



3

Ontwikkeling kwaliteitskader voor de spoedzorg

5

Fantoompijn: pijn aan een lichaamsdeel dat er niet meer is

7

ZiROP oefening 'Paasvuur' in Meander Medisch Centrum

9

Huisartsen voorbereid op crisis

Een terreurdaad! En dan?

Er vindt een terreurdaad plaats. Dan weten we precies wat ons te doen staat. Maar weten we wie dan betrokken zijn bij de opvang van slachtoffers? Wat zij doen? Wat zij belangrijk vinden? En wat zij nodig hebben om hun werk goed te doen? Het vermoeden bestond dat dit niet altijd duidelijk is en dat we nog veel van elkaar kunnen leren.



Een grote groep vertegenwoordigers van uiteenlopende organisaties ging daarom met elkaar in gesprek. Naast de 'usual suspects' uit de witte kolom namen ook vertegenwoordigers van onder andere politie en justitie, RIVM en Slachtofferhulp deel.

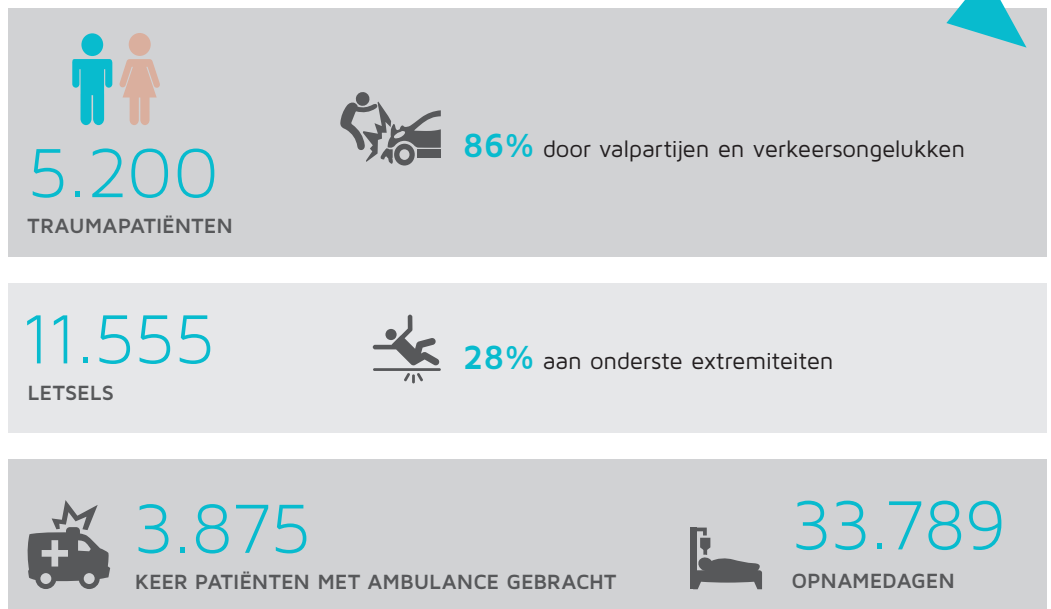
Onder leiding van Wouter Jong van het Genootschap van Burgemeesters werden de aanwezigen bevroegd en geconfronteerd met wensen en behoeften van 'de andere kant'. Dat leidde tot beter inzicht in ieders werk en hun bijdrage aan het beperken van het leed. Ook kwamen risico's en aandachtspunten aan de orde. Door deze vanuit de verschillende disciplines te benoemen werd duidelijk dat de belangen soms tegenstrijdig zijn, óók als de opvang en behandeling van slachtoffers centraal staat. (LVS)

TRAUMAZORG

Traumaregistratie 2015 afgerond

De traumaregistratie van 2015 van de regio Midden-Nederland is afgerond. Na een laatste controle zijn de data van de zes SEH's aangeboden aan de Landelijke Trauma Registratie. Later dit jaar verschijnt het jaarbeeld 2015 met een overzicht van de gegevens van onze regio.

GEREGISTREERD IN 2015:



Ontwikkeling kwaliteitskader voor de spoedzorg

Het Zorginstituut houdt zich sinds 2014 bezig met de vaststelling van kwaliteitsindicatoren en een kwaliteitskader. De indicatoren zijn vastgesteld, nu ligt de focus op de ontwikkeling van een kwaliteitskader voor de gehele spoedzorg.

