

Samen DEDICATED verhuizen

Een handreiking voor het samenwerken bij een verhuizing voor mensen met dementie van thuis naar een verpleeghuis



Inleiding

Waarom is interprofessionele samenwerking tijdens een verhuizing belangrijk?

Dementie is een verzamelnaam voor symptomen en verschijnselen die worden veroorzaakt door het achteruitgaan of afsterven van zenuwcellen. Hierdoor ervaren mensen met dementie problemen op minstens twee cognitieve domeinen (het geheugen, de uitvoerende functies, het zien en verwerken van een waarneming in de ruimte, de taalfuncties en de persoonlijkheid en het gedrag) en kunnen ze moeilijk zelfstandig dagelijkse activiteiten uitvoeren. Daarnaast is dementie een ongeneeslijke ziekte met een onzekere prognose, waarbij de gemiddelde levensverwachting kan variëren van 3 tot 12 jaar. Daarom is het belangrijk om na de diagnose van dementie te denken aan *palliatieve zorg*. Het doel van palliatieve zorg is om de kwaliteit van leven te verbeteren door het voorkomen en verlichten van lijden middels het vroegtijdig herkennen, beoordelen en behandelen van de behoeftes of problemen die zich kunnen voordoen op vier dimensies (fysiek, sociaal, psychisch en spiritueel). Aangezien palliatieve zorg met een holistische blik (vier dimensies) kijkt naar de persoon met dementie, is de samenwerking tussen diverse zorgprofessionals (vanuit diverse vakgebieden) onderling, maar ook met mensen met dementie, naasten (d.w.z. bloedverwanten, partners, aanverwanten of/en geadopteerden) en informele zorgverleners (d.w.z. naasten, kennissen, vrienden, buurtbewoners of/en vrijwilligers) belangrijk voor het behouden en verbeteren van de kwaliteit van leven. We noemen dit *interprofessionele samenwerking*.

Interprofessionele samenwerking in de dementiezorg is belangrijk binnen zorgsettingen maar ook tijdens de overgangen tussen zorgsettingen. Aangezien ongeveer 90% van de mensen met dementie overlijdt in een verpleeghuis, is de interprofessionele samenwerking bij verhuizingen naar een verpleeghuis een aandachtspunt. Uit verschillende studies blijkt dat een verhuizing naar een verpleeghuis vaak nog onbedoeld niet prettig verloopt, doordat bijvoorbeeld de wensen en voorkeuren van mensen met dementie niet vroegtijdig zijn bevraagd en/of nageleefd. Dit kan negatieve effecten hebben op bijvoorbeeld de cognitie, het gedrag, het mentaal welbevinden, het functioneren, en de algehele kwaliteit van leven van de bewoner. Daarnaast komen crisis verhuizingen naar het verpleeghuis in de dementiezorg ook voor doordat men tot op het laatste moment wacht met het regelen van een verhuizing, de verhuizing wordt uitgesteld of doordat er zich een acute gebeurtenis (zoals een ziekenhuisopname) voordoet. Alhoewel het vooruitkijken op een verhuizing cruciaal is, vinden sommige mensen met dementie, naasten en/of informele zorgverleners het moeilijk vinden om vroegtijdig in gesprek te gaan over een verhuizing als ze daar nog geen behoefte aan hebben of het op dat moment niet willen, maar geven vervolgens achteraf na de verhuizing aan dat het wel handiger was geweest om eerder in gesprek te gaan over het verhuizen. Daarom is het van groot belang dat zorgprofessionals betrokken bij mensen met dementie adviezen en tips geven om vooruitziend en persoonsgericht te werken en hierbij de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners zoveel mogelijk en tijdig bij een verhuizing betrekken.

Waar gaat deze handreiking over?

De handreiking bestaat uit een centraal thema *‘Samenwerken met aandacht voor de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners bij een verhuizing’* en beschrijft drie stappen in de verhuizing die gelijk lopen aan de fases van de verhuizing:

1. Samen thuis vooruitkijken (fase voor de verhuizing)
2. Samen een warm welkom voorbereiden (fase tijdens de verhuizing)
3. Samen een thuisgevoel creëren (fase na de verhuizing)

Wat is het doel van deze handreiking?

