



Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmsgade 10 – 12
1216 København K
Mail komoko@oim.dk
CC: khs@oim.dk

8. april 2013

Hørings svar vedr. rapport fra udvalget om evalueringen af kommunalreformen

Center for Hjerneskade har på mødet med Økonomi – og Indenrigsminister Margrethe Vestager den 22. marts 2013 fremlagt et oplæg, udarbejdet sammen med Hjerneskadeforeningen og efterfølgende sendt en oversigt vedr. fritvalgsrammen til ministeriet. Centret skal anmode om at begge papirer, vedhæftet, indgår som dele af Centrets høringssvar. Centret ønsker derudover at give nogle supplerende bemærkninger.

Ved den seneste kommunalreform fik kommunerne ansvaret for rehabiliteringsforløb efter udskrivning fra hospital for borgere med erhvervet hjerneskade. KL har siden erkendt mangler i indsatsen og Hjerneskadeforeningen vurderer, at hjerneskaderamte og deres pårørende i vid udstrækning ikke har modtaget den rette hjælp efter reformen. Center for Hjerneskade måtte i 2012 afvise 80 % af de henviste patienter, fordi hjemkommunerne afslår at medfinansiere. Kommunerne henviser uden problemer, hvis forløbene ikke kræver kommunal medfinansiering, men søger ellers selv at løse opgaverne. Lignende mønstre ses ved de andre specialiserede genoptræningscentre i Ålborg, Århus, Vejle, Odense og Roskilde.

Der er årligt over 15.000 mennesker, som pådrager sig en hjerneskade. Langt de fleste rehabiliteres ved almen lægelig eller kommunal hjælp. Men omkring 10 % får komplicerede skader og har brug for neurofaglig, specialiseret, intensiv, individuel behandling af et team af specialister, som starter i direkte forlængelse af udskrivning fra hospitalet. Vigtigheden heraf fremgår af forskning, læger og andre faggrupper med en indgående viden og erfaring på området. Situationen kan sammenlignes med behandling af andre komplicerede sygdomstilfælde, f.eks. kræft og hjertesygdomme, hvor der var store regionale forskelle i overlevelseshastighederne, indtil man koncentrerede indsatsen på nogle få centre i landet.

KL anerkender behovet for specialiseret indsats til personer med komplekse skadesfølger, men mener at kommunerne fortsat skal have ansvaret for opgaven. Dette er som nævnt i modstrid med forskning, faglige erfaringer og udviklingen på andre områder. Et decentraliseret ansvar, spredt på 98 kommuner uden den fornødne viden og erfaringer, vil give langt dårligere resultater for patienten, vil være langt dyrere, f.eks. i form af manglende fornyet arbejdsevne og kravene til rådgivning mv. fra andre instanser vil være både bureaukratiske og forsinkende for behandlingens start. Visitationen bør derfor varetages af specialiserede hospitaler på grundlag af neurofaglige udredninger, så patienter, der har brug for specialiseret rehabilitering, kommer rigtigt og hurtigt tilbage til familien og arbejdet. KL erkender manglerne, men ønsker at løse opgaverne i tværkommunalt samarbejde. Centret og Hjerneskadeforeningen har foreslået, at man bruger de eksisterende specialiserede centre, som dækker hele landet, og man har desuden peget på, at finansieringen af centrene ikke må bero på kommunernes skøn. Her er vi ved det eneste væsentlige uenighed mellem Hjerneskadeforeningen og Centret.

Hjerneskadeforeningen vurderer, at kommunerne kan forpligtes til at finansiere tværkommunale centre ved en forsikrings- eller abonnementsordning, mens Center for Hjerneskade peger på finansiering ved fritvalgspuljen som den, der bedst sikrer, at patienterne hurtigst muligt kommer tilbage til familie og arbejde. Denne løsning er både mere effektiv og mindre bureaukratisk.



Det skal nævnes, at Hjerneskadeforeningens opfattelse også divergerer fra Hjernesagen og andre handicaporganisationer, der har dårlige erfaringer med tværkommunale centre og – finansieringsformer. Man har således set en udtynding/nedlæggelse af specialinstitutioner med tab af specialviden og med ineffektiv behandling til følge.

