



Udkast

27. september 2005

Sagsnr.: 272771

Dok.nr.: 1644107

/ SB

Sundhedsforvaltningens implementeringsplan vedrørende kommunalreform og strukturreform i Københavns Kommune

Indholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| 1. Resume | 1 |
| 2. Baggrund for implementeringsplanen..... | 2 |
| 3. Tilgang og afgang af opgaver..... | 3 |
| 4. Visioner og målsætninger..... | 6 |
| 5. Udfordringer og snitflader..... | 7 |
| 6. Organisationsstruktur..... | 15 |
| 7. Knaster i forbindelse med implementeringen..... | 19 |
| 8. Principper for sammenlægnings- og delingsproces | 19 |
| 9. Tidsplan | 21 |

1. Resume

Sundhedsforvaltningens organisation ændres først og fremmest som følge af kommunalreformen og i mindre omfang som følge af den interne strukturreform i kommunen.

Som følger af kommunalreformen afgiver Sundhedsforvaltningen alle sygesikringsopgaver, varetagelsen af relationen til H:S samt visse tandplejeopgaver til regionen. Desuden afgiver Sundhedsforvaltningen børne- og ungdomstandplejen til den kommende Børne- og Ungdomsforvaltning som følge af den interne strukturreform i kommunen. Sundhedsforvaltningens nye opgaver følger af kommunalreformen og er genoptræning efter sygehusindlæggelse, medvirke til forskning samt samarbejde med regionen, KL og de øvrige kommuner i regionen.

Sundhedsforvaltninger ligger sin nuværende mission og visioner til grund for implementeringen af kommunal- og interne opgavereform, således at de fungerer som målsætninger for implementeringsarbejdet.

Sundhedsforvaltningen foreslår, at de politiske fokusområder revideres primo 2006 af det nye Sundheds- og Omsorgsudvalg for at fastlægge grundlaget for den nye Sundhedsforvaltning.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har vedtaget, at der skal udarbejdes en samlet sundhedspolitik for Københavns Kommune. Sundheds- og Omsorgsudvalget forelægges et udkast til rammerne for udarbejdelsen

Sundhedsstaben

Sjællandsgade 40
2200 København N

Telefon
35 30 35 30

Telefax
35 30 39 39

Direkte telefon
35 30 35 40

E-mail
svend.bayer@suf.kk.dk

www.kk.dk

af sundhedspolitikken primo 2006, og forventer, at sundhedspolitikken kan vedtages af udvalget medio 2006. Sundhedsforvaltningen vil medtænke de nye udfordringer, som følger af reformerne i Sundhedsforvaltningens arbejde med sundhedspolitikken.

Udfordringerne for Sundhedsforvaltningen i forbindelse med implementeringen af kommunalreformen og den interne strukturreform kan sammenfattes til:

- Udvikle og integrere den samlede genoptræningsopgave i Sundhedsforvaltningens organisation
- Styrke forebyggelsesindsatsen og indarbejde forebyggelse og sundhedsfremme i alle forvaltningers større politikker fremover
- Styrke den patient- og borgerrettede forebyggelse ved at udvikle sundhedscentre
- Udvikle den sundhedsfaglige kvalitet
- Udvikle samarbejde med Region Hovedstaden og udbygge samarbejdet med KL og de øvrige kommuner i Region Hovedstaden

Sundhedsforvaltningens organisationsstruktur ændres ikke som følge af reformerne, men organisationen skal tilpasses som følge af den nye genoptræningsopgave, tandplejeopgaven, udviklingen af borgerservicecentre samt distriktsinddeling.

2. Baggrund for implementeringsplanen

Borgerrepræsentationen besluttede den 26. maj 2005, at ændre udvalgs- og forvaltningsstrukturen i Københavns Kommune (jf. indstillingen ”Ny Struktur i Københavns Kommune”, BR 303/05, 26. maj 2005). Beslutningen om at ændre strukturen har baggrund i kommunalreformen, der blev vedtaget af Folketinget i juni 2005, og i de temamøder om udvalgs- og forvaltningsstruktur i Københavns Kommune, som politikere i borgerrepræsentationen afholdte i perioden februar til juni 2005. Borgerrepræsentationen har desuden besluttet, at Københavns Kommune bliver medlem af KL fra den 1. oktober 2005 (jf. indstillingen ”Medlemskab af KL”, BR 188/05, 17. marts 2005).

Endelig er det besluttet, at hver forvaltning udarbejder en implementeringsplan for ændringerne og udfordringerne som følge af kommunalreformen og den interne strukturreform i kommunen. Implementeringsplanerne forelægges Økonomiudvalget i oktober 2005. Den nærmere implementering af den nye Sundhedsforvaltning fastlægges af det nye Sundheds- og Omsorgsudvalg primo 2006.

Sundhedsforvaltningens opgavesæt og organisation er først og fremmest genstand for ændringer som følge af kommunalreformen og i mindre omfang som følge af den interne strukturreform i kommunen. Dette udgangspunkt ligger til grund for implementeringsplanen.

3. Tilgang og afgang af opgaver

Den nye sundhedslov som blev vedtaget som en del af kommunalreformen angiver rammerne for de nye opgaver, som Sundhedsforvaltningen skal løse fremover. Som følge af den nye sundhedslov bliver Københavns Kommune sammen med andre kommuner en integreret del af sundhedssektoren sammen med regionerne.

Med kommunerne som en del af det samlede sundhedsvæsen sker der en ny opgavedeling på sundhedsområdet mellem de nye kommuner og de kommende regioner. Forslaget til sundhedsloven giver kommunerne ansvaret for:

- Vederlagsfri genoptræning til personer efter udskrivning fra sygehus
- Sundhedsfremmende og forebyggende tilbud
- Specialiseret tandpleje til sindslidende og udviklingshæmmede samt personer der kun vanskeligt kan benytte de almindelige tandplejetilbud
- Vederlagsfri behandling til alkoholmisbrugere og stofmisbrugere
- Medvirken til forskning så kommunale ydelser og uddannelse sker på et højt fagligt niveau

Sundhedsloven giver kommunerne ansvaret for den forebyggelse, pleje og genoptræning, der ikke foregår under indlæggelse. Kommunerne skal kunne etablere nye løsninger på især forebyggelses- og genoptræningsområdet fx i form af sundhedscentre. For Sundhedsforvaltningen er genoptræning efter indlæggelse samt den kommunale medvirken til forskning på sundhedsområdet, således de nye opgaver, som tilføres forvaltningen som følge af kommunalreformen.

Som det er aftalt i forbindelse med indførelsen af den nye struktur for Københavns Kommune, så skal Sundhedsforvaltningen fremover løse alle ovenstående opgaver på nær vederlagsfri behandling til alkohol- og stofmisbrugere, som placeres i den nye Socialforvaltning.

Hertil kommer opgaverne i forhold til samarbejdet med regionen, herunder udarbejdelse af sundhedsaftaler, økonomiske styringsinstrumenter i forhold til kommunens aktivitetsbidrag til regionen og interessevaretagelse.

