



Øget kommunalt fokus & Det nære sundhedsvæsen

Øget kommunalt fokus & Det nære sundhedsvæsen

Forfattere: Rikke Vittrup og Charlotte Toft-Petersen
Redaktion: Charlotte Toft-Petersen og Mogens Hørder
Copyright © 2018
REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til REHPA.

REHPA, temanotat nr. 4
Maj 2018
1. udgave

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation
Vestergade 17
5800 Nyborg
Telefon 21 81 10 11
Mail: rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

REHPAs temanotater sammenfatter drøftelser og perspektiveringer på specifikke emner, som bliver drøftet i Advisory Board. Temanotaterne fungerer som afsæt for REHPAs videre arbejde med strategi, fokus og handling.

Temanotaterne udkommer ad hoc som elektroniske dokumenter og kan downloades fra www.rehpa.dk.

Indhold

Indledning	4
Oplæg om øget kommunalt fokus	4
Oplæg om det nære sundhedsvæsen	6
Oplægsholdernes forslag til REHPAs arbejde	8
Sammenfatning af medlemmernes drøftelser af de to temaer	8
Social ulighed i sundhed og behovsvurdering	8
Kvalitetsløft gennem samarbejde og forløbskoordinering på tværs af sektorer	9
Kompetenceniveau - samarbejde mellem basal og specialiseret palliativ indsats	10
Metodeudvikling – effektmåling	10
Vidensindsamling og -deling	10
REHPA som dialogpartner	10
REHPA som formidlings- og netværkspartner	11

Indledning

I dette temanotat samles der op på drøftelserne fra to Advisory Board-møder med nærtliggende temaer:

- Øget kommunalt fokus – rehabilitering og palliation i kommunalt regi (16. november 2016)
- Det nære sundhedsvæsen - rehabilitering og palliation i kommunerne og primærsektoren (praktiserende læger og andre) (5. december 2017)

Forud for begge møder var medlemmerne blevet bedt om at overveje, hvordan REHPA bedre kan understøtte arbejdet inden for rehabilitering og palliation i hhv. kommuner og primærsektor, herunder:

- Hvilke behov kommunerne har, hvilke opgaver der skal løses – og hvilke krav der er til løsningen?
- Understøttelse af både organisering og det konkrete arbejde i primærsektoren.

Samlende for drøftelserne er et skarpt fokus på borgeren (patienten) og de pårørende, som kan opleve støtte eller mangel på samme, men ikke skelner mellem, hvornår de modtager rehabilitering eller palliation – for dem opleves behandling og pleje som et kontinuum. I et sundhedsvæsen, der traditionelt har placeret sig i siloer, arbejdes der ihærdigt på at skabe sammenhængende forløb, og nøglen til at lykkes må for det nære sundhedsvæsen være at tage afsæt i borgeren, stille sig tilgængeligt i det daglige med den rette hjælp på det rette tidspunkt. Opdraget til Advisory Board var at reflektere over og diskutere borgerens reelle muligheder for – og konkrete udfordringer i - at få kvalificeret og ikke mindst kontinuerlig hjælp og støtte i sit forløb.

Begge møder blev indledt med oplæg, som præsenteres nedenfor. Herefter følger oplægsholdernes ønsker til REHPA og en sammenfatning af medlemmernes drøftelser, der præsenteres tematisk.

Oplæg om øget kommunalt fokus

Som optakt til drøftelserne af temaet 'Øget kommunalt fokus' var der arrangeret to indledende oplæg ved hhv. centerchef og læge Jette Vibe-Petersen, Center for Kræft og Sundhed, Københavns Kommune (kommunalt perspektiv) og klinisk professor og overlæge Per Sjøgren, Institut for Klinisk Medicin, Rigshospitalet (regionalt/specialiseret perspektiv). Begge er medlemmer af Advisory Board.

Jette Vibe accentuerede følgende tematikker:

- (Satspulje-) midler til løft af den kommunale rehabilitering af kræftpatienter og senfølgeindsats med sigte på at *ensarte og dermed løfte kvaliteten* gennem samarbejde på tværs af kommuner; herunder fokus på *målgrupper med særlige behov*
- Social lighed i sundhed (rehabilitering) må betyde *differentieret rehabilitering* - skal patienten løftes, bevare status quo eller accepteres som nedadgående?

