



Netwerk Acute Zorg
Midden-Nederland

Traumazorg: een inclusief netwerk

De traumaketen van regio
Midden-Nederland in beeld

September 2025

Beste lezer,

Sinds de inrichting van een inclusief traumasysteem in Nederland in 1999 is traumazorg bijna per definitie multidisciplinair en interprofessioneel. Het gaat uit van afstemming en samenwerking tussen hulpverleners en organisaties binnen de (supra)regionale traumaketen. De inrichting van de traumaregio Midden-Nederland heeft gefunctioneerd als blauwdruk voor het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) wat later het Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland zou worden. Een netwerk dat zich inmiddels in de volle breedte over de acute zorg in de regio ontfermt.

In ons regionale traumazorgsysteem staat de mens centraal. Dat vereist een nauwe samenwerking tussen alle schakels in de keten: van meldkamer en ambulancezorg tot spoedeisende hulp, specialistische zorg in het traumacentrum en de regionale ziekenhuizen, klinische nazorg, gespecialiseerde revalidatie-instellingen en zorg dicht bij huis.

In deze brochure presenteren we de stand van zaken van de traumazorg binnen onze regio. Het laat zien hoe we als partners samenwerken in een systeem waarin ieder onderdeel, ongeacht schaal of specialisatie, onmisbaar is. Dichtbij als het kan, ver weg als het moet. Door het delen van kennis, cijfers en praktijk-ervaringen geven we inzicht in waar we nu staan en hoe we samen de zorg voor traumapatiënten voortdurend kunnen blijven verbeteren.

Het succes van een traumasysteem schuilt niet alleen in faciliteiten, organisatorische snelheid en technische expertise, maar ook in onderling vertrouwen, goede communicatie en gedeelde verantwoordelijkheden. Deze brochure is daarom niet alleen een overzicht, maar ook een uitnodiging tot verdere samenwerking, reflectie en vernieuwing.

Veel leesplezier,

Lukas van Spengler, directeur Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland

Falco Hietbrink, medisch manager Traumacentrum UMC Utrecht

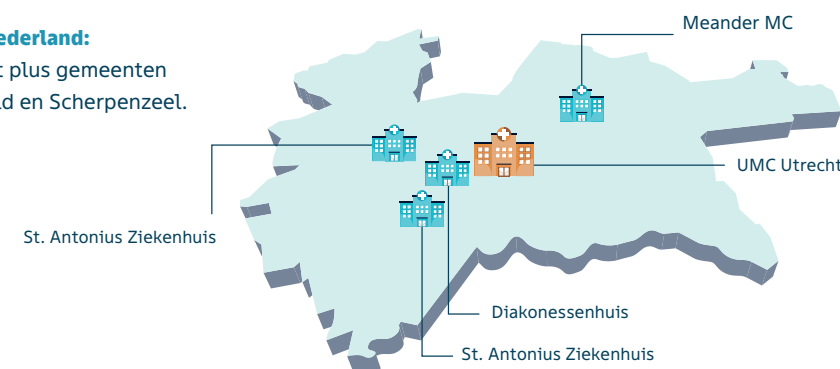
Traumaregistratie en regio

Voor onze regio wordt de Landelijke Traumaregistratie (LTR) uitgevoerd door registratiemedewerkers van het Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland. Deze registratie is een ketenregistratie van alle patiënten die acuut, binnen 48 uur na het ongeval voor de behandeling van hun letsel(s) zijn opgevangen op de Spoedeisende Hulp (SEH) en direct worden opgenomen in het ziekenhuis, worden overgeplaatst naar een ander ziekenhuis of overlijden op de SEH. Electieve patiënten behoren niet tot de te includeren doelgroep.

De traumaregistratie geeft de kenmerken van de patiënten en hun letsels, de gang van de patiënt door de (behandel)keten, het zorggebruik en de uitkomst van zorg weer. De cijfers geven inzicht in het gebruik en de kwaliteit van de regionale traumazorg. Deze informatie wordt gebruikt voor preventieprogramma's, specifieke maatregelen, verbetering van zorg of optimalisatie van gebruik van mensen en middelen met als doel de regionale traumazorg steeds verder te verbeteren.