Center for Hjerneskade skal på denne baggrund foreslå følgende.

1. Visitation, specialiseret og livslang rehabilitering.

For de ca. 10 %, der har brug for specialiseret rehabilitering efter hospitalsudskrivelsen bør der være visitation direkte fra hospitalet til de specialiserede centre. Centrene har ansvaret for den intensive genoptræning og integrationen i familie, uddannelse og arbejde. For de patienter, ca. 90 %, hospitalet vurderer som ukomplicerede, og som søger hjælp hos egen læge eller i kommunen, men hvor det efterfølgende viser sig, at der er skadesfølger, der ikke kan håndteres i kommunalt regi, skal der være mulighed for, at kommunen henviser til den specialiserede genoptræning. Centrene kan ligeledes vurdere omfang og behov i de enkelte tilfælde og samarbejde med kommuner og egen læge om opfølgning.

2. Landsdækkende genoptræning og finansiering.

Den specialiserede genoptræning ved Center for Hjerneskade og Vejle fjord Rehabiliteringscenter har siden 1993 været delvis finansieret af fritvalgsrammen. Rammen er en Finanslovsbevilling til specialiserede hospitaler, godkendt iht. Sundhedslovens § 79 og med tilsyn fra Regionerne. Rammen, der også anvendes til behandling af andre sygdomme, har fungeret optimalt, set ud fra hensyn til patienter, faglighed og enkel administration.

Vanskelighederne opstår, når kommunerne skal finansiere, selv om det er regionerne / staten og borgeren selv, der betaler langt de fleste udgifter, når kommunerne handler forkert og selv om den kommunale medfinansiering kun udgør en lille del af udgifterne ved optræningen på centrene, normalt kun 25 %, dvs. netto kr. 25.000 – 100.000. Udgifterne ved en forkert kommunal afgørelse er i en konkret sag med en 42-årig mand, som kommer ud for en ulykke, beregnet til kr. 15 mio. som overvejende betales af stat, familie og forsikringselskab.

Vanskelighederne med at opnå en effektiv behandling på hjerneskadeområdet medfører store menneskelige omkostninger og er dyre for alle, og bunder i snæver kommunal kassetænkning, som kan løses med en udvidelse af fritvalgsrammen. Hvis fritvalgsrammen udbredes til også at gælde hjerneskadecentrene i Ålborg, Århus, Odense og Roskilde, vil der være et landsdækkende specialiseret tilbud til alle. Dette vil måske kræve nogle organisatoriske ændringer, som i givet fald må drøftes med centrene.

3. Forskning, efteruddannelse og opkvalificering

Der vil løbende være behov for opsamling af viden samt formidling heraf til centre, der varetager rehabilitering af hjerneskadede samt til kommunerne. Center for Hjerneskade, der har et tæt samarbejde med nationale og internationale aktører samt med forskningsmiljøer, herunder Københavns Universitet, bidrager gerne hertil.

Vi står naturligvis gerne til rådighed for uddybende kommentarer m.v.

Med venlig hilsen

Frank Humle

Direktør, neuropsykolog

Oplæg fra Hjerneskadeforeningen og Center for Hjerneskade til møde d. 22. marts 2013 i Økonomi- og indenrigsministeriet

Med strukturreformen i 2006 blev opfølgningen for svært hjerneskaderamte decentraliseret ud til 98 kommuner. De specialiserede hjerneskadecentre, der fungerede før strukturreformen, er enten lukket eller har måttet skære ned, da tendensen er, at kommunerne søger at løse opgaven uden centrenes medvirken.

Det helt grundlæggende problem er, at de 98 kommuner ikke har et tilstrækkeligt bæredygtigt grundlag til at etablere de tværfaglige teams af eksperter, der skal sikre den svært hjerneskaderamte borger de bedste muligheder for at genvinde så meget af det tabte som muligt – og igen blive en aktiv medborger – herunder vende tilbage til arbejdsmarkedet.