- Styrkelse af den basale, palliative indsats i kommunerne i gennem *kompetenceløft* – i *samarbejde med det specialiserede niveau*
- *Klarere struktur i organiseringen af rehabiliteringsfeltet*. Hvis midlerne ligger hos kommunerne, hvem tager sig så af hvad i forhold til rehabilitering og palliation? Hvordan skal samspillet mellem hospitaler, hjemmepleje og centre være? Gerne tjekliste over *skal-* og *kan-*opgaver inden for hver instans
- *Ensretning af behovsvurderingsskemaer*. Skemaerne er forskellige i de fem regioner; derfor kan man ikke samle sammenlignelige data. Bør tjene som et fælles arbejdsredskab, som følger patienten gennem forløbet – og hvis mening altid forklares for patienten.

Per Sjøgren betonedede særligt følgende vinkler ift. kvalificerede forløb i kommunerne:

- *Palliation er mere end pleje*. Skal anerkendes som et komplekst, tværfagligt felt, der rummer alt fra fysiske symptomer til klinisk forskning, spirituel tilgang, etiske problemstillinger, pleje og omsorg. Et fortsat højt, internationalt niveau fordrer uddannelse og specialisering (i form af medicinsk speciale) af faggrupperne; nødvendigt for at kunne fastholde og udvikle den kapacitet, vi allerede har i DK.
- Det basale og det specialiserede niveau hænger sammen – med *det specialiserede niveau som fyrtårnet, der underviser og viser vejen for det basale niveau*.
- Palliation som velorganiseret felt – har udviklet sig systematisk over tid. *EAPC sætter standarden verden over i forhold til, hvordan palliation bør løftes*, ved at arbejde systematisk i flg. felter: politik (komme ind i centrum af magten), tilgængelighed af service og organisering af feltet, uddannelse og træning af sundhedsprofessionelle, etik, forskning og forbedring af klinisk pleje.
- *EACP anbefaler ét palliativt team pr 100.000 indbyggere* (dvs. 56 teams i DK) og 80-100 senge pr 1 million indbyggere (dvs. ca. 500 senge i DK). I DK har vi lidt over halvdelen af de senge, vi burde, men det er udtryk for store regionale forskelle.
- Samarbejde på tværs er også et spørgsmål om midler. Teams, der arbejder med palliation, er pressede og kæmper med patienter med tung symptomatologi. Selv dedikerede medarbejdere mangler ressourcer til overskud og samarbejde. Løsningen kan findes i *balanceret tildeling af midler, tilkøb af specialister fra basalniveauet, aktivering af praktiserende læger* - måske ved at specialisterne kommer til dem.
- *Social (u-)lighed i palliation*: Opgørelser (Dansk Palliativ Database, som er næsten komplet, fordi alle indrapporterer i den) viser: stigning af henvisninger, sen henvisning (end of life care, ingen tidlig indsats), for lang ventetid, meget store forskelle regionalt og mellem institutioner samt stor social ulighed.
- Involvering af patienter og pårørende i forhold til den palliative indsats; fx arbejder DOMUS-projektet med fast track-udskrivelser, hvor patient og pårørende møder alle involverede teams. Involveringen er en central del af den støtte til hele familien, som gør, at den hurtige udskrivelse til eget hjem bliver vellykket. *DOMUS har sigte på at tage patienten hjem og øge hjemmedøden med nogle og tyve procent*. I dag dør kun 26 % hjemme. Det kræver meget stor involvering af familiemedlemmer. Værd at seke til Holland, som har formået at tilpasse det meget hurtigt. Studier tyder på, at det er omkostningseffektivt at få patienter tidligere hjem, men der mangler danske studier –

noget DOMUS vil vise blandt andet med hjælp fra REHPA, der vil fokusere på sektorovergange.

Oplæg om det nære sundhedsvæsen

Udgangspunktet for dagens tema var KL's og ministerens politiske udspil samt praktiserende lægers nye overenskomst (2017) - og hvordan de søges udmøntet gennem nye tiltag og initiativer samt eventuel organisering i kommunerne og i almen praksis. Herunder ikke mindst hvordan det giver mening for borgeren/patienten.