Eind 2015 verscheen het rapport 'Spoed moet goed: indicatoren en normen voor zes spoedzorgindicaties'. Hierin staan de vastgestelde kwaliteitsindicatoren voor zes (complexe) spoedzorgindicaties: heupfractuur, gescheurde buikslagader, acuut hartinfarct, beroerte, multitrauma en geboortezorg. Ze hebben betrekking op de zorg die in het ziekenhuis wordt verleend en zijn vooral van belang voor de kwaliteit vanaf het moment dat de diagnose is vastgesteld.

KWALITEITSKADER VOOR GEHELE SPOEDZORG

De zes indicaties vormen slechts een klein deel (10%) van de totale vraag naar spoedzorg. Het te ontwikkelen kwaliteitskader omvat de hele spoedzorgketen, vanaf het moment dat een patiënt de eerste (ingangs)klachten krijgt. De keten start immers niet bij een diagnose, maar bij de eerste klacht van de patiënt. Samenwerking tussen ketenpartners en een goede

overdracht zijn noodzakelijk om deze patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats de juiste zorg te geven.

DOEL KWALITEITSKADER

De bij de spoedzorg betrokken veldpartijen onderstrepen allemaal het belang van het gezamenlijk opstellen van het kwaliteitskader. Het kader moet een beschrijving geven van de landelijke normen, randvoorwaarden en aanbevelingen voor goede kwaliteit van de gehele spoedzorg. De verschillende ROAZ-regio's kunnen dit kader gebruiken om regionale afspraken te maken die bijdragen aan de kwaliteit van de spoedzorg. De patiënt staat centraal in het kwaliteitskader, dat vanuit de inhoud wordt opgesteld. De betrokkenheid van patiënten en professionals is hiervoor belangrijk. Om tot het kader te komen is het de bedoeling dat zorgverleners in de acute zorgketen met betrokkenheid van de patiënt en zorgverzekeraars het pad van de patiënt, de patient journey, beschrijven. Alle elf ROAZ-regio's krijgen de opdracht om dit najaar twee patient journeys uit werken. De uitkomsten van hiervan vormen het uitgangspunt voor het kader. Vertegenwoordigers van de landelijke organisaties die een rol spelen in de acute zorg zijn betrokken bij de vorming van het uiteindelijke kwaliteitskader. Begin 2017 moet deze klaar zijn.



Uit de traumaregistratie Midden-Nederland: amputaties

2011-2015:

120 patiënten met amputatieletsel.

Dat is minder dan 0,5% van alle opgevangen traumapatiënten.



86%



14%



55% van de ongevallen vonden plaats in **privé situaties**.

Bij 32% was sprake van een **bedrijfsongeval**.

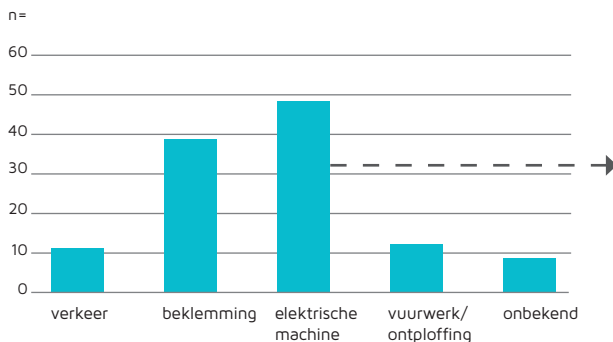
opvang



58% Traumacentrum

42% Algemene ziekenhuizen

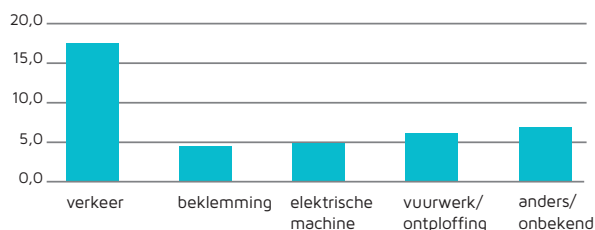
ONGEVALSMECHANISME



37% grasmaaier
18% zaagmachine

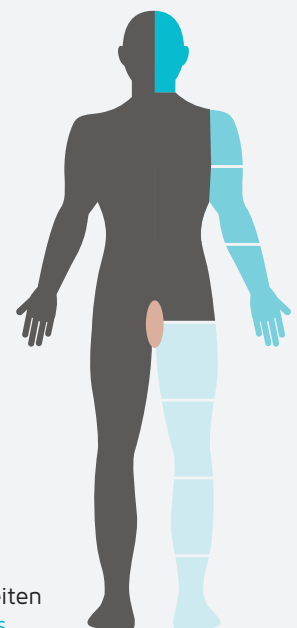
5% van de patiënten was **ernstig gewond (ISS≥16)**.