Oplistet vil Sundhedsforvaltningen samlede opgavesæt pr. 1. januar 2007 således være:

- Vederlagsfri genoptræning efter sygehusindlæggelse i relation til alle aldersgrupper – *ny som følge af kommunalreformen*
- Medvirke til forskning på sundhedsområdet – *ny som følge af kommunalreformen*
- Samarbejde- og kontraktforhold med regionen på sygehus- og sundhedsområdet – *ny som følge af kommunalreformen*
- Samarbejde med KL og øvrige kommuner i Region Hovedstaden om interessevaretagelse i forhold til regionen – *ny som følge af kommunalreformen*
- Forebyggende sundhedsmæssige foranstaltninger
- Omsorgstandpleje og specialiseret tandplejetilbud til sindslidende og psykisk udviklingshæmmede
- Hjemmepleje
- Hjælpe midler
- Plejeegnede boliger
- Kontantydelse til ældre, bl.a. folkepension, personlige tillæg og boligydelse
- Øvrige omsorgsydelser
- Kommunens bedriftssundhedstjeneste
- Kommunens institutioner og private og andre institutioner inden for udvalgets område, som kommunen har indgået overenskomst eller aftale med for at opfylde kommunens forpligtelser efter social- og sundhedslovgivningen

Opgavedelingen mellem kommuner og regioner betyder, at Sundhedsforvaltningen afgiver dele af de nuværende amtslige opgaver til den nye Region Hovedstaden, nemlig:

- Sygesikringsområdet
- Overordnede relationer og tilskud til H:S
- Dele af det specialiserede tandplejetilbud

De dele af det specialiserede tandplejetilbud, som Sundhedsforvaltningen afgiver, er amtsspecialtandplejen og tandplejetilbud til særlige målgrupper, fx visse kræftpatienter. I forbindelse med den interne strukturreform afgiver Sundhedsforvaltningen desuden opgaven ved-

rørende børne- og ungdomstandpleje til den kommende Børne- og Ungeforvaltning.

Oplistet er de opgaver, som Sundhedsforvaltningen afgiver således:

- Sygesikringsydelser (praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter m.fl.) – *afgives til Region Hovedstaden som følge af kommunalreformen*
- Amtsspecialtandplejen og tandplejetilbud til særlige målgrupper - *afgives til Region Hovedstaden som følger af kommunalreformen*
- Ansvar for tilskud og overordnede relationer til H:S – *afgives til Region Hovedstaden som følge af kommunalreformen*
- Videnskabsetisk Komité tilgår Region Hovedstaden – *afgives til Region Hovedstaden som følge af kommunalreformen*
- Behandling af respirationspatienter – *afgives til Region Hovedstaden som følge af kommunalreformen*
- Børne- og ungdomstandplejen – *afgives til den kommende Børne- og Ungdomsforvaltning som følge af den interne strukturreform*

Tilgang og afgang af konkrete institutioner

På nuværende tidspunkt medfører ovenstående til- og afgang af opgaver at følgende institutioner tilgår eller flyttes fra Sundhedsforvaltningen ansvarsområde:

- At Sundhedshuset Nørrebro tilgår Sundhedsforvaltningen fra Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen *som følge af at den interne strukturreform samler de nu lovpligtige forebyggende sundhedsforanstaltninger i Sundhedsforvaltningen*
- At Børne- og Ungdomstandplejen tilgår den nye Børneforvaltning *som følge af den interne strukturreform samler opgaverne på børneområdet*
- At E-huset og en tilskudspuljer til køb af pladser på Blå Kors Hjem tilgår den nye Socialforvaltning *som følge af den interne strukturreform placerer det samlede misbrugsområde i den nye Socialforvaltning*
- At Kollektivhuset tilgår den nye Socialforvaltning *som følge af den interne strukturreform placerer det samlede psykiatriområde i den*

nye Socialforvaltning (Opmærksomhedspunkt – forhandlinger med Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen ikke afsluttet)

- At Institutionen for Respirationspatienter tilgår Region Hovedstaden *som følge af, at kommunalreformen samler de amtslige behandlingsopgaver i regionerne* (Opmærksomhedspunkt – forhandlinger med H:S ikke afsluttet)

4. Visioner og målsætninger

Sundhedsforvaltningens mission og visioner er vedtaget af Sundheds- og Omsorgsudvalget i marts 2002. Det er Sundhedsforvaltningens tilgang, at de nye opgaver indpasses i den eksisterende organisation og med Sundhedsforvaltningens nuværende mission og visioner for opgaveløsningen. Sundhedsforvaltningen har desuden arbejdet efter en række politiske fokusområder, som blev vedtaget sammen med missionen og visionerne.

De politiske fokusområder er:

- Skræddersyede tilbud og valgmuligheder
- Dialog og partnerskaber
- Personale og rekruttering
- Sundhed i byen

Sundhedsforvaltningens mission er:

- Sundhedsforvaltningen skal skabe vilkår for et godt, sundt og langt liv for københavnere.

Sundhedsforvaltningens visioner er:

- Sundhedsforvaltningen skal være kendt for resultater af høj kvalitet, udviklet i dialog med borgere, brugere og medarbejdere
- Sundhedsforvaltningen skal være kendt for helhed og fleksibilitet i sine tilbud til borgere og brugere
- Sundhedsforvaltningen skal være kendt som en attraktiv arbejdsplads

- Sundhedsforvaltningen skal være kendt for en hensigtsmæssig og effektiv anvendelse af ressourcerne

Sundhedsforvaltningen vurderer, at den nuværende mission og visionerne skal være retningsgivende for Sundhedsforvaltningens implementeringsplan. Sundhedsforvaltningen vil derfor nu og fremover arbejde efter at realisere og følge op på implementeringen af de nye opgaver som følger af kommunalreformen og den interne strukturreform på baggrund af missionen og visionerne.

Sundhedsforvaltningen foreslår således at implementere kommunalreformen og den interne strukturreform på baggrund af Sundhedsforvaltningens nuværende mission og visioner. Tilsammen udgør missionen med visioner de målsætninger, som Sundhedsforvaltningen arbejder efter i implementeringen af kommunalreformen og den interne strukturreform.

Sundhedsforvaltningen foreslår desuden, at de politiske fokusområder revideres primo 2006 af det nye Sundheds- og Omsorgsudvalg for at fastlægge grundlaget for den nye Sundhedsforvaltning.

Baggrunden for Sundhedsforvaltningens mission og visioner er, at forvaltningen skal kunne leve op til de krav borgere, samarbejdspartner og omverdenen generelt stiller til den. Borgerne i dag stiller nye og anderledes krav til Sundhedsforvaltningens tilbud om forebyggelse, sundhed, pleje og omsorg. Det afgørende for borgeren er, at forvaltningen leverer skræddersyede tilbud, og at disse tilbud findes i borgerens lokalområde. Samtidig skal borgeren have reel mulighed for at vælge mellem private eller kommunale leverandører.

5. Udfordringer og snitflader

Implementeringen af kommunalreformen og den interne strukturreform aktualiserer en række eksisterende udfordringer og giver Sundhedsforvaltningen nye udfordringer og en række nye snitflader til de øvrige forvaltninger og eksterne parter.