Hjerneskadeforeningen og Center for Hjerneskade er enige i de grundlæggende problemstillinger, der kan opsummeres som følger:

- De enkelte kommuner har generelt ikke et bæredygtigt grundlag for hver især at tilbyde hjerneskaderamte borgere med komplekse behov et kvalificeret rehabiliteringsforløb, der optimalt udnytter den skaderamtes potentiale. Der skal ske en centralisering svarende til den, der gælder for sygehusvæsenet.
- Den nuværende kommunale decentralisering giver ikke en effektiv udnyttelse af det bedre outcome fra den centraliserede behandling på sygehusene.
- Den nuværende struktur vanskeliggør en sømløs overgang fra hospital til det videre rehabiliteringsforløb. Derudover er der et tilfældighedsprincip i forhold til hvem, der modtager den specialiserede rehabilitering.
- Der er for stor forskel på de enkelte kommuners indsats.

Hjerneskadeforeningen og Center for Hjerneskades forslag er følgende:

- **Lægelig visitation/stratificering**
I forbindelse med udskrivning fra sygehus skal der via mere præcise genoptræningsplaner fra sygehusene og (såfremt behovet viser sig senere end ved udskrivelse fra praktiserende læger) ske en stratificering af hjerneskaderamte borgere i forhold til at sikre, at den enkelte borger får en samlet rehabiliteringsplan og et rehabiliteringsforløb, der i videst muligt omfang sikrer, at den skaderamtes potentiale forløses fuldtud. Henvisning til hjerneskadecenter skal ske direkte for de ca. 1.500 borgere, der lægeligt vurderet har komplekse problemstillinger som følge af hjerneskaden. Hjerneskadekoordinator i kommunen orienteres med henblik på koordination og overblik.
- **Finansiering**
Rehabiliteringen af de ca. 1.500 borgere – svarende til ca. 10% af samtlige hjerneskaderamte - der har behov for specialiserede forløb, skal sikres økonomisk, således at henvisningerne sker uafhængig af den enkelte kommunes økonomi og ekspertise. Finansieringen skal sikres, således at det ikke er kortsigtet økonomiske overvejelser, men kvalitet i rehabiliteringen og langsigtet fordel for samfundsøkonomien, der skal være det bærende princip.

➤ **Hjerneskadeforeningen og Center for Hjerneskade skal pege på 2 modeller, der kan sikre finansieringen:**

- Den ene model, fritvalgsrammen, gælder i dag for Center for Hjerneskade og Vejle fjord. Begge er delvis finansieret over Finansloven, jf. Sundhedslovens § 79. stk. 2. Det anbefales, at fritvalgsrammen udvides til at dække i alt 6 hjerneskadecentre, således at rammen dækker de faktiske henvisninger og de samlede udgifter til en helhedsorienteret rehabilitering, svarende til en samlet bevilling på kr. xx. mod nu kr. 25 mio.
- Den anden model, en kombination af fastholdelse af den nuværende fritvalgsrammeordning for Center for Hjerneskade og Vejle fjord suppleret med tværkommunal finansiering samt ren tværkommunal finansiering af de 4 hjerneskadecentre i Roskilde, Odense, Århus og Ålborg. Den tværkommunale andel til alle 6 centre finansieres via en forsikrings-/abonnementsordning, som kommunerne via lovgivning forpligtes til.
- En tredje model anbefalet af Hjerneskadeforeningen indebærer, at rehabiliteringsforløbene for alle 6 centre sikres finansiering via en forsikrings-/abonnementsordning, som kommunerne via lovgivning forpligtes til.

Modellerne indebærer, at den enkelte kommune kender sit budget på dette område og det vil samtidig sikre, at alle borgere, uanset i hvilken kommune de er bosiddende, vil få et kvalificeret rehabiliteringsforløb.

➤ **Børn med erhvervet hjerneskade**

Specielle foranstaltninger er påkrævet for børn og unge (1 md-17 år) med svær erhvervet hjerneskade. De udgør ifølge forløbsprogram for børn og unge 125-375 nytilkomne personer pr år, svarende til 0,8-2,4 personer pr gennemsnitskommune á 40.000 indbyggere. Alle børn og unge med en erhvervet hjerneskade skal henvises direkte fra sygehus til et hjerneskadecenter, med henblik på fastlæggelse af det videre forløb samt opfølgning. Finansieringen heraf, skal afklares i forhold til de 3 finansieringsmodeller.