Der blev holdt oplæg ved Christian Harsløf, direktør for Social, Job og Sundhed, Roskilde Kommune; Jens Søndergaard, professor, forskningsleder, IST - Almen Praksis, SDU og medlem af Advisory Board og Lene Paaske, sundhedskonsulent, Greve Kommune.

Christian Harsløfs oplæg havde fokus på, hvad der rør sig i kommunerne inden for rehabilitering og palliation med udgangspunkt i Roskilde Kommune:

- Kommunerne har - efter ikrafttrædelsen af den nye sundhedslov i 2007 - fået mere komplekse sundhedsopgaver, og rehabiliteringsindsatsen sker i høj grad i kommunerne, idet patienter forholdsvis hurtigt bliver udskrevet fra hospitalet.
- Nødvendigt med en organisering af rehabiliteringspladserne, da ikke alle borgere er i en tilstand, hvor de kan være tilknyttet et kommunalt rehabiliteringscenter.
- Etablering af velfærdsteknologi og tværsektorielle samarbejdsprojekter på rehabiliteringsområdet samt tilbud om rehabiliteringspladser, tryghedspladser¹ og genoptræning i eget hjem.

Harsløf kom ind på, hvordan tilgangen til rehabilitering og borgeres sundhed generelt har ændret sig i kommunerne:

- Før: Et socialt sikkerhedsnet for borgere, der faldt igennem
- Under finanskrisen: Rehabilitering skal være noget, som skaber selvforsørgende samfundsborgere. Mest mulig selvstændighed.
- I dag: Langt mere fokus på det tværgående samarbejde. Det er vigtigt at samarbejde på tværs af kommunale forvaltninger, så man kan løfte den enkelte borger på tværs af sektorer – det kommunerne betegner "samskabelse".

Fra at være et mål i sig selv er sundhed i dag et middel til at opnå noget mere. Sundhed bliver, if. Harsløf, tænkt ind som kerneopgave i kommunens forvaltninger, fordi sundhed er en forudsætning for, at borgeren kan skabe sig et godt liv, fx ved at kunne varetage job, uddannelse osv. Harsløf pointerede, at rehabilitering på den måde er allestedsnærværende i kommunerne.

Jens Søndergaard tog i sit oplæg udgangspunkt i de praktiserende lægers nye overenskomst og fremhævede, at man i dag meget oftere ser patienter med kroniske sygdomme i almen praksis,

¹ Pladser til borgere som kan komme på en overnatning eller to i forhold til at give tryghed for patienten eller den pårørende.

og at det er patienter med de allerstørste behov, som falder ud af systemet – især i forbindelse med forløbsovergange. Derfor er fokus på patientens perspektiv tvingende nødvendigt, hvis systemet skal fungere.

I praktiserende lægers overenskomst 2018-2020² er det blandt andet aftalt at:

- Almen praksis skal have større ansvar for patienter med kronisk sygdomme.
- Den praktiserende læge skal have en koordinerende rolle.
- Man skal i højere grad flytte behandlinger fra sygehuset til almen praksis.
- Den praktiserende læge får ansvaret for senfølger.

Søndergaard fremhæver, at

- man i stadig højere grad forventer, at patienten selv skal kunne *finde vej* gennem sundhedsvæsenet
- der er brug for, at almen praktiserende læger i højere grad *henviser til de kommunale rehabiliteringstilbud*
- *opfølgingsindsatsen* ved sektorovergange bør styrkes
- overenskomsten trækker i retning af, at lægen ud over at varetage stadig flere lægelige opgaver også i højere grad skal være *omsorgsperson*. Hvordan kan det hænge sammen?

Søndergaard kommenterede desuden nogle centrale punkter fra KL's politiske udspil:

- Fleksibel adgang til læger
- Telemedicin
- Styrket demensindsats

Når patienter oplever, at praktiserende læger er svært tilgængelige, er en fleksibel adgang til læger et skridt i den rigtige retning. I forhold til telemedicin pointerer Søndergaard imidlertid, at det ikke *nødvendigvis* er et gode – i mange tilfælde højner det ikke livskvaliteten. Telemedicin er en god løsning, hvor alternativet er ingenting. Ift. demensindsatsen kan mange demente rigtig meget selv, og det kræver relativt få ting at højne den dementes livskvalitet.