Het doel van de handreiking is om handvatten te bieden in de gehele verhuizing (voor, tijdens en na de verhuizing) aan zorgprofessionals die werken met mensen met dementie om samen met elkaar, mensen met dementie en hun naasten vooruitziend toe te werken naar een persoonsgerichte en warme verhuizing. De handreiking is een adviesdocument voor de betrokken zorgprofessionals om na te gaan of ze alle essentiële stappen in de verhuizing hebben doorlopen en alle belangrijke (gespreks-)onderwerpen per stap hebben aangekaart. Daarnaast vergroot de handreiking de bewustwording van interprofessioneel samenwerken tijdens een verhuizing. Aangezien de (gespreks-)onderwerpen van de kernstappen algemeen beschreven zijn, kan deze handreiking kan eventueel ook worden toegepast voor een verhuizing naar andere woonvormen zoals het hospice, het zorgappartement, het verzorgingshuis en de zorgboederij.

* = Cliëntadviseur wordt (afhankelijk van de regio en zorgorganisatie) ook wel zorgtrajectbegeleider, klantadviseur of zorgbemiddelaar genoemd

Overzicht stappen *Samen DEDICATED verhuizen* van thuis naar een verpleeghuis voor mensen met dementie





Centraal thema: Samenwerken met aandacht voor de persoon met dementie, naasten of/en informele zorgverleners (zowel thuis, tijdens de verhuizing als in het verpleeghuis)

Hierbij is het belangrijk dat de betrokken zorgprofessional voor, tijdens en na de verhuizing:

- *Begrip toont voor de gezondheidssituatie, het dementieproces en de palliatieve zorg benadering door o.a. uitleg te geven hierover aan de persoon met dementie naasten en/of informele zorgverleners en op een persoonsgerichte wijze om te gaan met de persoon met dementie*
- *Uitgaat van de wensen en voorkeuren van de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners in het zorgproces, het kiezen van een verpleeghuis en het bieden van levenseindezorg*
- *Naasten en/of informele zorgverleners actief betreft in het vertegenwoordigen van de wensen en voorkeuren van de persoon met dementie (indien naasten en/of informele zorgverleners hiertoe bereidwillig zijn)*
- *Naasten en/of informele zorgverleners bevraagt over welke rol in het zorgproces ze graag willen spelen (verwachtingsmanagement) en hoe de betrokken zorgprofessionals hen hierin kunnen ondersteunen*
- *Naasten en/of informele zorgverleners (indien de naasten en/of informele zorgverleners hiertoe bereidwillig zijn) en mensen met dementie (in hoeverre dat mogelijk is en ze hiertoe bereidwillig zijn) vragen om hun perspectief en mening te geven en deze mee te nemen om te komen tot een gezamenlijke besluitvorming*

Stappen Samen DEDICATED verhuizen



Direct betrokken zorgprofessionals in het verpleeghuis

Verzorgenden/Verpleegkundige

Paramedici (ergotherapeut, logopedist, fysiotherapeut en/of diëtiste)

Geestelijke verzorger

Vaktherapeuten (muziektherapeut, dramatherapeut, psychomotorische therapeut en/of beeldende therapeut)

Specialist ouderengeneeskunde

- *Schenk aandacht aan de gewenningsfase (voer de gesprekken 2 weken na de verhuizing)*
 - Ga als EVV'er in gesprek met de bewoner over hoe zij/hij de verhuizing en het wonen in het verpleeghuis heeft ervaren
 - Denk hierbij aan de volgende vragen:
 - Gevoel of de bewoner zich thuis voelt in het verpleeghuis
 - Ervaring van de bewoner over deelname aan de (sociale) activiteiten in het verpleeghuis
 - Houd als EVV'er veranderingen in de gaten die optreden bij de bewoner.
Denk hierbij bijvoorbeeld aan het volgende:
 - Gedragsveranderingen
 - Veranderingen in dagelijkse patronen/activiteiten
 - Veranderingen in eetpatronen of eetvoorkeuren
 - Ga als EVV'er in gesprek met de naasten en/of informele zorgverleners over hoe zij de verhuizing en de betrokkenheid in het verpleeghuis hebben verhuizen
 - Denk hierbij aan de volgende vragen:

- Hoe voelt u zich na de verhuizing van uw naaste?
 - Hoe ervaart u uw betrokkenheid in het verpleeghuis?
- Houd als EVV'er veranderingen in de gaten die zich voordoen bij de mantelzorger(s)
 - Rol of betrokkenheid in het zorgproces
 - Emotionele gezondheid
 - Tevredenheid omtrent het zorgproces
- Ga als EVV'er in gesprek met het centraal aanspreekpunt uit de eerste lijn
 - Denk hierbij aan de volgende vragen:
 - Heeft u na de verhuizing nog contact gehad met de bewoner en naasten? Zo ja, hoe vaak en zijn er uit deze gesprekken actiepunten/veranderpunten in de zorg naar voren gekomen voor ons?
 - Merkt u een gedragsverandering bij de bewoner? Zo ja, welke en hoe kunnen we volgens u hier het beste mee omgaan?
- *Denk aan de persoon met dementie ('holistische zorg')*
 - Bespreek met de betrokken zorgverleners, naasten en/of informele zorgverleners en bewoner (indien hij of zij dit wilt en kan) regelmatig (tijdens wekelijkse visites, gedragsvisites en MDO's) de verschillende gezondheidsdomeinen
 - Denk hierbij aan de volgende domeinen: Woon- en leefomstandigheden (thuisgevoel, veiligheid, dagritme en bewegingsmogelijkheden), Participatie (dagbesteding, sociaal leven en contact met de samenleving), Mentaal welbevinden en autonomie (identiteit en levensinvulling, stemming en respect) en Lichamelijk welbevinden en gezondheid (o.a. voeding en vocht, rust en beweging, gezondheidsrisico's, mobiliteit en lichamelijke verzorging.)
 - Integreer de verschillende perspectieven van de betrokken zorgverleners
 - Betrek hierbij ook de geestelijke verzorger, activiteitenbegeleider en overige paramedici indien nodig
 - Geef als betrokken zorgverlener in het verpleeghuis duidelijk aan wat je hebt geconstateerd bij de bewoner, welk leefdomein het betreft dat exact verbeterd moet worden en op welke wijze (met medicatie of via niet-farmacologische interventies) het verbeterd kan worden
 - Beoog als gespreksleider tijdens de overleggen de verschillende perspectieven te integreren en tot een gebalanceerd besluit te komen
 - Schrijf als notulist (meestal EVV'er) tijdens de overleggen de verschillende perspectieven op, documenteer het eindbesluit en noteer de (gewijzigde/aangepaste) actiepunten (en vermeld hierbij welke zorgverlener zorg hiervoor draagt)

- Zorg ervoor dat de bewoner zich thuis voelt in het verpleeghuis. Denk hierbij o.a. aan de volgende factoren:
 - Psychologische factoren (gevoel van erkenning, behouden van gewoontes (zoals rekening houden met persoonlijke voorkeuren bij eten en drinken) en waarden, behouden van autonomie en controle en omgang/copingstijl met/van de verhuizing)
 - Sociale factoren (interactie en relatie met zorgprofessionals, interactie met andere bewoners, interactie met familie en vrienden/kennissen, interactie met (huis)dieren en uitvoering van activiteiten)
 - Omgevingsfactoren (beschikbaarheid van een privéruimte, indeling van de publieke ruimte, meenemen van persoonlijke spullen, gebruik van technologische hulpmiddelen (zoals een alarmknop), denken aan interieur en mogelijkheid om naar buiten te gaan).
- Betrek de naasten of/en informele zorgverleners
 - Neem als EVV'er hierbij het perspectief van de naasten of/en informele zorgverleners mee om na te gaan of de naasten of/en informele zorgverleners dezelfde veranderingen constateren en/of ook nieuwe veranderingen hebben geïdentificeerd
 - Vraag als EVV'er naar de mening van de naasten of/en informele zorgverleners omtrent de (gewijzigde/aangepaste) actiepunten en koppel hun mening terug naar de betrokken zorgverleners
 - Zorg ervoor dat naasten/of informele zorgverleners zich betrokken en onderdeel voelen van het verpleeghuis (indien zij dit wensen). Denk hierbij o.a. aan het volgende:
 - Schenk aandacht aan hun copingstijl voor het verwerken van de verhuizing en het krijgen van een andere rol in het verpleeghuis (t.o.v. thuis)
 - Vraag aan naasten en/of informele zorgverleners wat de bewoner wenst om te eten en drinken (indien de bewoner dit zelf niet meer kan aangeven)
 - Neem hun stem mee in het inrichten van de kamer
 - Vraag of ze betrokken willen worden om deel te nemen aan activiteiten (binnen of buiten) samen met de bewoner
 - Vraag naasten en/of informele zorgverleners of ze betrokken willen zijn in de zorg of andere zaken (zoals haren kammen van de bewoner)
 - Vraag aan de naasten en/of informele zorgverlener hoe zij autonomie en controle ervaren in de zorg voor en het leven van de bewoner
- Voer regelmatig gesprekken over proactieve zorgplanning
 - Neem hierbij de wensen en voorkeuren van de bewoner, naasten of/en informele zorgverleners in acht (deze staan te allen tijde centraal)