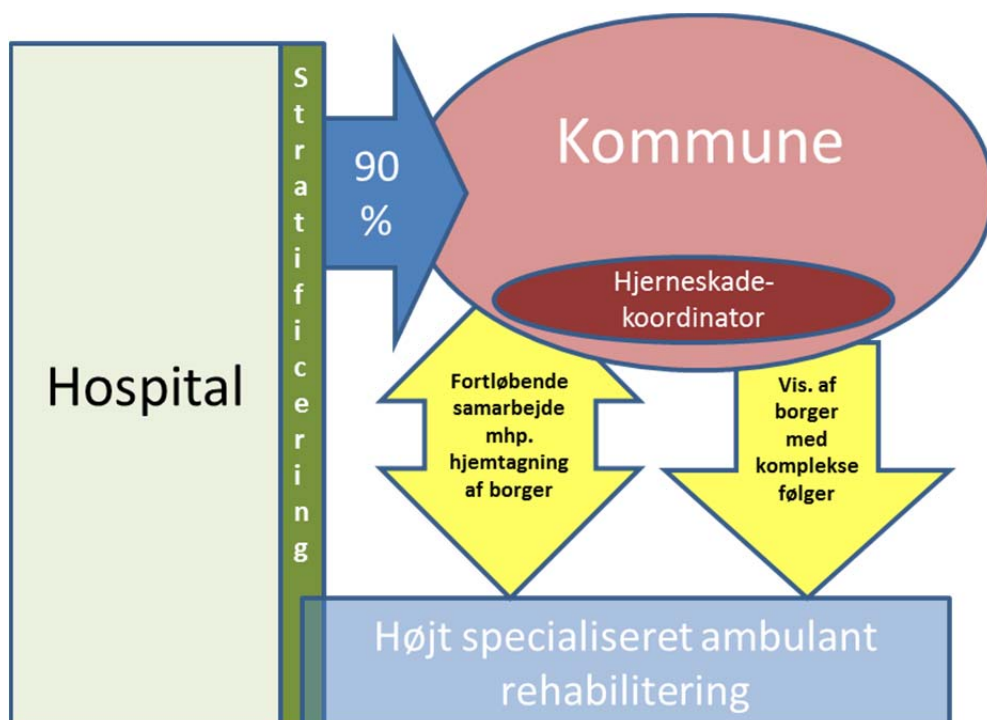
De skitserede modeller indebærer, at borgerne uanset hjemkommune vil få en kvalificeret rehabilitering, der er målrettet deres behov som i første omgang er vurderet af sygehuset. Modellerne sikrer også, at borgeren får et sømløst forløb uden perioder med unødigt ventetid og usikkerhed, og vil reducere unødigt bureaukrati og frigøre ressourcer til det egentlige – rehabilitering!

6 decentrale hjerneskadecentre

De 6 centre, der foreslås inkluderet i en national organisering er Center for Hjerneskade, Vejle fjord Rehabiliteringscenter, Hjerneskadecentret i Roskilde, Hjerneskadecentret i Odense, Hjerneskadecentret i Ålborg og Hjerneskadecentret i Aarhus. De har allerede et tæt formaliseret samarbejde med henblik på erfaringsudveksling og faglig opkvalificering. Centrene vil være i stand til at overtage hjerneskaderamte borgere direkte fra sygehus til specialiseret rehabilitering. Centrene er desuden optimalt geografisk fordelt i hele landet.

I de tilfælde, hvor hjerneskadecentret skal forestå det egentlige rehabiliteringsforløb, skal det ske, hvor det i det konkrete tilfælde vil have størst effekt for borgeren dvs. enten på hjerneskadecentret eller på den skadedes bopæl eller arbejdsplads.

Forslag til visitationsprocedure og sikring af sammenhængende forløb



Modellen illustrerer, at der ved udskrivelsen fra hospital sker en stratificering af borgeren.

90% vil blive udskrevet til et kommunalt forløb og 10% vil som følge af en lægefaglig vurdering overgå til et specialiseret primært ambulante rehabiliteringsforløb.

For borgeren, som visiteres til det specialiserede tilbud, vil der være et fortløbende tæt samarbejde med kommunen, ofte i form af kommunikation med hjerneskadekoordinatoren. Forløbet vil typisk strække sig over 2 – 6 måneder.