Udfordringer og sundhedspolitik

Udfordringerne relaterer sig til Sundhedsforvaltningens nye opgaver som følge af reformerne, Københavns Kommunes rolle som primærkommune og som en del af det samlede sundhedsvæsen. Alle udfordringerne repræsenterer en opgave for Sundhedsforvaltningen under implementeringen af reformerne. Men udfordringerne vil i vidt omfang også bestå i tiden efter implementeringen.

Sundhedsforvaltningens arbejde med at imødekomme udfordringerne i implementeringen af reformerne skal ses i relation til mission og visioner/målsætninger i afsnittet ovenfor.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har vedtaget, at der skal udarbejdes en samlet sundhedspolitik for Københavns Kommune i 2006. Sundheds- og Omsorgsudvalget forelægges et udkast til rammerne for udarbejdelsen af sundhedspolitikken primo 2006. Sundhedsforvaltningen forventer, at sundhedspolitikken kan vedtages af Sundheds- og Omsorgsudvalget medio 2006.

Sundhedsforvaltningen foreslår derfor, at udarbejdelsen af sundhedspolitikken medtænker de nye udfordringer i Sundhedsforvaltningens arbejde fremover og de udfordringer, som er aktualiseret yderligere som følge af implementeringen af kommunalreformen og den interne strukturreform.

Udfordringerne for Sundhedsforvaltningen i forbindelse med implementeringen af kommunalreformen og den interne strukturreform er:

- Udvikle og integrere den samlede genoptræningsopgave i Sundhedsforvaltningens organisation, herunder udvikle den overordnede styring af det samlede genoptræningsområde i relation til både service- og sundhedslov i forhold til Sundhedsforvaltningens BUM-struktur
- Indarbejde forebyggelse og sundhedsfremme i alle forvaltningers større politikker fremover
- Styrke forebyggelsesindsatsen ved i højere grad at fokusere på evidensbaserede erfaringer og opnåelsen af resultater
- Styrke den patient- og borgerrettede forebyggelse ved at udvikle sundhedscentre
- Udvikle den sundhedsfaglige kvalitet
- Udvikle en økonomistyrings-, bestiller- og sekretariatsfunktion til at håndtere opgavevaretagelsen i det kommende samarbejde med Region Hovedstaden omkring sundhedsaftaler, planlægning, forhandling m.m. (se beskrivelsen heraf s. 8)
- Udbygge samarbejdet med KL og de øvrige kommuner i Region Hovedstaden

Sundhedsforvaltningen har i de følgende afsnit beskrevet udfordringerne. Beskrivelsen af udfordringerne nedenfor er ikke ordnet i forhold til listen med udfordringer ovenfor men forsøgt beskrevet samlet

i forhold til den samlede udfordring Sundhedsforvaltningen står overfor.

Sundhedsforvaltningen vurderer, at den største udfordring på kort sigt er at integrere genoptræningsopgaven i Sundhedsforvaltningens nuværende organisation. For nuværende men også på længere sigt er udfordringerne at udvikle og styrke den tværgående sammenhæng på sundhedsområdet samt udvikle Sundhedsforvaltningens kommende opgave- og interessevaretagelse i forhold til Region Hovedstaden. Med baggrund heri er Sundhedsforvaltningens udfordringer beskrevet i afsnittet nedenfor.

Beskrivelse af Sundhedsforvaltningens udfordringer som følge af reformerne

Styringsfunktionen i kommunen i forhold til den kommende region. De nye og overførte sundhedsopgaver til kommunen har et væsentligt omfang og medfører en række generelle funktioner i forhold til regionen, herunder:

- Økonomistyringsfunktion i forhold til regionen. Den kommunale medfinansiering af regionens sundhedsudgifter er foreløbig opgjort til 1,25 mia. kr. for kommunens vedkommende, hvoraf ca. 750 mio. kr. er et aktivitetsafhængigt bidrag, hvor kommunale alternativer til brug af regionale ydelser kan overvejes.
- Bestillerfunktion i forhold til regionen. Indgåelse af sundhedsaftaler med udarbejdelse af forhandlingsudspil og samarbejde med øvrige kommuner herom.
- Sekretariatsfunktion i forhold til Københavns Kommunes deltagelse i regionale fora, herunder i forbindelse med den politiske deltagelse i samarbejdsstrukturer på sundhedsområdet.
- Planlægning på sundhedsområdet med henblik på at indgå i en samlet regional planlægning og udarbejdelse af egne planudspil for at matche regionen.

I forhold til ovenstående funktioner er der behov for at udvikle et samarbejde med de øvrige kommuner i regionen og KL med henblik på interessevaretagelse og koordinering af indsats i forhold til regionen. Desuden skal Sundhedsforvaltningen som koordinator i forhold til Region Hovedstaden på sundhedsområdet etablere et samarbejde internt i Københavns Kommune med Økonomiforvaltningen og den kommende Socialforvaltning omkring økonomi, sundhedsaftaler, forhandlinger m.m.

Faglige samspil med regionen – sammenhængende patientforløb. Ledetråden i samarbejdet med regionen er gennem sammenhængende patientforløb at kunne yde den bedst mulige borgerservice. Sammenhængende patientforløb forudsætter en vurdering af det kontinuum af ydelser fra sundhedsfremme, forebyggelse, tidlig indsats, behandling, genoptræning og rehabilitering, som borgeren møder. Med dette udgangspunkt tilrettelægges en service, som er afstemt med sygehushælsnet.

Disse overvejelser om sammenhængende patientforløb vil blive intensiveret på baggrund af de nye muligheder i forslag til sundhedslov for at substituere regionale sygehus- og sygesikringsydelser med kommunale forebyggende tilbud.

Der er desuden en tæt sammenhæng mellem den patientorienterede forebyggelse og den borgerrettede forebyggelse i form af et fælles fagligt udgangspunkt, fælles virkemidler, fælles risikofaktorer og fælles økonomiske overvejelser vedrørende effekten af indsatser.

Et fagligt samspil med regionen om sammenhængende patientforløb kræver et klart fokus på fem områder:

- Sundhedsfaglige og evidensbaserede grundlag for ydelser.
- Adgang til data i primær og sekundær sektor og analytiske kompetencer, herunder dataanalyse.
- Kommunikation, herunder patientkommunikation via IT, udvikling af fælles standarder, Elektronisk Patient Journal mv.
- Uddannelsesplanlægning for at sikre udviklingen af de sundhedsfaglige kompetencer i kommunen
- Løbende dialog med de nationale sundhedsmyndigheder, herunder Sundhedsstyrelsen, med særlig fokus på kommunernes rolle i sundhedsvæsenet.

Styrket tværgående sammenhæng på sundhedsområdet mellem træning, genoptræning samt forebyggelse og sundhedsfremme. Sundhedsforvaltningen ser en tæt sammenhæng mellem sundhedsområdet og folkesundhedsopgaven, som det også fremgår af regeringens sundhedsprogram ”Sund hele livet”, sundhedsloven, samt regeringens ønsker om etablering af sundhedscentre i kommunerne. Regeringens sundhedsprogram sætter særligt fokus på indsatsen i forhold til de store folkesygdomme og folkesundhed. Sundhedsforvaltningens opgaveløsning integrerer dette fokus på folkesygdomme og folkesundhed, fx i det nye sundhedscenter for kronisk syge borgere.