GEMIDDELDE ISS PER ONGEVALSMECHANISME



Meestal was sprake van enkelvoudig letsel. Patiënten met amputatieletsel als gevolg van een verkeersongeval hadden veelal meervoudig letsel. Hierdoor is de gemiddelde ISS bij verkeer hoger.

- hoofd/nek 2%
- bovenste extremiteiten 87%
- genitalliën 3%
- onderste extremiteiten 9%



90% van de bovenste extremiteiten zijn amputaties van **vingers**.

Fantoompijn: pijn aan een lichaamsdeel dat er niet meer is

“Je kunt ver komen met een amputatie.” Met deze woorden opende traumachirurg-intensivist Joost Meijer de eerste ketenavond van 2016. Hij refereerde aan snowboardster Bibian Mentel die na een (oncologische) beenamputatie goud won op de paralympische winterspelen van 2014. De ketenavond stond in het teken van traumatische amputaties en de gevolgen daarvan voor de patiënt.

Na opvang volgens de ATLS-principes en eerste diagnostiek staat het behandelend team bij slachtoffers met een zeer ernstig extremitetenletsel voor de keuze: reconstrueren of amputeren. Als reconstructie niet mogelijk is, blijft amputatie als enige optie over. Als na een reconstructie de functionele extremiteit niet behouden kan worden, volgt vaak als nog een amputatie.

van de patiënten te maken met post-amputatiepijn (ook wel fantoompijn genoemd). Ze hebben pijn aan een lichaamsdeel dat er niet meer is. De precieze oorzaak van fantoompijn is onbekend, maar een veranderde functie in de hersenen speelt hierbij een rol. De grootste risicofactoren voor fantoompijn zijn amputaties van de onderste ledematen en dubbelzijdige amputaties.

© Foto: Michael Brouwers



Fantoompijn kan medicamenteus behandeld worden met paracetamol, NSAIDs of opiaten. Ook regionale pijnbestrijding is mogelijk, via epidurale, regionale of lokale catheters.

Fantoompijn kan ook niet-medicamenteus behandeld worden. Zo wordt in het revalidatietraject veel gebruik gemaakt van fysiotherapie, ergotherapie en psychologische begeleiding. Daarnaast zijn er nog twee therapieën die niet bewezen succesvol zijn, maar soms wel werken: Transcutane Electro Neuro Stimulatie (TENS) en spiegeltherapie.

Bij veel mensen is de fantoompijn na een jaar weg. De pijn kan ook veel langer duren. Het ontbreken van de precieze oorzaak maakt post-amputatiepijn tot een complex en multifactorieel probleem waarbij een multidisciplinaire gespecialiseerde aanpak noodzakelijk is. (MvV)

Behouden wat kan. Dat is het motto bij amputatie. De hoogte van de amputatie heeft invloed op de revalidatie: hoe hoger de amputatie, hoe minder optimaal het gebruik van de prothese. Na een amputatie krijgt 75%

St. Antonius Nieuwegein opent CBRN decontaminatiestraat

Vanaf 2009 bereidt de traumazorgregio Midden-Nederland zich voor op de opvang van chemisch, biologisch, radiologisch en nucleair (CBRN) besmette slachtoffers. In 2014 nam het Calamiteitenhospitaal een decontaminatietent in gebruik. Nu kunnen besmette patiënten ook terecht in het St. Antonius ziekenhuis in Nieuwegein. Daar werd op 1 maart jl. een gloednieuwe CBRN decontaminatiestraat feestelijk geopend.

© Foto: Arnold van Dam



Danny van Basten verricht de openingshandeling

Het St. Antonius ziekenhuis greep de recente verbouwing van de Spoedeisende Hulp aan om de CBRN voorzieningen in te richten. De nieuwe decontaminatiestraat maakt deel uit van een vooruitstrevend opleidingsconcept om de opvang van besmette slachtoffers te trainen en beoefenen.

