet, tjenesteyting, profesjonalitet og helhetlig utvikling av alle kommunale helsetjenester. Det skulle drives kontinuerlig arbeid for å tilstrebe godt omdømme for å sikre rekruttering.

Det ble jobbet spesielt mye med å få på plass:

- Felles utstyr på laboratoriene
- Felles utstyr og plassering på begge akuttrom og skiftstuer
- Like AV-studio der man innførte daglige møter
- Godt informasjonsmateriell om tjeneste og stedet
- Omfattende planer og veiledningsmateriell for turnusleger, studenter og nyautoriserte leger
- Ny avdelingsintern fordeling av ansvar
- Nye stillingsbeskrivelser
- Oppdaterte rutiner og prosedyrer
- Oppussing av de ulike kontorene, venterom, akuttstue, laboratorier ble gjort på dugnad
- Felles veiledning og undervisning for turnusleger
- Digitalisert papirløst venterom med informasjons-TV fra "hvilepuls"
- Mye nytt digitalt medisinsk utstyr
- Ny tilsynshyppighet ved sykehjem/sykestue
- Skikkelig arbeidsanerkennelse
- Identisk EPJ (elektronisk pasient journal) ved at begge legekantor fikk WinMed
- Ny teknisk innsynsmulighet for EPJ i begge systemene fra begge kommuner

- Befolkningsundersøkelse om helsetilstanden i kommunene
- Nettverksskapende arbeid til legeforeningen, fylkesmannen, universitetet i Tromsø
- Samordning av utlysningstekster for rekruttering av leger

Etter at det hadde vært felles kommuneoverlege i et år var det 7 leger i mer eller mindre fast tjeneste på Nordkyn, det samme var tilfelle året etter.

3.3 Etter innføringen av Nordkyn Legetjeneste

Har NLT fungert i henhold til målsetningen, hvis ikke hva kan årsaken/e være?

Administrativt

Det kan virke som om forutsetningene for NLT ikke var helt realistiske, i den grad at en satset alt på en person, nemlig kommuneoverlegen. Kommuneoverlegen fikk for mye av ansvaret for driften av tjenesten. Man gjorde to små enheter om til en litt større enhet, som var like sårbar som de to hadde vært hver for seg. Tjenesten ble ikke fundamentert godt nok. Det manglet trolig en politisk plattform.

Gamvik kommune "mistet" kontrollen da NLT ble innført og ble betraktet som en ekstern tjeneste som Lebesby kommune skulle ha ansvar for. Ansvaret for legetjenesten synes ikke å ha blitt ivaretatt godt nok innenfor den 40 % stillingsressursen vertskommunen har fått.

Både den faglige og den administrative ledelsen syntes å rakne allerede i 2011 på grunn av sykefravær og vakanser i alle ledd, og det hadde ikke vært tatt høyde for at man nesten alltid må regne med ustabil legedekning i små kommuner.

Når det gjelder økonomi var kostnadsoverslaget realistisk ut fra de erfaringene man hadde. Uforutsette hendelser gjorde at refusjon fra folketrygden ble langt lavere enn beregnet, noe det ikke var tatt høyde for ved utforming av avtalene. Avtalene med "all inklusive" har fungert dårlig, noe som spesielt kom til syne på inntektsiden både ved mindre trygderefusjoner og manglende refusjon ved sykefravær. Man hadde heller ikke regnet med det høye vikarbruket som etter hvert oppsto; noe som genererte høyere utgifter enn budsjettet.

Utredningen av NLT ble aldri definert som prosjekt og det ble derfor heller ikke oppnevnt prosjektleder. Man gikk mer over i en driftsfase med selvoppnevnt arbeidsgruppe som jobbet videre med prosessen. Det er noe uklart hvem som hadde den overordnede styringen.

Det kunne med fordel vært en bedre faseinndeling selv om prosessen ikke var definert som prosjekt.