Voor elke patiënt wordt de letselernst berekend aan de hand van AIS letsel diagnoses in negen lichaamsregio's: de **Injury Severity Score (ISS)**. Hoe hoger de score – tussen de 1 en 75 – hoe ernstiger gewond de patiënt is. In deze brochure wordt gesproken over **meervoudig ernstig gewonde** of **multitraumapatiënt** als de **ISS ≥ 16** is.

Regio Midden-Nederland:
provincie Utrecht plus gemeenten
Nijkerk, Barneveld en Scherpenzeel.



De regio telde in 2024 **1.518.400** inwoners (bron: CBS, peildatum 1-1-2024).
De incidentie van opgenomen ongevalsslachtoffers per 10.000 inwoners was **31**.



Het UMC Utrecht fungeert tevens als bovenregionaal traumacentrum voor specifieke letsels met een indirect verzorgingsgebied van ongeveer 3,5 miljoen inwoners.

Uit de LTR: oorzaak en verwijzer

4

5

In 2024 zijn in onze regio **4526** ongevalsslachtoffers rechtstreeks van **plaats ongeval** of via de **huisarts** naar de ziekenhuizen in de regio verwezen en vervolgens opgevangen en opgenomen. Ongeveer **10%** was **meervoudig ernstig gewond** (ISS ≥ 16).

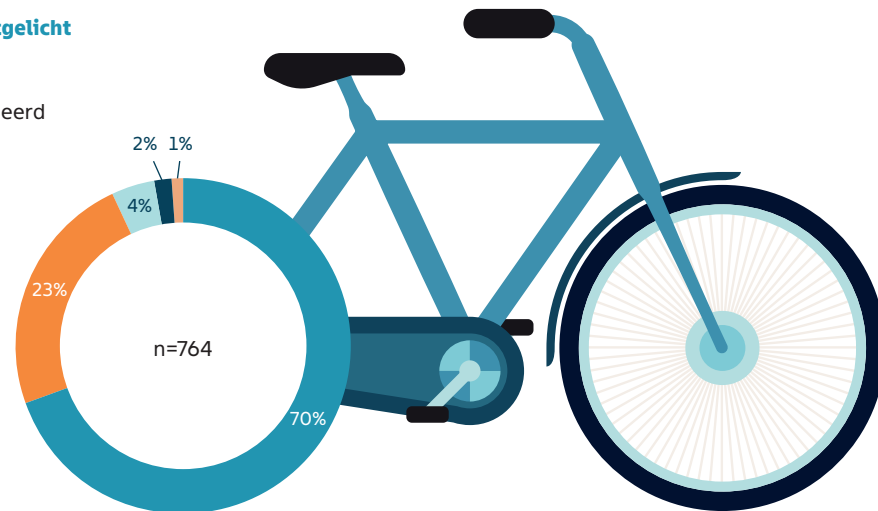


Val van gelijke hoogte was met **60%** de meest voorkomende oorzaak ongeval. Op nummer twee de **fiets** met **17%**.

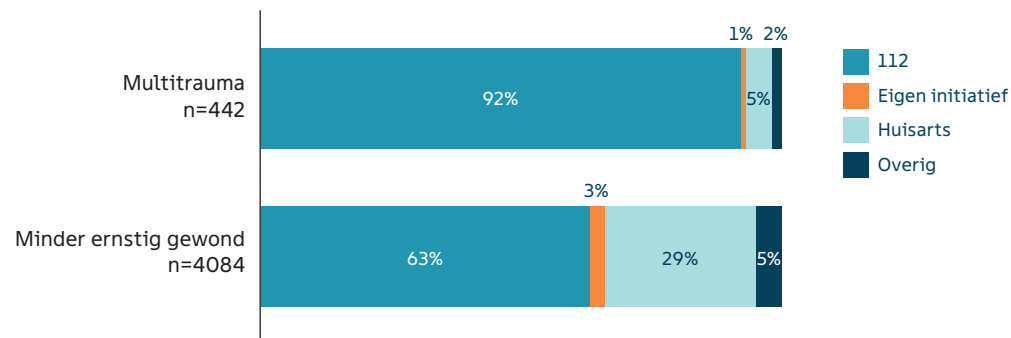
De meeste ongevallen vonden in de **privésfeer** plaats (**64%**) gevolgd door **verkeer** (**24%**) en sport (**6%**).