BRONZE, SILVER EN GOLD

Het opleidingsconcept van het St. Antonius ziekenhuis gaat uit van de in Engeland toegepaste levelindeling

'bronze', 'silver' en 'gold'. Na het volgen van een op maat gemaakte instructievideo CBRN decontaminatie en een demonstratie in de CBRN decontaminatiestraat heeft men het niveau 'bronze' bereikt en is men in staat te ondersteunen bij de ontsmetting van een slachtoffer. Als aanvullend een instructie met het aan- en uitkleedprotocol en training door IMG Europe is gevolgd, beschikt men over de competentie om een slachtoffer te mogen decontamineren ('silver'). Als daar-

naast de Advanced HAZMAT (Hazardous Material) opleiding is gevolgd, heeft men het level 'gold' behaald.

FEESTELIJKE OPENING

SEH-verpleegkundige en CBRN-aandachtsfunctionaris Danny van Basten mocht de openingshandeling verrichten. Van Basten neemt deel aan de regionale projectgroep CBRN, die het decontaminatiebeleid vormgeeft in overleg met de overige regionale ziekenhuizen en ketenpartners.(MvN)

ZiROP oefening 'Paasvuur' in Meander Medisch Centrum

Amersfoort - Een zware explosie tijdens een publieksevenement zorgt voor paniek onder bezoekers. Er vallen acht doden, veertig zwaargewonden en ruim honderd lichtgewonden. De Veiligheidsregio schaaft op naar GRIP 3. Het Calamiteiten-hospitaal gaat open voor T1- en T2-slachtoffers. Meander Medisch Centrum activeert het ZiROP en vangt vooral T3-slachtoffers op.

© Foto's: Frank Noordanus



Met dit scenario ging op 9 maart jl. de ZiROP-oefening 'Paasvuur' van start, een realistische oefening met inzet van lotusslachtoffers en van figuranten die verwanten speelden.

VOORBEREIDING

Meander organiseerde de oefening in samenwerking met Crisisplan BV. Vanuit de

overtuiging dat het grootste leerrendement te behalen is in de voorbereiding op de oefening, is hierbij een werkgroep betrokken met vertegenwoordigers uit alle aan de oefening deelnemende afdelingen. In de voorbereiding werden alle afdelingspecifieke ZiROP-processen opnieuw bekeken, taakkaarten aangepast en afgestemd met

collega-afdelingen. Collega's op de betrokken afdelingen werden opnieuw geïnformeerd en geënthousiasmeerd. De oefening zelf was de spreekwoordelijke 'kers op de taart'.

EVALUATIE

De oefening is succesvol verlopen. Het biedt Meander goede realiseerbare verbeterpunten voor de afstemming en communicatie, eenduidige interpretatie van taakkaarten, registratie en het volgen van slachtoffers. De inzichten verwerken ze het komende jaar bij de actualisatie van het ZiROP. Een real-life oefening geeft door de aanwezigheid van lotusslachtoffers en figuranten een dynamiek in het ziekenhuis die niet na te bootsen is in een tabletop of een andere vorm van training. Van de SEH tot aan het CBT ervoeren medewerkers wat het betekent als de SEH overspoeld wordt door slachtoffers. Ook is oefenervaring opgedaan. Dit creëert bewustzijn en een sense of urgency. Het geeft vertrouwen voor de toekomst. (EB)

CRM training voor verloskunde

De focusgroep Acute Verloskunde is een pilot gestart met Crisis Resource Management (CRM). Elk Verloskundig Samenwerkingsverband in onze regio volgt een training. Deze training richt zich op 'leiderschap en volgzzaamheid'. Het multidisciplinaire team oefent met drie scenario's.

De eerste training is succesvol verlopen. De deelnemers waren na afloop heel enthousiast over de uitgevoerde scenario's. "De training leert om een goede triage te doen en na te denken over de manier waarop je met je team omgaat." Na de pilot besluit de focusgroep of er volgend jaar een vervolg aan gegeven zal worden.(NR)

ACUTE ZORG

Toegankelijkheid acute zorg

Na berichten uit de ziekenhuizen in onze regio over toegenomen drukte bij de SEH's besloot het ROAZ vorig jaar een onderzoek te starten. Is daarvan sprake en waardoor komt dat?