I ettertid kan man si at planleggingen var etter det man forsår ikke godt nok gjennomgått i alle ledd og man hadde undervurdert de administrative konsekvensene, spesielt for vertskommunen. Organisasjonen i vertskommunen var ennå ikke ferdig utviklet for å kunne håndtere NLT. Uheldige omstendigheter i administrasjonen i vertskommunen har gjort at det har vært vanskelig å administrere NLT på en forsvarlig måte.

Ansvarsforholdet til NLT synes ikke godt nok avklart før NLT ble innført 1. juli 2011. Det gjaldt både legenes og vertskommunens ansvar og rolle. Det var, og er fortsatt mye uklart hva kommuneoverlegen skal gjøre og hva administrasjonen har ansvar for. Etter at kommuneoverlegen sluttet er det avdekket store strukturelle behov som må på plass.

Samarbeid med andre tjenester.

Legene mener selv at de har et bra forhold til samarbeidende tjenester på fagnivå, men samarbeidet med administrasjonen har ikke vært like bra. Der har samarbeidet vært til dels helt fraværende spesielt med legekantoret i Mehamn. Det har ikke vært møter i Samarbeidsutvalget før mars 2013.

Det var bra kvalitetssystem i Mehamn før NLT, dette kom også på plass i Kjøllefjord etter innføringen av NLT.

Det har vært et savn at det ikke har vært faste samarbeidsmøter med alle tjenestene der man tar opp samarbeidsrutiner, fordeling av oppgaver og ansvars- og rolleavklaring.

Institusjonstjenesten og sykestue merket liten eller ingen endring etter innføring av NLT, men det er generelt bedre system i legetjenesten nå enn tidligere. Desavner samarbeidsmøter der ulike problemstillinger tas opp og løses.

Den største endringen kom da man fikk felles kommuneoverlege. Da kom mange samarbeidende prosedyrer på plass både for legevisitt, akuttberedskap og skiftstue. Det ble investert i mye nytt og likt utstyr i begge kommunene og legekantorene og akuttrum ble pusset opp. Det ble like AV-studio med faste morgenmøter med begge legetjenestene. Prosjekt for KOLS og diabetes ble satt i gang og videreført, noe som er en stor avlastning og kvalitetsforbedring for pasientene. Det er godt samarbeid mellom legetjenesten og sykestua om førstehjelp. Det har blitt et stort problem med IT i Mehamn etter at man innførte E-resept. Det skaper stor frustrasjon for hele tjenesten.

Sykestuene mener at siden man har felles legevakt er det viktig med et felles overbygg og noen som kan se helheten.

Hjemmetjenesten har ikke merket endring etter innføring av NLT. Det er vanskelig å finne gode rutiner for medisinbehandling i Kjøllefjord. Dette bedret seg i Mehamn etter innføring av E-resept. Også hjemmetjenesten savner samarbeidsmøter og inntaksmøter der legene er tilstede.

Psykiatritjenesten fikk veldig godt samarbeid etter at man fikk felles kommuneoverlege. Det ble innført faste møter og mere tid på møtene. I Gamvik kommune har tjenesten ligget noe nede siste året, men etter at man fikk flere ansatte har det også fungert bra. Tjenesten merker ingen forskjell etter at NLT ble innført. "Det må ha fungert godt etter innføring av NLT for det har ikke vært problemer etter innføringen."

Helsesøstertjenesten merket stor forandring etter at man fikk felles kommuneoverlege. Mye nytt utstyr og prosedyrer kom på plass. Tjenesten merker ingen forskjell etter innføring av NLT

Fysioterapitjenesten forholder seg mest til rekvirerende leger og det har lite eller ingen ting å si om det er en felles legetjeneste eller to separate tjenester. Det er generelt problemer på grunn av stor gjennomtrekk av leger. Fravær av helse- og omsorgsleder i Lebesby kommune har gjort at samarbeidet ikke har fungert optimalt i den kommunen. Man merker bedring etter at vikar kom på plass i administrasjonen.

Informasjonsflyten fra administrasjonen og nedover i systemet både i prosessen og etter innføringen synes ikke å ha vært god nok. Det rapporteres om mangelfull informasjon om det meste.