Fietsongevallen uitgelicht

- Niet gespecificeerd
- E-bike
- Fatbike
- Anders
- Speedpedelec



Verwijzer



Huisartsen

Vanaf 2002 organiseerden individuele huisartsen zich in huisartsenposten voor spoedzorg die in de nabijheid van de SEH's van het Diaconessenhuis, het St. Antonius Ziekenhuis en het Meander Medisch Centrum liggen. Tegenwoordig ligt de verantwoordelijkheid voor de huisartsenposten bij de vier regionale huisartsenorganisaties: Huisartsen Eemland, RegioZorgNu, Huisartsen Utrecht Stad en UNICUM Huisartsenzorg.

De huisartsen en triagisten (speciaal opgeleid voor spoedvragen) op de huisartsenposten vangen het overgrote deel van de spoedeisende hulpvragen af.

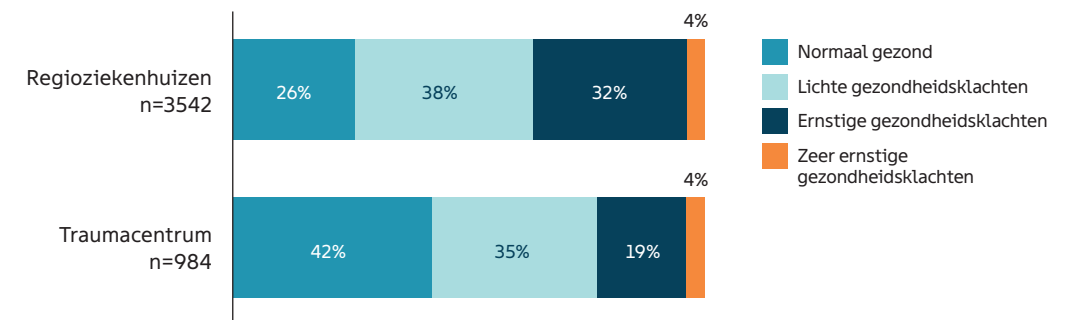
Trauma's zijn er in alle soorten en maten, ook voor de huisartsen. De verwondingen vragen vaak om een huisarts en soms om een ambulance. Daar begint de spoedketen en de samenwerking. Door die samenwerking goed te organiseren, komen we verder: röntgen en eenvoudig bloedonderzoek op de huisartsenspoedpost, zorgcoördinatie voor complexe problemen en goed beschikbare specialisten voor patiënten die dat nodig hebben.

Precies genoeg organisatie, dat is waar huisartsen goed in zijn. Monodisciplinair zolang het kan, extra ondersteuning als het nodig is. Zo blijven specialisten beschikbaar voor de meer ernstige trauma's.

Ongeveer een kwart van de ongevalsslachtoffers werd door de **huisarts** naar de ziekenhuizen **verwezen**. In **96%** van de gevallen was dit naar de **regioziekenhuizen**.



Gezondheidstoestand vóór het ongeval



30% van de ongevalsslachtoffers was voor het ongeval gezond.

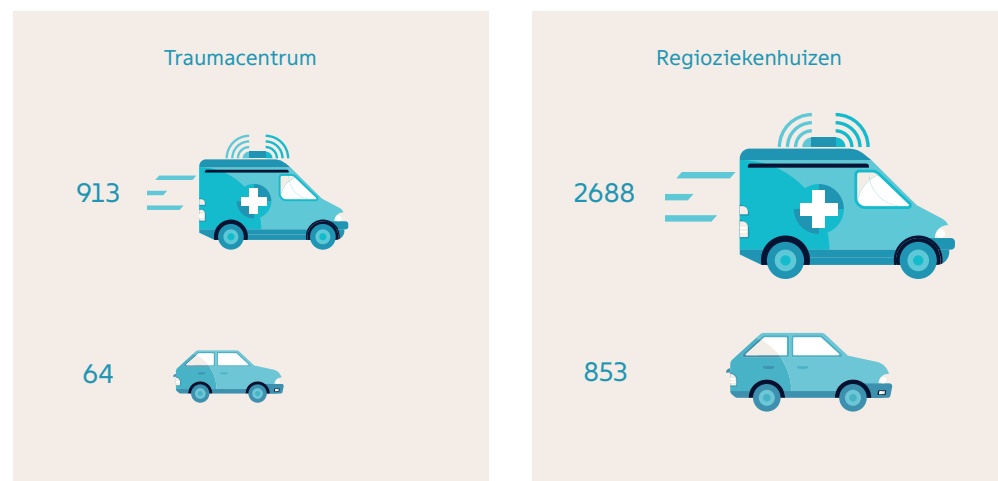
Als grootste prehospitalische zorgverlener in de regio werkt de Regionale Ambulance Voorziening Utrecht (RAVU) al 25 jaar nauw samen met ketenpartners om trauma-slachtoffers in de provincie Utrecht de best mogelijke zorg te bieden.