Lene Paaske fremhævede i sit oplæg om det nære sundhedsvæsen flg. temaer:

- Behov for *øget sammenhæng mellem sektorer* og udfordringen i samarbejdet mellem region og kommune. En mulig løsning kunne være, at kommunal rehabilitering blev en del af pakkeforløbene, og at man udvikler systematiske standarder for disse sektorovergange, og hvornår borgeren kan komme ind i det kommunale forløb.
- Den *helhedsorienterede indsats og behovet for begrebsafklaring af rehabilitering og palliation*. Der er til tider forskelle i forståelsen af eksempelvis palliation: ét sted opfattes palliation som den terminale fase, andre steder indbefatter den patienter, der ikke nødvendigvis er i en terminal fase.
- *Kompetenceafklaring*. Der er brug for at belyse, dels hvilke kompetencer der er omkring borgeren, om de udnyttes godt nok, dels hvilke kommunale tilbud der findes, så sygehusene har det fornødne kendskab og dermed kan henvise til dem. Fx kan

² https://www.laeger.dk/sites/default/files/forhandlingsaftale_om_almen_praksis.pdf

kommunen synliggøre det kommunale personales kompetencer ved at deltage i tværsektorielle og tværkommunale samarbejder og ved at oprette delestillinger, hvor medarbejdere arbejder på tværs af sektorer.

- *Effekten af kommunale indsatser.* Vi skal videreudvikle, *hvordan* vi viser effekten af indsatserne, da der i dag mangler systematik. Der er et udbredt ønske om nationale databaser, som understøtter, at borgeren hjælpes mere sikkert igennem de forskellige sektorer.

Oplægsholdernes forslag til REHPAs arbejde

Oplægsholderne havde en række konkrete forslag til opgaver, REHPA kan bidrage til:

- **Litteratursøgning og videndeling** af seneste viden. Litteratursøgning er en udfordring, og det er ressourcemæssigt krævende for kommunerne at holde sig opdateret.
- Bidrage til udvikling af **metoder til effektmåling**, der supplerer patienttilfredsundersøgelserne.
- REHPA som **fast del af tværkommunale og tværregionale grupper**, hvor REHPA kan være med til at **udvikle kvalitetssikringen og kvalificeringen af det kommunale personale.**
- REHPA skal være **i dialog med alle faglige miljøer** (læger, psykologer, sygeplejersker og terapeuter), så REHPA kan repræsentere felterne bredt.

I forhold til udviklingen af almen praksis var der følgende forslag til REHPAs bidrag:

- **Fokus på organisation** – især sektorovergange
- **Samarbejde med Enheden for de fire enheder for medicin**, og dermed mulighed for at få en større flade og mere data i forhold til forskning
- **Tilbud til klynger** i kommunerne med henblik på inspiration og implementering
- **Behovsafdækning** blandt patienter og sundhedsprofessionelle
- **Udvikling og test af interventioner.**

Sammenfatning af medlemmernes drøftelser af de to temaer

Medlemmerne drøftede på baggrund af oplæggene de mange perspektiver og initiativer, udfordringer og løsninger, der findes eller kræves i felterne og særligt sammenhængen mellem forskning og praksis.

Drøftelserne af temaerne viste hurtigt, hvor vigtig repræsentationen fra almen praksis og primærsektoren i Advisory Board er for overhovedet at kunne drøfte sammenhængende forløb og helhedsbillede på et bredt grundlag. Forståelsen for bredden er en forudsætning for at skabe kontinuitet og tryghed i forløbene for borgeren.

Advisory Board fremhævede følgende tematikker:

Social ulighed i sundhed og behovsvurdering

Advisory Board fremhævede, som på tidligere møder, vigtigheden af at have fokus på social ulighed i sundhed – også når det handler om rehabilitering og palliation. Nogle af medlemmerne vurderer, at social lighed i sundhed kræver *differentierede tilbud* (målgruppestratifikation). Det

kræver, at man finder en ensartet metode til stratifikation og identifikation (hvem har hvilke behov?), så midlerne anvendes rigtigt. Til eksempel har patienter med lang uddannelse 43 % større chance for at blive henvist til rehabilitering. I tilknytning til det ligger der et stort potentiale i, at alle fagpersoner har adgang til gode, nationale redskaber for behovsvurdering, hvormed der også kan skabes et datagrundlag med sammenlignelige data på tværs af kommuner og regioner. Et kvalitetsløft, som vil være til gavn for både borgerne og de fagprofessionelle.