Kvalitetsmål. Det kurative arbeidet synes å være like godt nå som før innføring av NLT. Om det skal fungere godt er avhengig av hvor mange leger det er til rådighet og den enkelte leges kompetanse og erfaring. Dette har i lengere tid vært svært ujevnt. Det er opp til den enkelte lege hvor grundig og effektiv de er, noe som kan gi forsinkelser eller dårlig oppfølging. For pasienter med kroniske og mange problemstillinger kreves det grundigere gjennomgang, noe som tar tid.

Timebestilling kan være vanskelig å sette opp i perioder med mye vikarer og mangelfull informasjon fra administrasjonen. Vakanser og annet fravær gjør at pasienter ofte må flyttes til andre leger, noe som skaper stor frustrasjon.

Ny fastlegeforskrift av 01.01.2013 stiller krav til at pasienter skal ha mulighet til også å bestille timer/resepter via internett og SMS. Mange brukere ønsker også mulighet til å kommunisere elektronisk med fastlegen. Dette og andre elektroniske tjenester er ikke tatt i bruk. Kvaliteten på den elektroniske delen av legetjenesten er sikret ved at kommunene er tilknyttet Nasjonalt helsenett, men innføring av E-resept ved Mehamn legekontor har gjort IT-systemet veldig ustabil, noe som sliter på alle ansatte.

Samarbeidet innad på legekantorene er godt. Merkantilt personale er flink til å legge til rette for legene og gir opplæring i praktiske rutiner etter behov.

Samfunnsmedisin er til dels helt fraværende og samfunnsmedisinsk planarbeid er ikke blitt fulgt opp. Det gjelder både smittevern og miljørettet helsevern. Man ser tendens til at legene har definert seg ut av de samfunnsmedisinske oppgavene. Uforutsette hendelser har gjort at det er blitt nedprioritert.

Den daglige veiledningen av turnusleger har vært bra. Veiledning av førsteårslege har sviktet noe.

Økonomi. Ved innføring av NLT fikk tjenesten felles økonomi med grei fordeling av inntekter og utgifter uten at det har tatt for mye ressurser å regne ut hver av kommunenes andel. Det kan virke som om det er mindre ressursbruk med en felles legetjeneste enn med 2 adskilte tjenester. Selv om man har hatt store utgifter ved svangerskapspermisjoner, sykefravær og vikarer så viser regnskapet for siste år en svak nedgang i utgiftene til legetjeneste.

Ulike hendelser har medført at tjenesten har vært sårbar på flere områder.

Rolleavklaring mellom ulike aktører har ikke vært godt nok avklart, og det har ikke vært tatt opp når man merket at det ikke fungerte, for å justere kursen.

Det har ikke hittil ikke vært funnet løsninger underveis som har bidratt til å oppfylle målene. Det skyldes mest sannsynligressursmangel. Det har vært drevet brannslukking istedet for utvikling.

3.4 Forbedringspotensiale for det enkelte delmål

Administrativt

- Rolleavklaring og ansvarsfordeling.
- Øremerke den 40% stillingsressursen som er tiltenkt administrering av NLT slik at den ikke blir benyttet til annet formål.
- Struktur og antall ansatte leger bør gjennomgås for å se på om man kan finne en modell som gir bedre stabilitet.
- Bedre samarbeid mellom administrasjon og tjenestene
- Bedre informasjonsflyt i alle ledd
- God introduksjon til nytilsatte
- Regelmessig veiledning for førsteårsleger og turnusleger
- Regelmessige møter i allmennlegeutvalg og samarbeidsutvalg
- Oppfølging av rutiner og prosedyrer
- Opplæring for legene i bruk av trygderefusjonssystemet HELFO.
- Vurdere om "All inklusive" avtalene gir for dårlig inntjening for kommunene.
- Sosialmedisin og planarbeid må prioriteres opp. Viktig å tenke folkehelse og forebygging.
- Oppgradering av IT som arbeidsverktøy