Kommunalreformens udmøntning overflytter genoptræningsopgaven til kommunen samtidig med, at forebyggelse forbliver i kommunen.

Genoptræning vedrører i høj grad patientorienteret forebyggelse og patientorienteret forebyggelse har fokus på en række af de samme risikofaktorer, som i borgerrettet forebyggelse fx fysisk aktivitet, kostvejledning og rygeophør. Dermed etableres en styrket sammenhæng mellem:

- Træning og genoptræning
- Genoptræning og patientorienteret forebyggelse
- Patientorienteret forebyggelse og borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme

Sundhedscentre er en organisatorisk mulighed for at indgå i samspil med regionen. Det første sundhedscenter, som tager udgangspunkt i patientorienteret forebyggelse med fokus på kronisk syge, er etableret i april 2005. Centret understøtter det tværgående samarbejde mellem sundhedsområdet og folkesundhedsopgaven ved at sætte fokus på sammenhængende patientforløb og den kommunale forebyggelsesindsats. Der vil i dette sundhedscenter, såvel som i den kommende udbygning af sundhedscentre i kommunen, blive indtænkt primære forebyggelsesaktiviteter.

Grundlaget for kommunens folkesundhedsarbejde i dag er den sundhedsfaglige og evidensbaserede tilgang, hvilket Sundhedsforvaltningens vil videreføre, så det også gælder for indsatsen fremover. Den nye mulighed med kommunalreformen for, at kommunerne kan substituere regionale sundhedsydelser med egne forebyggende tilbud, er nemlig afhængig af en stærk sundhedsfaglig og evidensbaseret tilgang.

Udvikle og integrere genoptræningsopgaven i Sundhedsforvaltningens nuværende organisation. Overtagelse af opgaven med genoptræning efter udskrivning repræsenterer en særlig udfordring for Sundhedsforvaltningen. Den kommende genoptræningsopgave vedrører alle aldersgrupper og er ikke afgrænset til ældre borgere.

Sundhedsforvaltningen tager udgangspunkt i at hele eller dele af den ambulante genoptræningsopgave (på nær den specialiserede indsats) og det dertil knyttede personale overføres til varetagelse i Sundhedsforvaltningen under forudsætning af, at forvaltningen får økonomien til opgaven. Der er derfor behov for at afgrænse og definere de ambulante genoptræningsopgaver, som kommunen ønsker at overtage, og indgå i forhandlinger om overdragelsen af opgaverne. Arbejdet er igangsat for de amter og kommuner, der indgår i Region Hovedstaden. Det er for Københavns og Frederiksberg kommuner aftalt, at H:S varetager forhandlinger med de to kommuner om overførsel af genoptræningsopgaven fra H:S. Forhandlingerne er begyndt og forventes afsluttet ultimo 2005.

Arbejdet med at afgrænse og definere de ambulante genoptræningsopgaver vil tage udgangspunkt i resultaterne fra det fælles projekt "Implementering af SamarbejdsAftale om Genoptræning" (ISAG) mellem H:S, Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune. I projektet kortlægges ca. 70 pct. af den nuværende genoptræningsopgave i H:S. De resterende 30 pct. kortlægges i forbindelse med forhandlingerne om overførsel af genoptræningsopgaven fra H:S til Sundhedsforvaltningen.

Sundhedsforvaltningen skal sideløbende med afgrænsningen af genoptræningsopgaven finde en model for at forankre de nye genoptræningsopgaver i Sundhedsforvaltningen, som tager højde for tilgrænsende opgaver i forhold til rehabilitering, sundhedscentre, patientrettet forebyggelse samt eksisterende træningsopgaver (genoptræning til ældre borgere over 65 år og vedligeholdende træning i henhold til serviceloven). Dette arbejde er sat i gang og Sundhedsforvaltningen forventer at præsentere modellen i oktober 2005.

(Dette afsnit revideres, når KL udsender deres budgetvejledning primo oktober) Københavns Kommune har været repræsenteret i en faglig arbejdsgruppe om genoptræning under Indenrigs- og Sundhedsministeriet med henblik på at kvalificere det foreliggende forhandlingsgrundlag. Kommunen har i arbejdsgruppen haft en tæt koordination med KL. Finansministeriet har udmeldt, at kommunerne tilføres 809,3 mio. kr. (2003-priser fremskrevet med P/L til 2006-priser) til at varetage de nye opgaver og forpligtelser på genoptræningsområdet som følge af DUT-forhandlingerne for sundhedsloven. Idet der knytter sig en vis usikkerhed til opgørelsen skal den faglige arbejdsgruppe om genoptræning følge udviklingen på genoptræningsområdet i de kommende år og analysere samt vurdere de opgavemæssige snitflader på området i lyset af erfaringerne med sundhedsaftaler og sundhedscentre mv. Den faglige arbejdsgruppe skal:

- Kortlægge det eksisterende genoptræningsomfang og monitorere udgifts- og aktivitetsudviklingen i såvel den stationære som ambulante genoptræning
- Følge fordelingen mellem behandling og genoptræning
- Følge udviklingen i antallet patienter i 2006 og 2007, der modtager genoptræning efter lægehenviisning hos praktiserende fysioterapeuter
- Følge fordelingen mellem specialiseret og almindelig genoptræning

Primo 2008 skal fordelingen mellem behandling og genoptræning og mellem ambulante og stationær genoptræning drøftes mellem staten og de kommunale parter.

KLs foreløbige opgørelse, at de i alt 784 mio. kr. til genoptræning (2003-priser) til kommunerne fordeles med:

- 453 mio. kr. til den ambulante genoptræning
- 313 mio. kr. til medfinansiering af den stationære genoptræning
- 18. mio. kr. til befordring

Københavns Kommune kan forvente at blive tildelt ca. 10 pct. af ovenstående beløb. Sundhedsforvaltningen reviderer implementeringsplanen, når de eksakte beløb for Københavns Kommunens kompensation for overtagelse af genoptræningsopgaverne foreligger.

På ressourcesiden vurderer Sundhedsforvaltningen, at DUT-forhandlingerne giver for få ressourcer til den kommunale genoptræningsopgave, og at den nye genoptræningsopgave risikerer at blive en økonomisk belastning for kommunen på grund af følgende forhold.