Forskning, metodeudvikling, uddannelse af neurofagligt personale, dokumentation mv. bør indgå som et centralt element i den nationale organisering.

Nedsættelse af arbejdsgruppe.

Vi foreslår, at der straks høringsfristen er overstået nedsættes en mindre arbejdsgruppe fra ministeriet suppleret af Hjerneskadeforeningen og Center for Hjerneskade med henblik på at få udarbejdet et konkret forslag – herunder de økonomiske beregninger samt hvilken lovgivning, der skal til/ændres på.

Arbejdsgruppen skal ad hoc kunne suppleres med repræsentanter fra andre ministerier, da opgaven går på tværs af en række ressortministerier.

Arbejdsgruppen skal have færdiggjort sit arbejde inden sommerferien, så lovinitiativer kan komme i den lovpakke statsministeren fremlægger ved Folketingets åbning til oktober.

Arbejdsgruppen skal endvidere pege på de indikatorer, som der skal evalueres på efter 3-4 år.

Hvorfor dette forslag?

Vores forslag vil fuldt implementeret fjerne alle de problemer, som strukturreformen medførte for en effektiv hjerneskaderehabilitering.

Vi får en centralisering i forbindelse med den kommunale opgavevaretagelse, der sikre ekspertbistand – herunder adgang til viden for kommunerne.

Vi sikrer fortsat udvikling af området.

Vi føler os overbeviste om, at en kvalificeret rehabilitering, hvor den skaderamtes potentiale udnyttes fuldt ud på sigt vil være en god samfundsøkonomisk investering. Et forhold vi gerne vil have mulighed for at dokumentere ved en evaluering efter 3-4 år.

Vi føler os overbeviste om, at selvom kommunerne givet vil tage afstand fra modellerne da det indskrænker det kommunale selvstyre, vil de på sigt erfare, at det har været til deres fordel – at den ”store” kommunekasse på sigt vil spare, da organiseringen og sikring af et højt fagligt niveau vil giver de hjerneskaderamte og deres familier bedre mulighed for at klare sig selv, hvor det overhovedet er muligt!

København, 20.3.2012

Frank Humle
Direktør
Center for Hjerneskade

Niels-Anton Svendsen
Landsformand
Hjerneskadeforeningen

Betydningen af specialiseret hjerneskaderehabilitering for tilknytningen til arbejdsmarkedet

Cicerone et al, 2008. A randomized controlled trial of holistic neuropsychologic rehabilitation after TBI.

I et randomiseret kontrolleret studie af Cicerone et al i 2008 sammenligner man 'helhedsorienteret neuropsykologisk rehabilitering' (HNR) med 'standard multidisciplinær rehabilitering' (SMR). I begge interventionsformer indgår indsatser fra forskellige faggrupper og begge grupper modtager 15 timers rehabilitering om ugen i 16 uger. I HNR arbejder faggrupperne tæt sammen med borgeren i centrum, hvor aktiviteterne ofte er i grupper med fokus på at styrke indsigt og metakognition. I SMR er der ligeledes indsatser fra forskellige faggrupper der arbejder med egne fagspecifikke problemstillinger.

Table 4: Secondary Outcome Measures

	STD (n=34)			ICRP (n=34)		
	Pretreatment	Posttreatment	Follow-Up	Pretreatment	Posttreatment	Follow-Up
Neuropsychologic T scores						
Mean NP	35.9±9.0	39.5±9.6*	—	36.6±8.5	39.5±9.1*	—
TMT-A	34.9±13.2	36.9±12.8	—	32.2±12.9	33.5±12.7	—
TMT-B	33.3±11.4	36.7±13.7*	—	33.0±14.1	36.4±10.7*	—
CVLT-II	38.6±11.7	44.2±14.3*	—	42.1±15.1	46.4±15.6*	—
RCF-IR	32.5±12.7	35.9±14.6*	—	35.8±15.1	38.3±15.5*	—
Verbal fluency	37.2±12.3	39.3±11.3*	—	38.8±7.1	39.7±9.1*	—
Category test	39.1±13.8	44.3±18.2*	—	37.9±14.3	43.0±15.8*	—
SEsx total	82.6±27.9	84.8±28.9	81.9±30.0	84.3±28.9	94.1±29.2*	92.4±22.7
Social	27.6±8.9	27.4±8.2	27.4±9.4	27.8±9.1	28.1±7.1	29.4±7.6
Cognitive	24.5±9.4	25.6±7.5	24.8±9.9	25.5±10.7	28.9±8.7*	27.6±7.8
Emotional	24.9±10.4	25.3±9.4	24.2±11.0	24.4±10.5	30.1±8.4*	27.9±8.1
Vocational [N (%)]						
Productive	4 (12%)	7 (21%)	14 (41%)	3 (9%)	16 (47%)	20 (59%)
Nonproductive	30 (88%)	27 (79%)	20 (59%)	31 (91%)	18 (53%)	14 (41%)