Rekruttering og stabilisering

- Rekruttering er ikke nok, tjenesten bør også ha fokus på stabilisering.
- Man må prøve å unngå at legene føler seg faglig isolert. Samarbeid gir bedre fagmiljø.
- Skape fagmiljø både innad i NLT og tilby kompetanseheving utenfor egen tjeneste
- Lage avtaler som inkluderer faglig og kollegial veiledning
- Gi fri for etter/videreutdanning
- Foreslå en 5 års plan som tilbys ved utlysning av legestillinger der man får fri med lønn for å delta i kurs og veiledning innenfor samfunnsmedisin eller allmenmedisin.
- Rekrutterings- og spesialiseringsprosjekt (RSP) som er lagt opp med bindingstid. Søknad om midler til Fylkesmannen og Helsedirektoratet.
- Fylkeslegen stiller seg til disposisjon for fast veiledning dersom den enkelte lege måtte ønske det. Det kan avtales regelmessig veiledning enten som gruppe eller enkeltvis.

4 Oppsummering

Helse og omsorgsdepartementet vil videreføre de grunnleggende strukturer i fastlegeordningen som systemform. Fastlegeforskriften er revidert som en konsekvens av implementering av samhandlingsreformen og nytt lovverk. Ny forskrift tråtte i kraft 01. 01.2013. I fastlegeforskriften gis kommunene større ansvar og styringsmulighet for å påse at fastlegetjenesten fungerer i henhold til intensjonene og i tråd med nasjonale retningslinjer.

Samhandlingsreformen sier at man skal utvikle samarbeid ikke bare utad, men også innad og mellom kommunene. Legetjenesten er en integrert del av den kommunale helsetjenesten. Kommunene kommer ikke i havn uten en helhetsbygging.

Det viser seg at alle tjenestene er fornøyd med å ha fått felles planverk, mange felles rutiner og prosedyrer og likt utstyr på akuttrom og laboratorier og felles akuttberedskap. Det gis felles veiledning til turnusleger og man har felles morgenmøter for legene.

Man samarbeider allerede godt innenfor enkelte tjenester. Sykestuene samarbeider om kreftbehandling og institusjonsplasser for ferdigbehandlede pasienter. Det er samarbeid innenfor psykiatri og rus og man har videreført prosjektet KOLS og diabetes. Det er felles IT-opplæring ved ny programvare og kommunene har tilgang til hverandres journalsystem.

Det er felles legevaktjeneste som involverer legene mye.

Det kan synes som om de viktigste årsakene til at tjenesten har vært ustabil er

- høyt fravær i flere ledd og mye vikarer blant legene
- manglende samarbeid og dårlig kommunikasjon mellom administrasjonen og tjenesten
- Manglende rolle- og ansvarsavklaring
- Manglende plan for rekruttering og stabilisering av leger
- Samfunnsmedisin har ikke vært prioritert

4.1 Sammendrag/beslutningsgrunnlag

Legekontorer med mindre enn 3 leger utenom turnusleger er ikke å anbefale når distriktene i fremtiden skal utvikle en moderne, faglig forsvarlig og stabil legetjeneste. Den daglige driften vil bli mer sårbar i fremtiden. Dette skyldes blant annet problemer med å skaffe vikarer i forbindelse med fravær som f.eks. feirer, legenes rett til fri etter vakt og ved videreutdanning. I små kommuner gjøres dette sikrest ved interkommunalt

samarbeid. Det vil også kunne gi økonomiske stordriftsfordeler. For to så små kommuner er det viktig å hindre konkurranse, og heller tenke samarbeid.

Før en eventuell avgjørelse om å avslutte samarbeidet om felles legetjeneste tas, bør man se på de forbedringspotensialene som er listet opp.

Det er viktig å gjennomgå alle erfaringene man har høstet i denne perioden fra man innførte NLT, og bygge videre på de gode erfaringene og justere kursen ut fra det som var mindre bra.

Evalueringa synliggjør at det er flere plussider enn minussider både med å ha felles kommuneoverlege og felles ha en legetjeneste, som kan være viktig å bygge videre på.

Henvisning til nyttige lover og forskrifter og samhandlingsreformen:

<http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/to-20120829-0843-0.html>

<http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/ho-20120829-0842.html>

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011.html?id=638731>

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samarbeid-mellom-kommuner.html?id=650121>