Dat doet de RAVU door een zo optimaal mogelijke prehospitalische triage en behandeling. Maar ook door met zorgprofessionals in de keten te blijven innoveren en verbeteren op het gebied van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. Er is continue aandacht voor het optimaliseren van de overdracht van een patiënt door de ambulancemedewerkers zodat het opvangend behandelteam op de SEH de zorg snel en gepast kan overnemen.

Naast de reguliere traumazorg traint en oefent de RAVU periodiek met de ketenpartners als het Mobiel Medisch Team, de VRU/GHOR, politie en Calamiteiten-hospitaal ter voorbereiding op grootschalige incidenten.

De komende jaren blijft de RAVU zich inzetten voor het verbeteren van de acute zorgketen en het intensiveren van de samenwerking binnen het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ). De doorontwikkeling van het Zorg Coördinatie Centrum (ZCC) Midden-Nederland speelt hierin een belangrijke rol.

Vervoer naar ziekenhuis

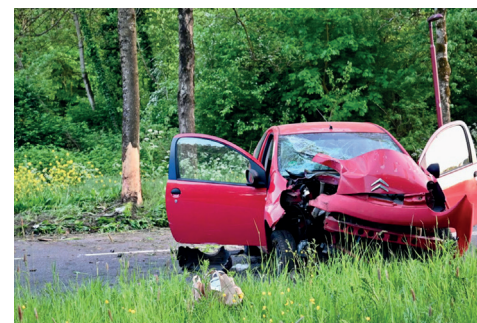


Zo'n **80%** van de ongevalsslachtoffers is door een ambulancedienst naar een ziekenhuis vervoerd. **20%** is met eigen vervoer gekomen.

De traumaregio Midden-Nederland ligt centraal in Nederland. De RAVU verzorgt het merendeel van de ambulancezorg. In 2024 werd **67%** van de ongevalsslachtoffers die door een ambulancedienst van plaats ongeval of via de huisarts naar één van de ziekenhuizen in de provincie Utrecht werden gebracht, door de RAVU vervoerd.

Daarnaast is onze traumaregio omringd en wordt bediend door de verzorgingsgebieden van andere RAV's. Vanwege onze bovenregionale functie spelen ook zij een belangrijke rol bij de traumaopvang in onze regio. De omringende RAV's presenteren samen meer dan **50%** van de **meervoudig ernstig gewonde patiënten** rechtstreeks in het level-1 traumacentrum.

RAV's die regelmatig zorg verlenen in onze regio



© RBF Media

Een foto van een incident zegt soms meer dan 100 woorden.



Een ambulancemedewerker moet de situatie die hij aantreft op straat in de overdracht snel kunnen delen met het traumateam.



Het Mobiel Medisch Team (MMT) verleent medisch specialistische hulp op straat, in aanvulling op de ambulancezorg. In iets meer dan de helft van de gevallen gaat het om patiënten die als gevolg van een ongeval levensbedreigend gewond zijn geraakt.

Al ruim 25 jaar zijn in Nederland MMT's actief. Ons land telt vier parate MMT's met een helikopter in Amsterdam (Lifeline 1), Rotterdam (Lifeline 2), Nijmegen (Lifeline 3) en Groningen (Lifeline 4). In het grootste deel van de provincie Utrecht is een MMT binnen vijftien minuten ter plaatse. Het MMT is niet primair bedoeld om een patiënt sneller of met de helikopter naar een ziekenhuis te brengen, maar om een gespecialiseerd medisch team snel ter plaatse te brengen zodat zij kunnen starten met uitgebreide medische behandelingen (zoals onder anderen narcose, intubatie, thoraxdrainage of bloedtransfusie) die normaal gesproken pas in het ziekenhuis worden gedaan. Het MMT werkt daarbij nauw samen met ketenpartners als RAV's, brandweer, politie en ziekenhuizen. MMT-zorg is in zeker opzicht vergelijkbaar met een level-1 traumacentrum waar de zorg voor hoogcomplexiteit patiënten is geconcentreerd om patiënten betere zorg te geven, waardoor hun overlevingskans toeneemt.