Der vil dog være forskelle i, hvilke problematikker kommunerne møder hos deres borgere alt efter bl.a. kommunens størrelse og demografi. Der var opmærksomhed på, at det kan give udfordringer i forhold til den enkelte kommunes mulighed for at tilbyde differentierede tilbud til en mindre gruppe af borgere med særlige behov. Her kan tværkommunale tilbud være en vej frem.

I forhold til behovsvurdering efterspørges der i høj grad systematik i henvisningerne (til kommunalt regi) bl.a. i forhold til hvilken information, der vedlægges, så tilbuddene kan tilrettelægges bedst muligt.

Kvalitetsløft gennem samarbejde og forløbskoordinering på tværs af sektorer

I de indledende oplæg blev problemer ved sektorovergange fremhævet. Advisory Board reflekterede i de efterfølgende drøftelser over vigtigheden af italesætte, etablere og sikre et kontinuerligt samarbejde med de praktiserende læger i forhold til (udvikling af) forløbskoordinering. På den ene side er de praktiserende lægers kendskab til aktuelle, kommunale tilbud fundamentalt for at kunne henvise patienten til et relevant og godt forløb, på den anden side er de praktiserende lægers arbejdsvilkår – med en ændret og mere mangfoldig opgaveportefølje – nødvendig at være realistisk omkring for at kunne have et veletableret samarbejde.

I relation til samarbejdet på tværs af sektorer og den praktiserende læges rolle(r) stiller medlemmerne blandt andet spørgsmålene (som det er værd at arbejde videre med):

- Kan de praktiserende læger deltage i den basale palliation?
- Hvem skal flytte sig for hvem? Kan lægen komme til patienterne, hvor de bor?

Advisory Board er enige om, at det er vigtigt, at fjerne de knaster, der måtte være i et rehabiliterings- og palliationsforløb. For at identificere knasterne, må forløbene først og fremmest beskrives på en måde, der tydeliggør, *hvem, der gør hvad, hvornår*. Det vil gøre det lettere at undgå, at patienten henvises for sent til det rette sted eller kun ved en tilfældighed bliver tilbudt det nødvendige (palliative) forløb.

Medlemmerne er generelt enige om, at der skal være let adgang til information om faktiske teams og tilbud og om, hvilke aktører, der reelt kan kaldes til.

For borgeren er overgangen mellem rehabilitering og palliation ofte glidende - og lige så ofte underordnet, hvad indsatsen kaldes. *Forløbsbeskrivelser* kan eventuelt være en indgang til, at rehabiliterings- og palliationsindsatsen identificerer og matcher borgerens behov på de rette tidspunkter i den enkeltes forløb.

Kompetenceniveau - samarbejde mellem basal og specialiseret palliativ indsats

I forhold til den palliative indsats er det ifølge medlemmerne vigtigt, at have fokus på den basale palliative indsats, så ikke-komplekse tilfælde også får tilbudt hjælp til at dø på en værdig måde.

Derfor blev det betonet, at samarbejdet mellem det specialiserede og det basale, palliative niveau bør løftes. Og at det er vigtigt, at indsatsen koordineres på tværs og ikke deles op.

Oplæggene og drøftelserne viser generelt, at man med fordel kan rette fokus mod

- hvilke kompetencer der er i spil rundt om patienten/borgeren (for at opnå optimale forløb)
- hvordan kompetencerne udnyttes bedst muligt (hvem der gør hvad, hvornår)
- at den basale palliative indsats løftes med hjælp fra det specialiserede, palliative niveau (hvor fastholdelse og udvikling af kapacitet og et højt internationalt niveau forudsætter specialiseret uddannelse af faggrupper).

Metodeudvikling – effektmåling

Behovet for effektmåling blev også drøftet i relation til temaerne om det nære sundhedsvæsen og øget kommunalt fokus. Ét udgangspunkt er, at patienttilfredsundersøgelser viser, at tilfredsheden er høj, men ikke fortæller, dels *hvad* patienten er tilfreds med, dels *hvilken effekt*,

de fagprofessionelles arbejde har. Det blev blandt andet efterspurgt, at REHPA kan bidrage med

- metoder til effektmåling og med (at opstille) parametre for, hvad der måles på
- tydelige retningslinjer for, hvordan man måler, og hvad man måler på, ofte de områder, man i praksis flytter sig på
- at udvikle og teste interventioner for derigennem at understøtte forskningsopgaven i kommunerne, hvor der ofte ikke er borgere/data nok til at skabe et grundlag.