NOTE. Means and SD for intent-to-treat analyses.
Abbreviations: CVLT-II, California Verbal Learning Test II; ICRP, Intensive Cognitive Rehabilitation Program; RCF-IR, Rey Complex Figure, Immediate Recall; SEsx, Self Efficacy for Management of Symptoms Scale; STD, Standard Neurorehabilitation Program.
*Significant difference from pretreatment, $P<.05$.

Arch Phys Med Rehabil Vol 89, December 2008

Resultaterne viser at 50 % flere er i arbejde ved follow-up for dem der har deltaget i et helhedsorienteret neuropsykologisk baseret rehabiliteringsforløb.

Henriette Svendsen, 2006. Long-term outcome following post-acute, neuropsychological rehabilitation: A controlled study.

Center for Hjerneskade gennemførte et follow-up studie for borgere der deltog i forløb på Centret fra 1987-1992 og sammenlignede dem med en kontrolgruppe der bestod af deltagere med sammenlignelige hjerneskader, som ikke havde modtaget samme post-akutte intervention. Opfølgingsdata blev indhentet 12-17 år efter endt behandling. I genoptræningsgruppen havde 83 procent en eller anden form for tilknytning til arbejdsmarkedet. I kontrolgruppen havde 54 procent tilknytning til arbejdsmarkedet. Deltagerne i genoptræningsgruppen var desuden væsentligt mere tilfredse med deres nuværende tilknytning til arbejdsmarkedet

Igen er der ca. 50 % flere der får en tilknytning til arbejdsmarkedet efter specialiseret rehabilitering.

Ditte Elvira Søllingvraa, 2012. Sprogprogrammet, en økonomisk evaluering af intensiv hjerneskaderehabilitering

Center for Hjerneskade havde fra 2007 til 2010 et forløb til personer med svære sproglige vanskeligheder. Der blev i 2012 foretaget en sammenlignende analyse mellem Center for Hjerneskades resultater med en sammenlignelig gruppe der havde modtaget rehabilitering i kommunalt regi. Grupperne er selekteret så de i videst muligt ligner hinanden på baggrund af blandt andet alder og hjerneskadens omfang med hensyn til sproglige vanskeligheder, således at det i en vis grad kan antages at være tilfældigt hvorvidt en person er i patientgruppen eller i kontrolgruppen.

Resultaterne viste at 75 % af deltagerne i Center for Hjerneskades tilbud opnåede tilknytning til arbejdsmarkedet via fleksjob eller i ordinært arbejde, mens det tilsvarende var gældende for 35 % af deltagerne i det kommunale tilbud.

I dette studie er der mere end dobbelt så mange borgere der opnår tilknytning til arbejdsmarkedet efter specialiseret rehabilitering.

Rentabilitet

Sundhedsstyrelsen 2011. Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering (s. 195).

Såfremt en person efter et rehabiliteringsforløb kan vende tilbage til sit oprindelige arbejde på halv tid frem for at blive fortidspensioneret, vil det betyde en produktionsgevinst for samfundet svarende til ca. 200.000 kr. pr. år, jf. beregningerne ovenfor. Kan patienten vende tilbage på fuld tid, svarer dette til en produktivitetstgevinst på ca. 400.000 kr. årligt.