Door meer drukte op de SEH dan normaal, kunnen de mogelijkheden voor opvang van patiënten met een acute zorgvraag beperkt zijn. De SEH's melden dat dan in het Acute Zorgportaal aan elkaar en de RAV's. Dankzij deze real time informatie kunnen zij beter anticiperen op plots toegenomen drukte in de regio. De geregistreerde gegevens zijn tevens bruikbaar voor het onderzoek naar de toegankelijkheid van de acute zorg. Het ROAZ bespreekt de resultaten hiervan op 21 juni. (LVS)

REGIONAAL OVERLEG ACUTE ZORG (ROAZ)

Griep escalatie unit geeft lucht

Van januari tot en met maart liggen in ieder ziekenhuis meer patiënten met griep dan in de rest van het jaar. Er is veel extra capaciteit nodig om deze patiënten op te vangen, waardoor de zorgcontinuïteit onder druk komt te staan. Reden voor de focusgroep Infectieziekten om dit onderwerp nader uit te diepen.

Om continuïteit van zorg te borgen tijdens een griepepidemie richtte het St. Antonius ziekenhuis in 2015 een 'griep escalatie unit' in. De unit biedt plaats aan 14 laagcomplexe longpatiënten en gaat open als het aanbod longpatiënten structureel hoger is dan bestaande afdelingen kunnen opvangen. In 2015 ging de unit voor het eerst open. Door organisatorische problemen moest de unit na twee weken alweer dicht. In 2016 was de unit wel succesvol: van 18 januari tot eind maart lag hij vol. Meer informatie via Ida Vulto, afdelingshoofd Longafdeling: i.vulto@antoniuziekenhuis.nl. (MvV)

Huisartsen voorbereid op crisis

'Crisis!? Ren je weg of pak je aan?' Met die tekst zocht Primair Huisartsenposten namens de huisartsenverenigingen in het werkgebied, eind vorig jaar huisartsen die geïnteresseerd waren om deel te nemen aan een op te richten expertteam in crisisbeheersing. Na selectie uit alle reacties bleven vijf huisartsen over. Zij hebben de eerste trainingen inmiddels achter de rug en zijn vanaf september 2016 operationeel inzetbaar.

Expertteam in crisisbeheersing

De afgelopen jaren hebben huisartsen grote stappen gemaakt in hun voorbereiding op rampen en crises. Er werd een crisis-structuur opgetuigd, een Huisartsen RampenOpvangPlan (HaROP) gemaakt en contactpersonen van iedere huisartsengroep werden getraind in crisisbeheersing. "Maar het systeem is kwetsbaar", zegt Eddy Hilbert, beleidsadviseur bij Primair Huisartsenposten. "Er zijn veel mutaties en de contactpersonen krijgen maar weinig training op beperkt niveau. Stel dat er echt wat gebeurt?"

Om beter voorbereid te zijn, werd in overleg met huisartsenvertegenwoordigers besloten tot de oprichting van een expertteam in crisisbeheersing. De vijf huisartsen in het team worden getraind om zich te ontwikkelen tot inhoudsdeskundige op het gebied van crisisbeheersing. Met hun kennis en ervaring staan ze het lokale crisisteam bij in tijden van nood. Denk bijvoorbeeld aan een ernstige uitbraak van een infectieziekte of een flitsramp waardoor de bedrijfscontinuïteit van de huisartsenpost of huisartsengroep in het geding komt. Primair Huisartsenposten coördineert het scholingsprogramma, dat betaald wordt uit OTO-gelden. "Het expertteam krijgt een basisopleiding", aldus Hilbert. "Daarnaast geven de leden straks ook zelf aan welke kennis ze nog missen voor de komende OTO-jaarplancycclus." Het expertteam wordt opgenomen in het regionaal crisisplan. Naar verwachting is het expertteam vanaf september 2016 operationeel.