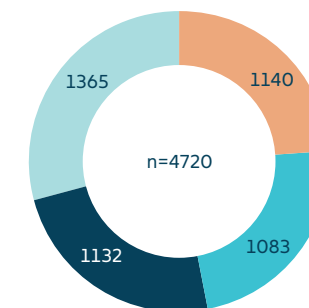
Het MMT werd in 2024 **150** keer ingezet bij ongevalsslachtoffers die als gevolg van hun letsel zijn opgenomen in een ziekenhuis in onze regio. **4 slachtoffers** zijn per traumahelikopter naar het **traumacentrum** vervoerd.



" Snel assessment en triage in een risicovolle omgeving met hoge druk, prioritering en behandelen van levensbedreigende verwondingen kan echt uitdagend zijn.

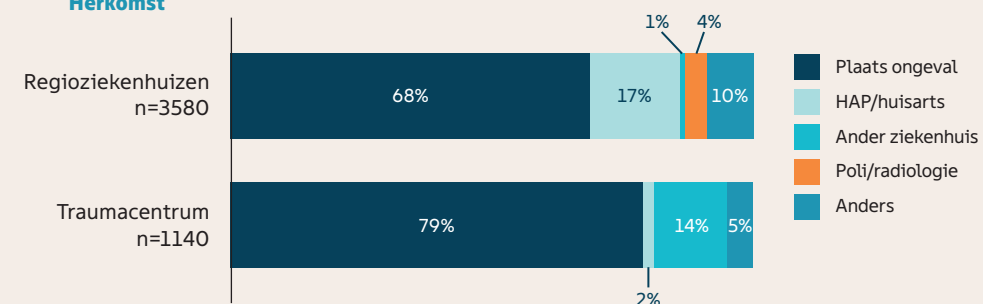


In onze regio zijn in 2024 **4720** traumapatiënten geregistreerd die **binnen 48 uur** na het ongeval voor de behandeling van hun letsel(s) zijn **opgevangen** op de Spoedeisende Hulp (SEH) en direct zijn **opgenomen** in het ziekenhuis, overgeplaatst naar een ander ziekenhuis of zijn overleden op de SEH. Dit is inclusief 111 overplaatsingen binnen de regio en 81 overnames van buiten de regio.

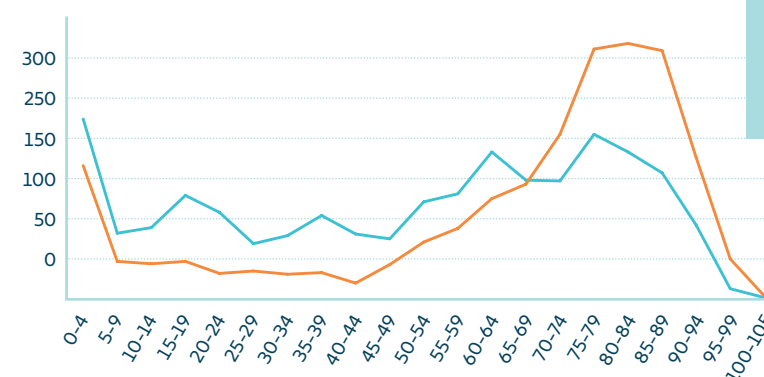


UMC Utrecht (traumacentrum)
Diakonessenhuis
Meander Medisch Centrum
St. Antonius Ziekenhuis

Herkomst



Leeftijd en geslacht



Tot 65 jaar is het aandeel mannen hoger, vanaf 65 jaar is het aandeel vrouwen aanzienlijk hoger.

51% 49%
n=4720



Ruim 25 jaar geleden werden tien ziekenhuizen in Nederland aangewezen als level-1 traumacentrum. Het **UMC Utrecht** was en is één van die traumacentra.

Daarmee kregen we twee opdrachten:

- organiseer samenwerking op het gebied van traumazorg in de regio en bewaak de kwaliteit ervan en
- verleen zorg aan meervoudig ernstig gewonde patiënten (multitrauma's).