Afgrænsning af målgruppe med behov for specialiseret rehabilitering

I MTV rapporten s. 70-71 angiver man sværhedsgraden af skaden ved indlæggelsestid i antal dage på hospitalet. For de erhvervsaktive (18-65 år) angives følgende antal for 2009:

Sværhedsgrad	Let	Moderat	Svær
Indlæggelsestid i dage	0-13	14-27	28+
Antal personer	7604	893	806

I perioden fra 1985 til 2010 har der været 739 forløb i Center for Hjerneskades intensive helhedsorienterede dagprogram. Der mangler oplysninger om indlæggelsestid for 50 personer. Hos de resterende 689 personer har 80 % en indlæggelsestid på mere end 20 dage. Lignende tal ses i Aarhus.

Med baggrund i Center for Hjerneskades data ses at det primært er de svært skadede der har været i målgruppen for de specialiserede centre. I alt kan det derfor anslås at der vil være et behov for specialiseret hjerneskaderehabilitering for ca. 800 personer årligt på landsplan, svarende til dem der har en indlæggelsestid på mere end 28 dage.

Fra 1993 til primo 2011 har Center for Hjerneskades forløb været finansieret af fritvalgsrammen i kombination med kommunal finansiering. Disse forløb har ført til at ca. 75 % er blevet fastholdt på arbejdsmarkedet. Den fritvalgsrammefinansierede del af et forløb beløber sig ca. kr. 180.000, svarende til kr. 144 mio. på årsplan i Danmark. Det vil være oplagt at kvoten fordeles på specialiserede centre i forhold til henvisningsgrundlaget.

Kære Margrethe Vestager

Tak for et rigtig godt møde i dag. Jeg gik opløftet derfra.

Som supplement til det materiale, jeg uddelte på mødet, har jeg vedhæftet en oversigt, som jeg tidligere har uddelt i forbindelse med foretræde for Sundhedsudvalget d. 13. november 2012. Den illustrerer den nuværende fritvalgsramme for Center for Hjerneskade og Vejlefjord samt hvilke ydelser, der kan rummes inden for de nuværende rammebetingelser.

Derudover illustreres hvilken størrelse, rammen skal have for at være i stand til at honorere det reelle behov inden for børne- og voksenområdet.

Som det fremgår af den vedhæftede fil, får Center for Hjerneskade aktuelt 8,9 mio kr. på fritvalgsrammen og Vejlefjord 15,1 mio kr.

Rammen blev etableret i 1993, og tilkendelsen af beløbene afspejler hvor mange samarbejdsaftaler, centrene hver især havde med de daværende amter. Hvis rammen skal rumme de lægelige henvisninger, som vi får, bør den hæves til 30 mio kr. for Center for Hjerneskade og til 30 mio kr. for Vejlefjord. Som jeg gav udtryk for på mødet, er rammen tiltænkt færdiggørelse af de genoptræningsforløb, som ikke er blevet afsluttet i hospitalsregi. Såfremt rammen også skal honorere arbejdsintegration, dvs. det fulde rehabiliteringsforløb, vil der være behov for samlet 40 mio kr. for Center for Hjerneskade og 40 mio kr. for Vejlefjord.

Vedr. børn med erhvervet hjerneskade skønner Sundhedsstyrelsen, at der er mellem 125-375 børn årligt, der har brug for en specialiseret indsats. Det er min vurdering, at en tværfaglig udredning samt efterfølgende overlevering til en behandlingsinstans eller en kommunal instans vedr. barnets funktionsniveau og behov for intervention, vil være et stort skridt på vejen til at hjælpe børn med erhvervet hjerneskade. Denne udredning og rådgivning vil kunne løftes indenfor en ramme på samlet 9 mio kr. årligt, hvilket ligeledes fremgår af vedhæftede fil.

Såfremt du har spørgsmål til ovenstående eller ønsker yderligere oplysninger, står jeg selvfølgelig til rådighed.

Med venlig hilsen

Frank Humle
Direktør, neuropsykolog
Center for Hjerneskade
Københavns Universitet
Amagerfælledvej 56 A
2300 København S

T 35 32 90 10

F 35 32 90 50

E frank.humle@cfh.ku.dk

www.cfh.ku.dk

Sikring af den specialiserede indsats efter udskrivelse fra hospital