- Bespreek onderling als zorgverlener wie het voortouw neemt om gesprekken (over vroegtijdige zorgplanning) te voeren met de bewoner en mantelzorger(s).
 - Denk hierbij dat de EVV'er deze rol als gesprekspartner kan vervullen omdat hij of zij met de toekomstige bewoner en mantelzorger(s) al een relatie/vertrouwensband heeft opgebouwd
 - Denk hierbij dat de SO, naast dat de EVV'er de gesprekken voert, ook gesprekken voert met de bewoner en familie omtrent vroegtijdige zorgplanning. Het is belangrijk dat zowel input verzameld door de EVV'er, SO en andere disciplines die ook gesprekken voeren met de cliënt omtrent vroegtijdige zorgplanning gezamenlijk wordt besproken.
 - De gesprekspartner zal van deze gesprekken ook een update geven aan de overige betrokken zorgverleners
- Respecteer hierbij ook de bereidwilligheid van de bewoner, naasten of/en informele zorgverleners
 - Vraag als gesprekspartner aan de bewoner en mantelzorger(s) of ze over de toekomst willen praten en respecteer hun mening als ze dat liever niet wensen. Leg in dit laatste geval wel uit wat de meerwaarde is van het tijdig bespreken van wensen voor de toekomst.
- Integreer de verschillende perspectieven van alle betrokken partijen
 - Bespreek als betrokken zorgverlener de wensen en voorkeuren van de bewoner, naasten of/en informele zorgverleners omtrent proactieve zorgplanning met de overige betrokken zorgverleners en denk gezamenlijk na hoe de toekomstige zorg vorm kan worden gegeven. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het volgende:
 - Medicatie of niet-farmacologische interventies
 - Actiepunten/behandeldoelen beschreven in het zorgleefplan en betrokkenheid van kerndisciplines
 - Opslag en op de hoogte brengen van wilsverklaringen en behandelbesluiten
 - Vastleggen en doorgeven van beslissingen omtrent reanimatie, ziekenhuisopname, voeding en vocht etc.
 - Voorbereiding voor het stervensproces (op het moment dat de bewoner de terminale/stervensfase ingaat. U kunt hiervoor bijvoorbeeld de procedure warm afscheid die is beschreven door zorgorganisatie Vivantes gebruiken (zie bijlage 1).
- *Plan regelmatig reflectie/evaluatie momenten in met betrokken zorgverleners, de bewoner, naasten of/en informele zorgverleners (voer de gesprekken 3-6 weken na de verhuizing)*