© Foto: Ton Bresser



Huisartsen maakten een business impact analyse

De huisartsenzorg heeft een Huisartsen RampenOpvangPlan (HaROP) en Primair Huisartsenposten werkt aan een integraal crisisplan. Daarvoor werd onlangs een strategische business impact analyse uitgevoerd. Eddy Hilbert licht toe. "In het kader van bedrijfscontinuïteit zijn de drie grootste risico's voor de huisartsenposten: een tekort aan personeel bij reguliere zorgvraag, uitval van apparatuur of ICT-voorzieningen en een infectieziekte-uitbraak. Voor deze risico's hebben we in kaart gebracht welke uitval we als organisatie accepteren. Zo hebben we voor een huisartsenpost bijvoorbeeld gesteld dat het niet beschikbaar zijn van een triagist niet acceptabel is. Daarna keken we welke maatregelen we al hebben om uitval te voorkomen of zo snel mogelijk te herstellen. Gaandeweg ontdekten we dat we een groot aantal zaken al goed geregeld hebben. Maar er waren ook nog punten waar we mee aan de slag moeten, zodra het expertteam staat, kan er ook waardevolle input vanuit de praktijk komen zodat de planvorming verder aangescherpt kan worden." (MvV)

Symposium Traumazorgsystemen

Op 2 november organiseren Traumazorgnetwerk Midden-Nederland en Landelijk Netwerk Acute Zorg een symposium over de vergelijking van verschillende traumazorgsystemen. De traumaregistraties uit meerdere landen worden gebruikt voor verbetering van de kwaliteit van de traumazorg.

Sprekers zijn onder meer prof. Howard Champion en prof. Ronald Maier uit de VS. Zij delen hun ervaringen op dit gebied. Ook wordt de rapportage van de Landelijke Traumaregistratie 2015 aan VWS aangeboden.

© Foto: Thinkstock



Promotieonderzoek Amy Gunning

Arts-onderzoeker Amy Gunning promoveert op 1 november op het onderwerp 'Evaluating trauma care, changing concepts with a global perspective'.

© Foto: Amy Gunning



Voor het onderzoek zijn data bestudeerd van het Harborview Medical Center (Seattle, USA), John Hunter Hospital (New Castle, Australië) en het UMC Utrecht. Amy heeft bekeken op welke factoren internationale traumasystemen verschillen. Ook is nagegaan welke factoren invloed hebben op mortaliteit en andere uitkomsten bij volwassen multitrauma patiënten. Op het symposium over traumazorgsystemen van 2 november presenteert Amy de uitkomsten van haar onderzoek.

2e Nationale Congres Opgeschaalde Zorg

Op 11 november organiseren de gezamenlijke OTO-regio's voor de tweede maal een congres over grote rampen.

Het programma is zeer gevarieerd. De sprekers zijn mensen die betrokken zijn geweest bij de opvang na de aanslagen in Parijs, de overstromingen in Engeland, het treinongeluk in Duitsland en de bestrijding van het ZIKA-virus. Daarnaast wordt

er voorlopig ruimte opgehouden voor actuele incidenten, die zich in de tussentijd mogelijk voordoen. Deelnemers kunnen rekenen op een intensieve dag, met veel informatie van insiders. Deelname wordt betaald vanuit de OTO-gelden. (MV)