- *Sygehusenes genoptræningsplaner.* Sygehuslægerne har fået mandat til at udarbejde genoptræningsplaner, som er bindende for den kommunale opgaveløsning. Sygehusene får dermed mulighed for at bestemme det kommunale serviceniveau via genoptræningsplanerne. Sundhedsforvaltningen mener, at der må udarbejdes en model, som giver kommunerne mulighed for at planlægge og tilrettelægge den konkrete genoptræningsindsats.
- *Opgavesnit mellem ambulant og stationær genoptræning.* Udviklingen i sygehusenes genoptræningsopgave viser, at den ambulante (kommunale) genoptræning vokser på bekostning af den stationære genoptræning (regionale), fx som det ses i udgående hospitalsfunktioner. Denne udvikling er der ikke taget højde for i DUT-forhandlingerne, hvilket betyder, at det opgavesnit mellem ambulant og stationær genoptræning, der ligger til grund for kommunernes kompensation i DUT-forhandlingerne ikke er fremtidsikkert.
- *Frit Valg.* Sundhedslovens paragraf om genoptræning henviser til sygehuslovens paragraf om Frit Valg, hvormed der indføres Frit Valg på genoptræning i kommunerne. Det giver en styringsmæssig udfordring for kommunerne i forhold til finansieringsdelen. Men i første omgang giver det kommunerne en økonomisk udgift, når der skal ombygges en Frit Valgs-ordning på genoptræning fra bunden. Kommunernes problem er, at DUT-forhandlingerne ikke medtager udgifter til kommunernes opbygning og administration af en Frit Valgs-ordning på genoptræning (jf. finansieringen af kommunernes nuværende Frit Valgs-ordning, hvor størstedelen af midlerne er gået til at opbygge en administrationsordning).

- *Etableringsomkostninger.* Det er problematisk, at DUT-forhandlingerne ikke inkluderer kommunernes etableringsomkostninger til at opbygge en organisation, der kan håndtere genoptræningsopgaven. Det drejer sig bl.a. om udgifter til udvikling af nye IT-afregningssystemer, overhead og anlægsudgifter. Kommunerne mangler dermed et incitament til at selv at påtage sig genoptræningsopgaven eller dele heraf.

Nye snitflader og koordinering

Sundhedsforvaltningens nye opgaver giver nogle nye snitfald og deraf afledte koordineringsopgaver for at styrke og udvikle Sundhedsforvaltningens opgavevaretagelse.

Sundhedsforvaltningen vil især have behov for at styrke koordination og samarbejde med de øvrige forvaltninger i forhold til:

- De øvrige forvaltninger i forhold til det forebyggende og sundhedsfremmende område
- De øvrige forvaltninger i forhold til borgerservicecentre
- Socialforvaltningen vedrørende, overgangsforløb som følge af aldersdelingen mellem forvaltningerne, genoptræningsforløb fx for hjerneskadede borgere under 65 år, hjælpemidler til blinde og døve borgere
- Børneforvaltningen i 2006 og Socialforvaltningen fra 2007 vedrørende Social- og Sundhedsuddannelserne
- Børneforvaltningen vedrørende et samlet tandplejetilbud på tværs af aldersgrænsen
- Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen vedrørende fastholdelse på arbejdsmarkedet, specielt for rygpatienter, og samspil med etniske minoriteter
- Økonomiforvaltningen vedrørende relationerne til Region Hovedstaden på sundhedsområdet og i forhold til udviklingen af nye samspil med borgerservicecentre og digitalisering

Sundhedsforvaltningen vil desuden have behov for at styrke koordinationen og samarbejdet med de andre kommuner i Region Hovedstaden og KL i forhold til interessevaretagelse og regionen på sundhedsområdet, fx ved indgåelse af sundhedsaftaler. Der vil desuden være behov for at udvikle den lokale koordination og samarbejdet med regionens

sygehuse og de praktiserende sundhedspersoner, som servicerer Københavns Kommunes borgere.

6. Organisationsstruktur

Sundhedsforvaltningens nuværende organisationsstruktur blev vedtaget af Borgerrepræsentationen i februar 2003. Den samlede forvaltning er organiseret som en koncern med en direktion, en række centrale stabsfunktioner og en række decentrale bestiller- og udførerområder (Pensions- og Omsorgschefer, Ældrechefer og enkelte andre chefer).

Direktionen løser sine opgaver dels via tæt ledelse og dialog i forhold til Pensions- og Omsorgschefer, Ældrechefer og Folkesundhedschef og tilsvarende chefer og dels ved at trække på stabsfunktionerne. Stabsfunktionerne støtter direktionen i dens opgavevaretagelse. Endvidere er stabsfunktionerne dialog- og samarbejdspartnere i forhold til de decentrale chefer.

Det bærende princip for Sundhedsforvaltningens organisation er Bestiller-Udfører-Modtager-modellen (BUM-modellen), hvor fx Pensions- og Omsorgskontorerne fungerer som bestillere overfor det respektive Ældrekontor i lokalområdet. Formålet med adskillelsen af bestiller- og udførerfunktionerne er en klar opdeling imellem myndighedsudøvelsen og den udførende funktion, hvilket især er begrundet med Frit Valg-lovgivningen. Bestillerfunktionen skal som myndighedsfunktion tage afsæt i den enkelte borgers situation og behov og fastsætte den hjælp, som kommunen kan tilbyde inden for det fastlagte serviceniveau. Udførerenhederne, hvad enten de er offentlige, selvejende eller private, har til opgave at levere de bestilte ydelser mv. til borgerne (Modtagerne).

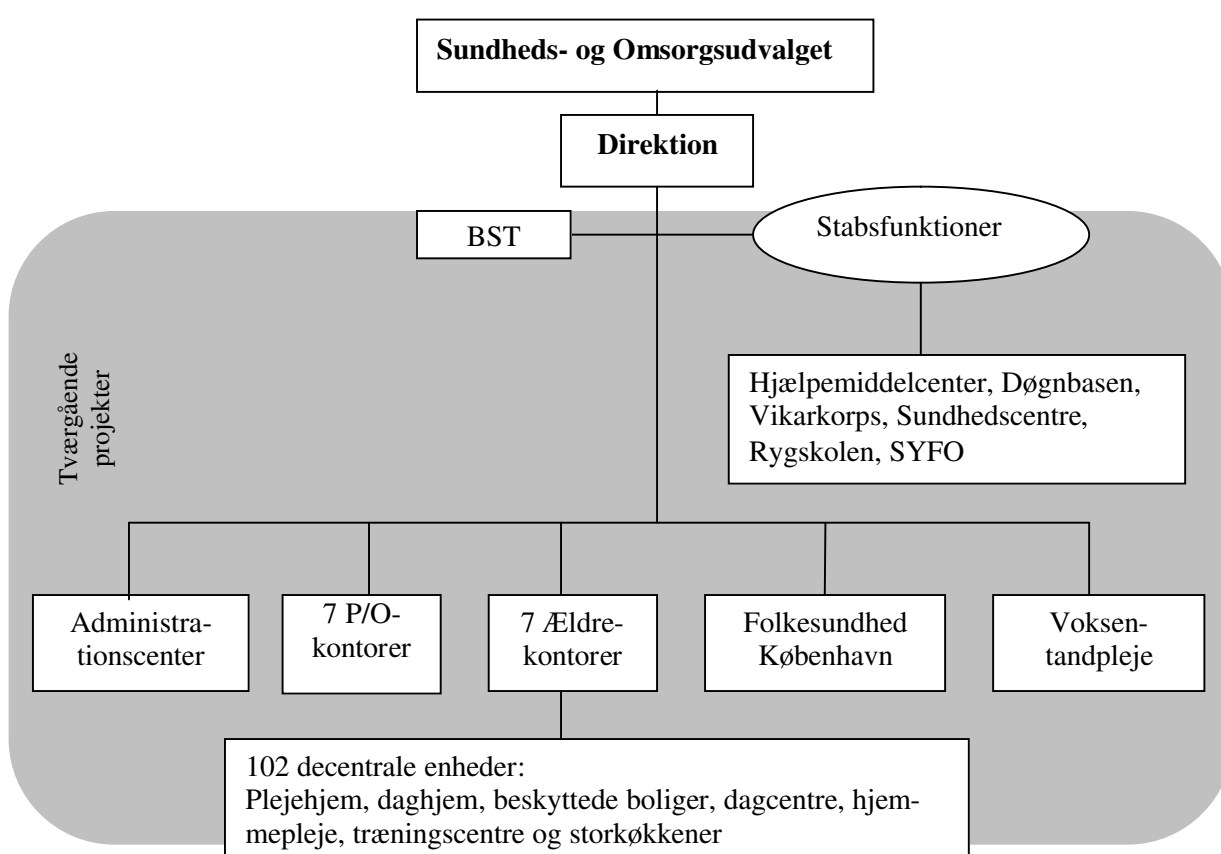
Grundlaget for Sundhedsforvaltningen nuværende organisationsstruktur ændres ikke af kommunalreformen og den interne strukturreform, og med de seneste ændringer af Sundhedsforvaltningen organisation i 2003 har Sundhedsforvaltningen et godt grundlag for at overtage de nye opgaver, som tilføres Sundhedsforvaltningen. Sundhedsforvaltningen arbejder således efter at integrere alle de nye opgaver i den eksisterende organisationsstruktur.