- Met regelmatig bedoelen wij één keer in de maand tijdens arts-, gedrags-/omgangsvisites en familiegesprekken en na elk MDO-overleg, maar is daarnaast wel afhankelijk van de gebeurtenissen of persoonlijke wensen zoals bijvoorbeeld het eerder of frequenter willen evalueren.
- Evalueer onderling als zorgverlener het proces 'samen beslissen' omtrent het verlenen van holistische zorg en bespreken van toekomstwensen. Bespreek hierbij o.a. het volgende:
 - Wordt mijn expertise en advies meegenomen in het nemen van beslissingen?
 - Zitten wij allemaal op één lijn als wij beslissingen nemen?
 - Worden de afspraken/adviezen die gemaakt of gegeven worden ook nagekomen? Zo nee, wat is de oorzaak hiervan en hoe kunnen we het nakomen van de afspraken/opvolgen van de adviezen verbeteren?
 - Gaan wij als betrokken zorgverleners op dezelfde manier om met de bewoner zoals die dat wenst? Zo nee, waar wat is de oorzaak hiervan en hoe kunnen we ervoor zorgen dat we een uniforme benadering toepassen hierbij?
 - Faciliteren wij betekenisvolle activiteiten voor de bewoner? Zo nee, wat is de oorzaak hiervan en hoe kunnen we dit vanaf nu wel doen?
 - Wat zouden wij in de samenwerking met elkaar kunnen verbeteren en hoe kunnen wij die verbetering bewerkstelligen? Documenteer deze verbeterpunten en kom erop terug tijdens het volgend reflectie moment.
- Evalueer als EVV'er van de bewoner, naasten of/en informele zorgverleners de samenwerking met elkaar en het zorgproces. Bespreek hierbij o.a. het volgende:
 - Voelt u zich gehoord?
 - Heeft u het gevoel dat wij uw wensen en voorkeuren in acht nemen?
 - Voelt u dat uw geliefde op de juiste plek zit? Zo nee, waardoor komt het en wat kunnen wij hieraan doen?
 - Wat zouden wij in de samenwerking met u kunnen verbeteren en op welke manier ziet u dat voor zich? Documenteer deze verbeterpunten en kom erop terug tijdens het volgend reflectie moment.

Bijlage 1. Procedure warm afscheid (Vivantes)

Wij vinden het belangrijk dat de laatste levensfase, ongeacht hoe lang die duurt, naar wens van de bewoner en de mantelzorger verloopt. Net zoals bij het warm welkom willen we de mantelzorger ook actief betrekken, zeker als de bewoner zelf niet meer in staat is om zijn of haar wensen te uiten.

Tijdens elk MDO wordt door de arts het reanimatiebeleid besproken. Dit is een gelegenheid voor de EVV-er om kort het stukje palliatieve fase en de invulling daarvan te bespreken. De bewoner en/of mantelzorger kunnen hier dan over nadenken en op een later moment op terugkomen. In principe zal de EVV-er dat oppakken, maar natuurlijk kunnen andere collega's ook dit gesprek voeren. Tijdens dat gesprek krijgt bewoner en/of mantelzorger uitgebreid informatie over de mogelijkheden binnen de Aelserhof. Een greep hieruit: het waken van familieleden, de waakkoffer/troostkoffer, aromatherapie, een praatje met geestelijke verzorger, vrijwilligers palliatieve zorg, lantaarns bij de deur, realiseren laatste wens, opbaring en een laatste groet bij de uitgeleide. Uiteraard kunnen bewoners zelf ook specifieke wensen uiten.

De invulling en de wensen met betrekking tot de laatste fase worden gerapporteerd in het zorgplan en de levensdomeinen. De wensen kunnen in een eerder stadium al kenbaar zijn gemaakt, maar kunnen veranderen tijdens de laatste fase. Belangrijk is om elke keer opnieuw te rapporteren in het zorgplan en de levensdomeinen.

Als de laatste fase is aangebroken wordt er bij bewoner en mantelzorger gecheckt of de invulling van deze fase nog aansluiten bij de wensen. In deze fase is het belangrijk om mantelzorger en familie goed te blijven informeren en te ondersteunen waar nodig. Dit kan zijn het aanbieden van koffie en thee of een boterham of de mogelijkheid bespreken van waken en de brandende kaarsjes in de lantaarns bij de deur. Het is vooral goed luisteren en observeren naar de behoeften van bewoner, mantelzorger en familie. In deze fase is het ook van belang om andere collega's binnen Aelserhof te informeren over het verwacht overlijden zodat bijvoorbeeld zorgondersteuners niet zomaar naar binnen komen lopen.

Als de bewoner is overleden wordt een roos aan de deur gehangen en lantaarns met brandende kaarsen bij de deur geplaatst. Dit blijft totdat de bewoner Aelserhof verlaat. Mantelzorger en familie hebben de mogelijkheid om samen met zorgmedewerker de bewoner te verzorgen. Op de afdeling is een herdenkingsplekje gecreëerd, waar bij overlijden van bewoner, een kaarsje wordt gebrand, een roos staat en bij goedvinden van familie een overlijdensbericht wordt geplaatst. Op verzoek van bewoner, mantelzorger en familie kan de bewoner in Aelserhof worden opgebaard op hun eigen kamer. Naasten mogen bewoner komen bezoeken hoe vaak ze willen. Bij officiële momenten van afscheid zijn naasten aanwezig om dit te begeleiden. Zoals we bewoner verwelkomen bij binnenkomst in Aelserhof, kunnen bij het verlaten van Aelserhof een erehaag vormen als laatste groet.