© Foto: Thinkstock



Agenda

JUNI

21 juni
ROAZ

23-25 juni
MRMI, Calamiteiten-
hospitaal

SEPTEMBER

8 september
Zoobiquity-congres,
Ouwehands Dieren-
park Rhenen

20 september
ROAZ Kerngroep

22 september
Focusgroep Crisisbe-
heersing & OTO, Zuwe
Hofpoort Ziekenhuis

OKTOBER

3 oktober
Focusgroep Acute
Verloskunde

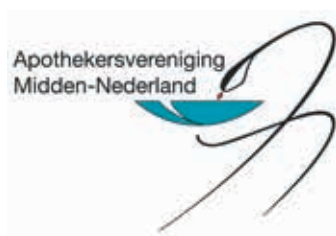
4 oktober
Focusgroep POSH

25 oktober
ROAZ

Ketenpartners



Diakonessenhuis



Colofon

Redactie

Daniëlle van Boxtel
Natasja Rabouw
Marlène van Vijfeijken

Met medewerking van

Stasja Aspers
Esther Beeris
Mark van Not
Lukas van Spengler
Marlous Verheul

Ontwerp en opmaak

Multimedia, marketing & communicatie
UMC Utrecht

Drukwerk

Drukkerij Libertas Pascal

www.traumazorgnetwerkmn.nl
traumazorgnetwerk@umcutrecht.nl

ORTHOPEDISCH TECHNOLOOG NIELS JONKERGOUW

Mensen op de been helpen

Niels Jonkergouw is orthopedisch technoloog bij het Militair Revalidatie Centrum (MRC) Aardenburg in Doorn. "Bij ons komen cliënten die ledematen zijn verloren of niet meer volledig kunnen gebruiken door bijvoorbeeld een trauma of beroerte. Het is mijn werk om deze ledematen met prothesen of orthesen te ondersteunen of vervangen. Ik maak die op maat en naar wens van de cliënten. Zodat zij hun dagelijkse dingen weer zo goed mogelijk kunnen doen." Niels haalt veel voldoening uit zijn vak. "Ik wilde iets gaan doen met techniek en iets waarmee ik mensen kan helpen. Dat is precies wat ik nu doe."

Het MRC is er voor militairen en burgers. Niels: "We werken hier met een gemotiveerde groep cliënten. We hebben te maken met vrij complexe casus zoals dubbele beenamputaties. Dat houdt ons extra scherp en maakt het werk uitdagend. We moeten altijd meegaan met de nieuwste ontwikkelingen. Bij de meer eenvoudige casus passen we de kennis toe die we opdoen bij de meer complexe." Niels vindt het MRC een inspirerende werkplek. "Iedereen hier heeft de drive om ons werk naar een hoger niveau te tillen voor de cliënt."

TECHNISCHE ONTWIKKELINGEN

De prothesiologie ontwikkelt zich continu. "Neem de protheseonderdelen. Vroeger waren die mechanisch, met een scharnier in het gewricht. Daarna kwamen de elektrische met de mogelijkheid om verschillende snelheden te lopen en ze mooier af te stellen. En nu zie je steeds meer toepassingen van microprocessors. Die meten hoe iemand loopt en waar hij zich bevindt. Bij een misstap zorgt het systeem ervoor dat iemand bijstapt en niet valt. Dat is een hele mooie ontwikkeling." Ook het aanmeten van prothesen bij cliënten verandert. "Vroeger werden de stompen gegipst, tegenwoordig maken we steeds meer gebruik van een scan." Niels verwacht dat dit proces uiteindelijk volledig digitaliseert, maar voorlopig komt er ook handwerk bij kijken. "Als een schuimmodel van de stomp na een scan binnenkomt, dan bewerk ik deze nog een beetje met mijn vijl zodat ik het gewenste resultaat kan waarborgen."

TECHNIEK EN ZORG

Niels is dagelijks bezig met de cliënten. "Met een technische blik. Als iemand met een prothese last krijgt van pijnpunten,



dan bedenk ik: waar kunnen ze vandaan komen? Wat doen we eraan? Als cliënten problemen ondervinden, is het mijn taak om die op te lossen. Elke dag ben ik bezig met trouble shooting." Het contact met de cliënt begint met de keuze voor de soort prothese. "Die moet weloverwogen gemaakt worden. Ik kijk dan vooral naar de functionaliteit en vind deze belangrijker dan het cosmetische aspect. Een cliënt kan juist de wens hebben dat een prothese er meer uitziet als een gewoon been, ook al moet hij dan iets aan functionaliteit inleveren. Patiënten kiezen wel steeds vaker voor de meest functionele prothese, die er niet meer als een echte ledemaat uitziet." Tijdens de revalidatie werkt de cliënt zoveel mogelijk met dezelfde prothesemaker. "Dat is belangrijk, omdat ze iets heftigs doormaken en een acceptatieproces doorlopen. Je bouwt zo een vertrouwensband met ze op."

SPECIAAL

Het moment dat cliënten grote stappen zetten, zoals het weer zelf een stukje lopen, is ook voor Niels hartstikke mooi. "Daar doe je het voor." Mensen met meerdere amputaties vindt hij altijd speciaal. "Je ziet iemand hier gemotiveerd maar gebroken binnenkomen. Het zijn vaak jonge mensen die opeens geen benen meer hebben door bijvoorbeeld een explosief. Fysiek en psychisch doet dat wat met ze. Ze moeten dan de drive vinden om hard te werken en uiteindelijk weer lopend de deur uit te gaan. Ik vind het bijzonder om iemand echt te zien groeien. Vanaf het moment dat hij hier binnenkomt, tot dat hij zijn eerste stappen zet. We helpen hier mensen echt letterlijk weer op de been."

(DvB)