Sundhedsforvaltningens administrative organisation består overordnet set af fire niveauer. Med implementeringen af kommunalreformen og den interne strukturreform ser de fire niveauer således ud:

1. Direktionen
2. De syv stabe

3. Pensions- og omsorgskontorer, Ældrekontorer, Folkesundhed København, Administrationscenter, Hjælpe-middelcentret og Voksens-tandplejen
4. 104 decentrale enheder: Plejehjem, daghjem, beskyttede boliger, dagcentre, hjemmepleje, træningscentre og storkøkkener.

Organisationsdiagram for Sundhedsforvaltningen efter kommunal- og intern strukturreform



Tilpasninger af Sundhedsforvaltningens organisation

Selvom den grundlæggende organisationsstruktur for Sundhedsforvaltningen bevares under implementeringen af kommunalreformen og den interne strukturreform er der stadig behov for tilpasninger af organisationen. Disse tilpasninger gælder i forbindelse med overtagelsen af den kommende genoptræningsopgave fra H:S. Desuden vil udviklingen af borgerservicecentre og opgavne med voksens-tandpleje kræve tilpasninger af Sundhedsforvaltningens organisation. Endelig kan en ny distriktsinddeling i kommunen medføre, at Sundhedsforvaltningen må tilpasse sin organisation, men det afhænger af, hvordan modellen for distriktsinddeling udformes. På nuværende tidspunkt arbejder forvaltningerne ud fra en distriktsmodel med 8 distrikter, som Sundheds-

forvaltningen ikke forventer fører til ændringer i antallet af Pensions- og Omsorgs- og Ældrekontorer. De øvrige konsekvenser af distriktsinddelingen for Sundhedsforvaltningens organisation er endnu ikke kendte, og derfor beskrives distriktsinddelingen ikke yderligere. Sundhedsforvaltningen beskriver her de kommende tilpasninger af organisationen mht. genoptræning borgerservicecentre og voksentandpleje.

Tilpasning af organisationen til genoptræningsopgaven. Sundhedsforvaltningens udgangspunkt for overførsel af genoptræningsopgaven er at hele eller dele af den ambulante genoptræningsopgave (på nær den specialiserede indsats) og det dertil knyttede personale overføres.

Sideløbende med, at genoptræningsopgaven afgrænses og defineres og der forhandles med H:S om opgaveoverdragelsen, er Sundhedsforvaltningen i færd med at finde en model for at forankre de nye opgaver i Sundhedsforvaltningen. Fokus er især på den konkrete opgaveløsning decentralt men også på, hvordan centralforvaltningen kan understøtte opgavevaretagelsen lokalt.

Sundhedsforvaltningens genoptræningsmodel skal skabe synergi mellem de to love på træningsområdet – serviceloven og sundhedsloven. Derudover skal modellen for den nye genoptræningsopgave tage højde for tilgrænsende opgaver i forhold til rehabilitering, forebyggelse samt eksisterende træningsopgaver (genoptræning ældre og vedligeholdende træning i henhold til serviceloven). Snitflader til andre sektorer og forvaltninger bliver desuden indtænkt i modellen.

Organiseringen af genoptræningsopgaven skal kobles med den eksisterende BUM-styringsmodel. En del af denne kobling bliver at vurdere og håndtere spændingsfeltet mellem de lovpligtige genoptræningsplaner og visitation via BUM samt, hvordan styringsmodellen kan håndtere genoptræning i henhold til serviceloven.

Tilpasningen af Sundhedsforvaltningens organisation til genoptræningsopgaven inkluderer kommunikation og information med berørte medarbejdere internt i Sundhedsforvaltningen og i H:S, herunder dialog med medarbejderudvalg.

Endelig indebærer overtagelsen af genoptræningsopgaven, at Sundhedsforvaltningen sikrer IT-understøttelsen af genoptræningsopgaven.

Tilpasning af organisationen til de kommende borgerservicecentre. Udviklingen af Københavns Borgerservice indgår i den interne strukturreform. Det udvidede Økonomiudvalg diskuterede de fremtidige rammer for Københavns Borgerservice på temamødet den 7. juni 2005 og indstillede følgende:

- Den fortsatte udvikling af Københavns Borgerservice skal tage afsæt i de på mødet tiltrådte mål, herunder bl.a. at borgerservicecentre skal være én reel kvalitetsindgang for borgerne, at de skal være den fælles indgang til alle offentlige myndigheder, at der skal udvikles en toptunet digitaliseringsplatform, at borgerne skal opleve kompetente medarbejdere i attraktive, pæne fysiske rum og rammer.
- Københavns Borgerservice skal forankres under Økonomiudvalget i den kommende kommunale valgperiode
- Borgerservicecentre skal udvikles efter den såkaldte "smalle model"
- Der skal søges om dispensation fra den kommunale styrelseslov med henblik på entydig politisk administrativ ledelse
- Forvaltningen skal gennemarbejde vurderinger af, hvordan 7 henholdsvis 9 centre kan forventes at se ud og fungere (modeller for kommunens borgerbetjening)
- De geografiske distriktsinddelinger i kommunen skal vurderes med henblik på, at byens opdeling i administrative enheder skal bygge på en geografisk entydig distriktsinddeling uanset forvaltning (som minimum skal bydele, borgerservicecentre og frem-skudte faglige serviceenheder tænkes ind i samme geografi).
- Der skal udarbejdes en handleplan for digitalisering af kommunens borgerbetjening

To arbejdsgrupper med repræsentanter fra forvaltningerne har udarbejdet rapporter med forslag til modeller for henholdsvis den fremtidige organisering af kommunens borgerbetjening og distriktsinddeling i kommunen. På baggrund af rapporterne bliver der udarbejdet to indstillinger, som Borgerrepræsentationen skal træffe beslutning om i september/oktober 2005.