Het heeft geleid tot een krachtig traumazorgnetwerk waarin iedere zorginstelling een eigen bijdrage levert. Het UMC Utrecht coördineert regionaal de traumazorg en biedt kwalitatief hoogstaande zorg aan multitraumapatiënten, patiënten met complexe (mono)letsels en ernstig gewonde kinderen. Dat past bij onze strategie, waarin het UMC Utrecht streeft naar verbinding met alle zorgpartners in de keten en naar verdere ontwikkeling van de complexe acute zorg, zowel civiel als militair, zowel op het gebied van zorg als onderzoek en onderwijs.

Uit de LTR:

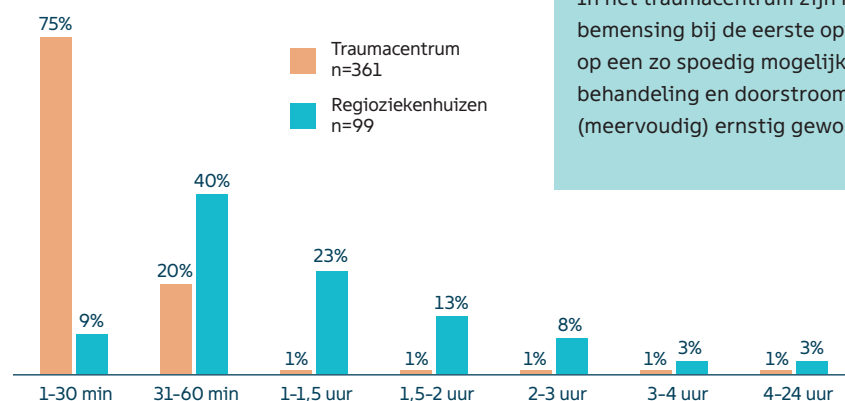
1.140 traumapatiënten opgenomen in het UMC Utrecht:

400 meervoudig ernstig gewonden
480 complex enkelvoudig letsel
695 patiënten met hersenletsel
224 kinderen opgenomen door speciaal kindertraumateam



Volgens de **volumenorm** moet een level-1 traumacentrum jaarlijks meer dan **240** multitraumapatiënten opnemen en behandelen.

Tijd tot eerste CT scan multitraumapatiënten



In het traumacentrum zijn resources en bemensing bij de eerste opvang gericht op een zo spoedig mogelijke diagnose, behandeling en doorstroom van de (meervoudig) ernstig gewonde patiënten.

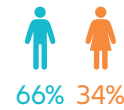
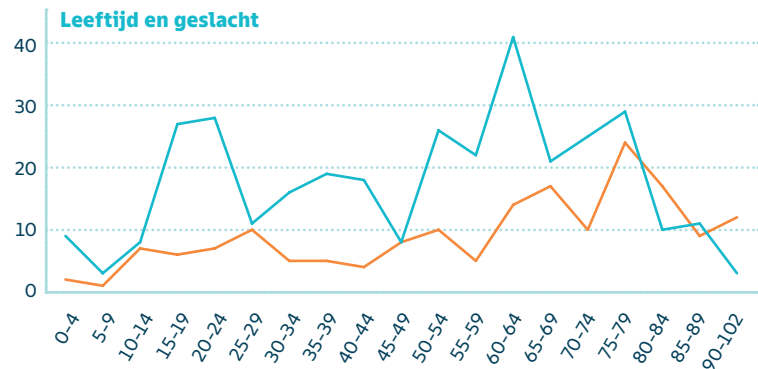
Traumaopvang en traumachirurgie

Het UMC Utrecht neemt jaarlijks gemiddeld bijna 1.200 gewonde en potentieel instabiele patiënten op via de SEH. Zij worden opgevangen door een multi-disciplinair traumateam dat werkt in een state-of-the-art omgeving. Vast onderdeel van dit resuscitatieteam zijn de (urgentie) anesthesiologen en gespecialiseerde SEH verpleegkundigen die essentieel zijn voor snelle stabilisatie van de vitaal bedreigde patiënt. Op een rail tussen de twee traumakamers is een CT-scanner geplaatst. Uitgangspositie is dat de zorg om de patiënt heen wordt georganiseerd en deze dus niet hoeft te worden verplaatst. Zo organiseren de röntgenlaboranten dat de CT-scan wordt verplaatst naar de kamer waarin de patiënt ligt die gescand moet worden. Hierdoor verloopt de opvang zeer gestructureerd en wordt geen kostbare tijd verloren.