Vidensindsamling og -deling

I relation til den kommunale indsats blev muligheder og udfordringer i forhold til vidensindsamling drøftet. Generelt opleves det, at litteratursøgning er en ressourcemæssigt krævende, men vigtig, opgave for kommunerne for at holde sig fagligt opdateret. En opgave som i nogle tilfælde må ligge efter arbejdstid. I nogle kommuner bliver der ansat flere AC-medarbejdere (men færre HK'ere) til at løse opgaven, mens der i andre kommuner reduceres i de medarbejdere, der ellers tager sig af sådanne opgaver.

Flere medlemmer ser det som en mulig opgave for REHPA både at indsamle og dele seneste viden om rehabilitering og palliation. Måden kan variere, så REHPA ikke alene videndeler gennem rapporter, men også gennem konferencer, temadage, oplæg, nyhedsbrev ol. REHPA kan sætte fanen højt – bl.a. med fokus på anbefalinger og forpligtelser – og det foreslås, at REHPA fx kan videndele ved at besøge kommuner, som ikke har specialisterne.

REHPA som dialogpartner

Advisory Board ser systematisk og kontinuerlig dialog med alle relevante faglige miljøer - sygeplejersker, læger, psykologer, terapeuter - som nødvendigt for REHPA for at løfte sin opgave.

Løbende kontakt med miljøerne er med andre ord nødvendigt for, at REHPA kan repræsentere dem bredt og være med til at skabe kontinuitet, så det faglige fokus og den ønskede retning fastholdes, og felterne ikke udvikles i tilfældig retning. Samarbejde og kendskab til hinandens fagområder er nøglen til at løse opgaven, eksempelvis i relation til at udvikle minimumsstandarder og anbefalinger.

Dialog og samarbejde er grundlaget for at skabe ensartede rammer for borgerne, så de alle får tilbudt muligheder for rehabilitering og palliation efter behov - uanset om man kommer ind via det kommunale system eller via praktiserende læge.

Udvikling og eksekvering af *temakonferencer* om netop *systemets siloer* blev endvidere foreslået som en måde at anerkende og udvikle de overlap, der findes i systemet. Konferencer kan bringe de større grupper inden for rehabilitering og palliation sammen med henblik på at identificere og konkretisere samarbejdstemaer. Ved at mødes på konferencer kan man tage ved lære af hinanden, koble og perspektivere felterne og derved anskue dem som aspekter i ét samlet forløb – et tema Advisory Board finder vigtigt løbende at tage op. REHPA spiller her en central rolle ved som dialogpartner at støtte og samle feltet, så udviklingen sker i samspil gennem tæt og systematisk samarbejde.

REHPA som formidlings- og netværkspartner

I relation til REHPA's rolle som dialogpartner var der blandt medlemmerne også ønske om, at REHPA er en formidlings- og netværkspartner på øget kommunalt fokus og det nære sundhedsvæsen. Det blev foreslået, at REHPA kan bidrage med at samle og sprede viden om kommunale indsatser og etablere og/eller deltage i kommunale netværk. Netværksarbejdet kan med fordel sætte lys på erfaringer om og udvikling af indsatser vedrørende rehabilitering og palliation og også gerne på uddannelses- og kvalitetsudviklings spørgsmål. Formålet skal være at inspirere og understøtte implementering af aktuelle tilbud og evt. danne grundlag for en mere ensartet dataindsamling i kommunerne samt mere generelt at skabe overblik over, hvad der rør sig på feltet. Herudover blev det nævnt, at REHPA kan bidrage til formidling og samarbejde med kommunerne gennem afholdelse af temamøder på tværs af kommuner, men også decentralt i kommuner, for forskellige faggrupper og organiseringer.

Vestergade 17
5800 Nyborg
21 81 10 11
rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

 www.facebook.com/videncenterrehpa

 www.twitter.com/rehpa_dk

 www.linkedin.com/company/3306677