Efter Borgerrepræsentationens behandling skal Økonomiudvalget tage stilling til den nærmere organisering af Københavns Borgerservice i kommunen.

Sundhedsforvaltningen vil efterkomme Borgerrepræsentationens beslutninger vedr. borgerbetjening og distriktsinddeling, når disse foreligger.

Tilpasning af organisationen til varetagelse af voksentandplejen. Som anført i afsnit 3 "Tilgang og afgang af opgaver" skal Sundhedsforvaltningen tilpasse sin voksentandpleje til det nye opgavesæt, som følger af både kommunalreformen og den interne strukturreform. Voksentandplejens nye opgavesæt kommer til at fokusere på drift og udvikling i forhold til omsorgstænder og specialiserede tandplejetilbud til sindslidende og psykisk udviklingshæmmede samt personer, der kun vanskeligt kan benytte de almindelige tandplejetilbud, mens amts-

specialtandplejen, sygesikringstandplejen og tandpleje for særlige målgrupper placeres i regionen. Voksentandplejen i Sundhedsforvaltningen skal desuden udvikle nye samarbejdsrelationer med den kommende region.

7. Knaster i forbindelse med implementeringen

Sundhedsforvaltningen har pt. ét udestående vedrørende overførslen af personale fra H:S til Sundhedsforvaltningen, som kan påvirke implementeringen af kommunalreformen i Sundhedsforvaltningen. Sundhedsforvaltningen har påbegyndt de indledende forhandlinger om overførsel af personale fra H:S til Sundhedsforvaltningen til varetagelse af den ambulante kommunale genoptræningsopgave. Det er en velkendt problemstilling, at amterne, inklusiv H:S, har underprioriteret genoptræningsopgaven og derfor ikke haft en personalenormering, der kunne løfte opgaven i dens fulde omfang, sådan som det var intentionen med den daværende lov om genoptræning. Denne problemstilling medfører, at H:S' forhandlingsudspil på antallet af stillinger, som skal overføres til Sundhedsforvaltningen, i udgangspunktet ikke giver Sundhedsforvaltningen nok personale til at løse den nye genoptræningsopgave, som tiltænkt med sundhedsloven. Københavns Kommune forventer at afslutte forhandlingerne med H:S inden 15. april 2006 (jf. Lov om visse proceduremæssige spørgsmål i forbindelse med kommunalreformen). Sundhedsforvaltningen tilpasser implementeringen af genoptræningsopgaven efter forhandlingsresultatet.

I forhold til de andre forvaltninger i den nye struktur har Sundhedsforvaltningen, som nævnt i afsnit 2 om afgang og tilgang af opgaver, to konkrete udeståender:

- At Kollektivhuset tilgår den nye Socialforvaltning som følge af den interne strukturreform placerer det samlede psykiatriområde i den nye Socialforvaltning (Opmærksomhedspunkt – forhandlinger med Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen ikke afsluttet)
- At Institutionen for Respirationspatienter tilgår Region Hovedstaden som følge af, at kommunalreformen samler de amtslige behandlingsopgaver i regionerne (Opmærksomhedspunkt – forhandlinger med H:S ikke afsluttet)

8. Principper for sammenlægnings- og delingsproces

Sundhedsforvaltningen som helhed skal ikke sammenlægges eller deles som følge af den interne strukturreform i kommunen. Sundhedsforvaltningen inddrager derfor eget samarbejdsudvalg og sikkerheds-

organisation i forbindelse med overflytning af institutioner, herunder personale og opgaver. Sundhedsforvaltningen følger principperne på personaleområdet for den interne strukturreform i kommunen, som blev vedtaget af Borgerrepræsentationen den 26. maj 2005 (jf. indstillingen "Personaletryghed i forbindelse med strukturreformen i Københavns Kommune", BR 304/05)

Hovedprincippet for overflytning af medarbejdere i forbindelse med kommunalreformen, er at medarbejderne følger deres opgaver. Sundhedsforvaltningen følger Bekendtgørelsen om fordeling af aktiver og passiver, rettigheder og pligter og ansatte som følge af opgaveflytninger den 1. januar i forbindelse med kommunalreformen.

Sundhedsforvaltningen skal afgive ca. 30 stillinger til den kommende Region Hovedstaden, som direkte kan henføres til opgaver, der overgår til regionen. Hertil kommer sundhedsområdets andel af overheadomkostninger.

Sundhedsforvaltningen tager internt hånd om de direkte berørte medarbejdere for at sikre tryghed i ansættelses- og arbejdsvilkår før og i forbindelse med overførslen til Region Hovedstaden.

Den tværgående proces for afgivelse af medarbejdere forestås af Økonomiforvaltningen, men forudsættes gennemført i et samarbejde med Sundhedsforvaltningen (jf. BR 304/05, "Personaletryghed i forbindelse med strukturreformen i Københavns Kommune", 26. maj 2005)

I forbindelse med kommunalreformen er følgende aftalt med Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte:

- Alle medarbejdere omfattet af kommunalreformen bevarer deres nettoløn inkl. aftalte lønstigninger i overenskomstperioden, som udløber pr. 31. marts 2008.
- Såfremt der for en medarbejder gennemføres en væsentlig stillingsændring som følge af kommunalreformen, kan eventuel ændring af lønnen ske med gældende varsel, dog tidligst fra 1. april 2008 og således, at lønnen kan aftrappes forholdsmæssigt til det nye niveau over 3 år fra denne dato.
- Såfremt en medarbejder i øvrigt ved overenskomstens udløb oppebærer højere løn end lønnen for den pågældende stilling, og lønnen af kommunen/regionen ønskes tilpasset til lønniveauet for medarbejdere indenfor den pågældendes stillingskategori, kan lønnen med gældende varsel fastfryses, indtil medarbejderens løn svarer til lønnen for den pågældende stilling.
- Aftalen er ikke til hinder for, at der lokalt kan aftales bedre betingelser, herunder forlængelse af aftrappingsperioden i 2. afsnit (BR

304/05, "Personaletryghed i forbindelse med strukturreformen i Københavns Kommune", 26. maj 2005).

Som led i forberedelsen af processen deltager Sundhedsforvaltningen i det Midlertidige Tværgående HSU for Regionhovedstaden. Processen omkring personaleoverførsel vil også blive inddraget i forhandlinger med H:S om overførsel af genoptræningsopgaven efter indlæggelse, da Sundhedsforvaltningen tilføres et vist antal medarbejdere fra H:S til at varetage den nye kommunale genoptræningsopgave.