In het UMC Utrecht bieden we 24/7 gespecialiseerde traumazorg voor jong en oud. Daarvoor is er altijd een traumachirurg aanwezig. Ook is er altijd een tweede traumachirurg beschikbaar, zodat we snel kunnen handelen bij acute operaties of drukte op de SEH.



Trauma is **een ziekte** die het hele lichaam kan beïnvloeden. Dat vereist aandacht voor de onderliggende fysiologie en immunologie van een patiënt. Voor de behandeling van de ziekte is brede medische kennis en ervaring nodig, maar ook specifieke vaardigheden om patiënten te kunnen opereren en begeleiden. De uitkomst voor de patiënt hangt af van hoe snel en hoe goed de juiste diagnose wordt gesteld, welke behandeling wordt gekozen, wanneer die plaatsvindt en hoe het traject erna is geregeld.



In 2024 zijn in onze regio **508** multitrauma-patiënten opgenomen en behandeld.

De afgelopen 3 jaar zijn in onze regio jaarlijks gemiddeld **400** multitraumapatiënten **rechtstreeks** door een ambulancedienst van plaats ongeval naar het **ziekenhuis** vervoerd.

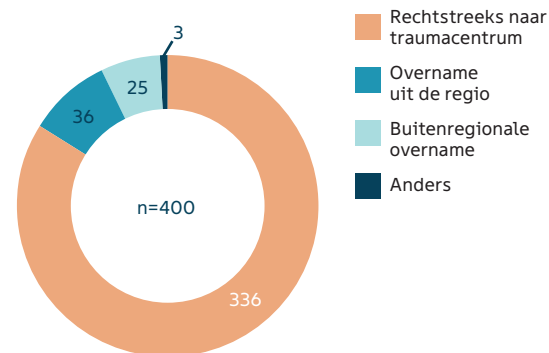
80% hiervan werd direct naar het **traumacentrum** gebracht.

Concentratienorm: **90%**

Daarnaast nam het level-1 traumacentrum jaarlijks gemiddeld **30 multitrauma-patiënten secundair** over uit de regionale ziekenhuizen.

Gemiddeld **87%** van de multitrauma-patiënten uit de regio werd uiteindelijk in het **traumacentrum** behandeld.

Herkomst multitraumapatiënten traumacentrum



“De synergie tussen ambulancetzorg en traumacentrum zorgt voor een naadloos zorgpad, waarbij elke stap regelmatig en zorgvuldig wordt getraind.”

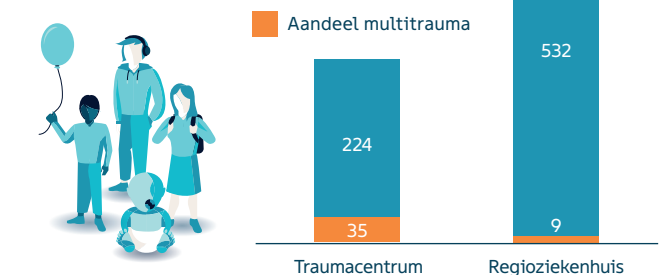


Het **Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ)** is het primaire opvangcentrum voor ernstig gewonde kinderen, zoals kinderen met multitrauma-letsels of hoogcomplexere mono-letsels. Daarmee vervullen we onze level-1 kindertrauma-zorgfunctie in de regio.

Daarnaast is het WKZ een tertiair verwijscentrum voor complexe (ossale) traumatologie. Deze zorg wordt verzorgd door een team van (kinder)trauma-chirurgen, bestaande uit orthopeden en traumachirurgen in gelijke verhouding. Kinderchirurgen ondersteunen het team in de kliniek en in de operatiekamers, inhoudelijk en organisatorisch.

Vanuit een centrale positie in Nederland levert het WKZ ook kinderhartchirurgie, kinderneurologie en zorg aan kinderen met zeldzame aandoeningen. Bovendien zijn we een partner van het Prinses Máxima Centrum in de oncologische zorg aan kinderen. Onze hele organisatie is dus ingericht op hoog-complexe zorg voor kinderen, iets waar ernstig gewonde kinderen in het kindertraumacentrum ook van profiteren.

In de regio Midden-Nederland zijn in 2024 **756 kinderen (<18 jaar)** als gevolg van het opgelopen letsel opgenomen in een ziekenhuis. **44** kinderen waren **meervoudig ernstig gewond**.