Palliatieve fase:

1. Tijdens het MDO vragen of de bewoner en/of familie heeft nagedacht over palliatieve zorg, terminale zorg en nazorg bij overlijden. Een levensfase gesprek aanbieden en de wensen die daar uit voort komen vastleggen in de levensdomeinen. Dit kan gekoppeld worden aan de vraag van arts naar beleid.
Handvaten voor levensfase gesprek zijn te vinden in map palliatieve zorg.
2. Inzetten van een vrijwilligster palliatieve zorg wanneer een bewoner achteruit gaat, niet pas de laatste dagen.
3. Wanneer de bewoners in de terminale fasen verkeerd zal de zorgmedewerker een mailtje sturen naar alle disciplines ter info.
4. Tijdens het waken worden lantaarns bij de deur gezet zodat voor iedereen duidelijk is dat een bewoners terminaal is en gewaakt wordt. Het waakkoffer/troostkoffer aanbieden en informeren of de behoefte bestaat om de geestelijk verzorger te benaderen. Alle benodigdheden zoals lantaarns en waakkoffer staan op kast bij de receptie. Procedure warm afscheid en aandachtspunten voor levensfase gesprek zijn te vinden in map palliatieve zorg en in afscheid box, die ook op kast receptie staat.

Bij overlijden:

5. Wanneer de behoefte bestaat kan familie samen met zorg medewerkers de overledene verzorgen. Luisterend oor en nazorg aan familie bieden.
6. Bij overleden bewoner komt een roos aan de deur te hangen. Wanneer de bewoner op de kamer is opgebaard blijven de lantaarns bij de deur staan totdat de bewoner naar buiten begeleid wordt. Op de afdeling is een herdenkingsplekje waar bij overlijden van bewoner het kaarsje wordt aangemaakt en een condoleance wordt geplaatst. Kaars blijft branden tot na de begrafenis of crematie. Na de crematie of begrafenis wordt het bidprentje in glazen kast in de zaal gezet. Op verpleegafdeling wordt het bidprentje op daarvoor bestemd plankje in huiskamer B kant gezet.
7. Familie ontvangt een condoleance kaart (standaard kaart van Vivantes) met een persoonlijk gedicht. Daarnaast wordt met de hand een geschreven steunbetuiging op de kaart gezet. De zorgmedewerker verzorgd deze kaart en stuurt deze naar het huisadres van de eerste contactpersoon.
8. Verzorgende zal plaid met bloem overhandigen aan begrafenisondernemer om over de baar heen te leggen bij het verlaten van het huis. Indien bewoner op kamer wordt opgebaard kan de plaid met bloem op het bed gelegd worden.
9. Wanneer de bewoner wordt opgehaald door uitvaartmaatschappij zal de verzorgmedewerker tijdig laten weten aan alle collega's in huis hoe laat de bewoner het huis zal verlaten. Dan wordt beneden in de hal een erehaag gevormd als laatste groet. Bewoner wordt door de voordeur naar buiten begeleid.

Nazorg:

10. Familie informeren over mogelijkheid afsluitend gesprek met arts en/of zorg medewerker. Bij positieve afsluiting vragen om een recensie op zorgkaart Nederland te plaatsen, informeren over Adieu.
11. Wanneer een bewoner overlijdt wordt een aantekening gemaakt in de agenda dat 6 weken na overlijden de familie wordt gebeld. Een zorgmedewerker neemt contact op met familie om te informeren hoe het gaat en hoe de zorg in Aelserhof ervaren is. Hiervan wordt een verslag gemaakt in het dossier van de desbetreffende bewoner. Aandacht functionarissen palliatieve zorg bekijken iedere 3 maanden de evaluaties en inventariseren aandachtspunten. Deze aandachtspunten worden besproken in de teamoverleggen. Als je merkt dat er behoefte aan nazorg is kan je familie informeren over de mogelijkheid om contact op te nemen met het centrum voor levensvragen.

levensvragen@zuyderland.nl