9. Tidsplan

Sundhedsforvaltningen har udarbejdet en tids- og opgaveplan for kommunalreformsarbejdet. Der er seks hovedspor i planen, der hver er organiseret som et implementeringsprojekt. De seks hovedspor:

- § Sundhedspolitik
- § Administration af kommunalreformen,
- § Genoptræning
- § Økonomi og finansiering
- § Ny struktur i KK
- § Aftaleudkast for overførsel af opgaver til regionen

Tids- og opgaveplanen nedenfor opridser hovedindhold i opgaven, deadlines og involvering for hvert hovedspor. Der er eller bliver udarbejdet projektbeskrivelser for hvert af de seks hovedspor for at tydeliggøre mål og organisering af arbejdet. Hver projektbeskrivelse indeholder en særskilt tidsplan fra efteråret 2005 og indtil projektets realisering i løbet af 2006.

Organisering af reformarbejdet

Sundhedsforvaltningen har organiseret reformarbejdet med en projektgruppe for hvert hovedspor. Hver projektgruppe har en selvstændig organisering af opgaveløsningen alt efter opgavens omfang. Fx er der for genoptræningsopgaven etableret en selvstændig projektorganisation, der inddrager de berørte parter bredt ud i organisationen, og den konkrete planlægning af opgaveovertagelsen er godt i gang. Derudover vil der stadig være opgaver, hvor den endelige planlægning udestår, som følge af uafklarede forhold. Her følger Sundhedsforvaltningen udviklingen tæt og varetager sine interesser.

Projektorganisationen ledes af en samlet projektledelse, som refererer til en styregruppe forankret i direktionen. Der er desuden nedsat en referencegruppe til at understøtte projektarbejdet, som dækker alle berørte områder i forvaltningen.

Kommunikation

Kommunikation ud i Sundhedsforvaltningens organisation om reformprocessen indgår som et fast opgaveelement i hvert af de seks spor, men er ikke direkte nævnt, da den nuværende kommunikationsarbejdsgruppe (bestående af sundhedsstaben og kommunikationssekretariatet) tager teten samlet på kommunikationsopgaven.

| Tids- og opgaveplan for Sundhedsforvaltningens reformarbejde | | |
|---|---|--|
| Hovedspor | Nøgleord om opgaverne | Involverede |
| 1. Sundhedspolitik | | |
| Oktober 2005 – april 2006 | Oplæg til overvejelser vedr.: <ul style="list-style-type: none"> - substitution - forskning og udvikling/kompetenceudvikling - kvalitetsudvikling - folkesundhedsplan | FSK Bestillerstab Sundhedsstab HR-staben Informatikstab Økonomistab Andre forvalt. |
| 2. Administration af kommunalreformen | | |
| | Sundhedsaftaler | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Krav til indhold - Dialog med andre kommuner, KL - Skitsere planlægningsprocessen, inkl. inddragelse af udførerniveauet i SUF | Bestillerstab Sundhedsstab Økonomistab |
| Efteråret 2005 | Bekendtgørelser om sundhedsaftaler, sammensætning af sundhedskoordinationsudvalg mv | Sundhedsstab |
| Efteråret 2005 | Bekendtgørelse om kommunal indflydelse på SOSU-uddannelser, herunder bestyrelses-sammensætning | HR-staben |
| | It og information | |
| | Data, ledelsesinformation, dokumentation, dataanalyse, DRG, IT | Informatikstab Sundhedsstab Økonomistab |
| 3. Genoptræning | | |
| Frem til april 2006 | Genoptræning – synergi mellem ISAG, serviceloven og sundhedsloven, inkl. organisering, styring, forhandling med H:S, personale | Sundhedsstab Bestillerstab Økonomistab Reference-gruppe KC-gruppe mv |
| Sept/oktober 05 | Delrapport fra arbejdsgruppe under ISM vedr. definition og afgrænsning af genoptræningsopgaven, standard for genoptræningsplaner – kommunikation mv. | Sundhedsstab Bestillerstab Sekretariatet (controlling) |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>Lovgivning ift. frit valg på genoptræningsområdet</p> <p>Skal munde ud i bekendtgørelser i efteråret 2005</p> | |
| 4. Økonomi og Finansiering | | |
| Efteråret 2005 | Bekendtgørelse om den aktivitetsbestemte kommunale finansiering på sundhedsområdet | Økonomistab |
| | Generel opfølgning, inkl. parløb med ØKF | Økonomistab |
| Efteråret 2005 | Undervisningsministeriet har nedsat en arbejdsgruppe vedr. udarbejdelse af tilskudsmodel på sosu-området, hvor KK er repræsenteret ved kontorchef Tine Bak, UUF. SUF skal følge arbejdet i UVM mhp. Opfølgning, interessevaretagelse og implementering. | Økonomistab |
| | Personaleafgivelse til regionen | Økonomistab Administrationscentret |
| 5. Ny struktur i Københavns Kommune | | |
| September 2005 | Implementeringsplan for sundhedsforvaltningen, inkl. distriktsinddeling og borgerindgange | Sundhedsstab |
| Efteråret 2005 | Afklaring/dialog om udeståender ifm. ny struktur (hjælpemiddelområdet, alkohol, sosu-skolen mv.) | Bestillerstab HR-stab Sundhedsstab Ældrekontor - Nørrebro (e-huset) Ældrekontor - Vanløse-Brønshøj-Husum (Kollektivhuset) |
| Primo 2006 | Den nærmere implementering af ny struktur fastlægges af de nye udvalg primo 2006 | |
| 6. Aftaleudkast for overførsel af opgaver til regionen | | |
| September 2005 | Bidrag til aftaleudkast for overførsel af: <ul style="list-style-type: none"> - sekretariat for videnskabelige komitéer - sygesikringsområdet - tandpleje - IRP | Administrationscentret. Økonomistab Sundhedsstab |
| Efteråret 2005 | Forhandlinger med regionen om aftaleudkast | |

Sundhedsforvaltningen har desuden udarbejdet en generel tidsplan med de vigtigste begivenheder for implementeringen af kommunalreformen i Sundhedsforvaltningen.

| Tidsplan med de vigtigste begivenheder for implementering af kommunalreformen i Sundhedsforvaltningen | |
|--|---|
| 2005 | |
| Juni - oktober | Sundhedsforvaltningen udarbejder forslag til organisering af genoptræningsområdet set i sammenhæng med eksisterende forebyggelses- og træningsopgaver |
| Juni - november | Indledende drøftelser med H:S om overtagelse af opgaver på genoptræningsområdet |
| 2006 | |
| 1. januar | <ul style="list-style-type: none"> - Den nyvalgte Borgerrepræsentation tiltræder - H:S skal forelægge et samlet aftaleudkast for overflytning af genoptræningsopgaver og personale til Københavns Kommune - Københavns Kommune skal forelægge et samlet aftaleudkast for overflytning af sygesikringsopgaver og personale til Region Hovedstaden |
| 1. januar – 1. april | Forhandling om aftale for overflytning af opgaver på genoptrænings- og sygesikringsområdet mellem H:S og Københavns Kommune |
| 15. april | Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgør retningslinier for genoptræning på baggrund af rapport fra arbejdsgruppen vedr. tilrettelæggelsen af genoptræningsopgaven (Sundhedsforvaltningen er repræsenteret i arbejdsgruppen) |
| 2007 | |
| 1. januar | <ul style="list-style-type: none"> - Overførsel af personale fra H:S på genoptræningsområdet - Afgivelse af personale til Region Hovedstaden på sygesikringsområdet |