73% van de kinderen met een multi-trauma is door de ambulancedienst **rechtstreeks** naar het **traumacentrum** gebracht. Inclusief secundaire overname uit de regioziekenhuizen is **90%** van deze groep uiteindelijk in het **traumacentrum** behandeld.



Val van gelijke hoogte was de meest voorkomende oorzaak ongeval (**51%**), gevolgd door **fietsongevallen (13%)**.



De meeste ongevallen vonden in de **privésfeer** plaats (**68%**), gevolgd door **verkeer (20%)**.



Het **Calamiteitenhospitaal** is gespecialiseerd in de opvang en behandeling van slachtoffers bij grootschalige incidenten, zowel civiel als militair. Het is een samenwerking tussen het UMC Utrecht en de ministeries van Defensie en VWS.

Het Calamiteitenhospitaal is een ziekenhuis dat 24/7 paraat staat voor de ontvangst van de slachtoffers van grootschalige incidenten. Naast een goed uitgeruste crashroom voor 10 patiënten beschikt het calamiteitenhospitaal over een grote low care, een medium care en een intensive care. Tevens zijn er 4 isolatieboxen en is biosafety level 4 aanwezig voor de opvang van patiënten met bijzondere infectieziekten. Het calamiteitenhospitaal is binnen 30 minuten operationeel. Het calamiteitenhospitaal fungeert als een bufferfunctie op het moment dat de reguliere zorgcapaciteit tekortschiet. Door slachtoffers van grootschalige incidenten centraal op te vangen, voorkomt het Calamiteitenhospitaal dat de zorg in andere ziekenhuizen vastloopt. De samenwerking met regionale ketenpartners (zoals RAVs, andere ziekenhuizen en nazorginstanties) is essentieel om de opvang van een grootschalig incident goed te laten verlopen en een naadloze zorgketen te kunnen garanderen.



© Calamiteitenhospitaal

“ We oefenen 1x per jaar een heel groot scenario, met zo'n 150 slachtoffers. Daarnaast worden meerder keren per jaar deel oefeningen gedaan en worden er regelmatig trainingen voor zowel civiel als defensie gegeven. ”

De laatste openstelling voor een groot ongeval was twee jaar geleden, in mei 2023 voor het treinongeluk bij Voorschoten. En in 2019 voor de opvang van slachtoffers van het schietincident in de tram in Utrecht.



© Calamiteitenhospitaal

Defensie levert de geneeskundige zorg aan alle actief dienende militairen. Voor medisch specialistische zorg worden militairen meestal doorverwezen naar het Centraal Militair Hospitaal (CMH), het enige militaire ziekenhuis in Nederland.

Als CMH hebben we veel kennis van de context waarin de militair werkt en ervaring met de specifieke gezondheidsproblemen die bij militairen voorkomen. De zorg is erop gericht om militairen niet alleen gezond, maar ook zo snel mogelijk weer inzetbaar te maken. Zeker als het gaat om een militair met schaarse kennis en vaardigheden of eentje die op missie moet.

We werken nauw samen met het UMC Utrecht en stellen samen het Calamiteitenhospitaal ter beschikking voor opvang bij rampen en calamiteiten. Artsen van het CMH werken deels in het UMC Utrecht om hun ervaring met ziektes en patiëntengroepen die niet (vaak) in het CMH voorkomen op peil te houden.

Kerncijfers CMH

Per jaar ontvangt het CMH ongeveer **16.000** patiënten voor zo'n **45.000** consulten, voert het **2.000** operaties uit, doet het **3.000** keuringen en verzorgt het **2.300** verpleegdagen.



Locaties dicht bij elkaar

De combinatie van een academisch ziekenhuis, een **militair ziekenhuis** en een traumacentrum zorgt voor een sterke infrastructuur en kennis.



© Irvin van Hemert

CETC

Het ministerie van Defensie en het UMC Utrecht werken samen om traumazorg en het onderzoek daarnaar verder te verbeteren. In het Civil-Military Centre of Expertise for Trauma Care (CETC) brengen we expertise uit de militaire en civiele traumazorg samen, met als ambitie vermijdbaar overlijden door letsel tot nul terug te brengen en invaliditeit na (psychisch) letsel te minimaliseren. Het onderzoek richt zich op de domeinen complex acute zorg, psychotrauma en waardegedreven zorg. Ook delen we data, geven we gezamenlijk onderwijs en simulaties en werken we samen als het gaat om patiënten participatie.

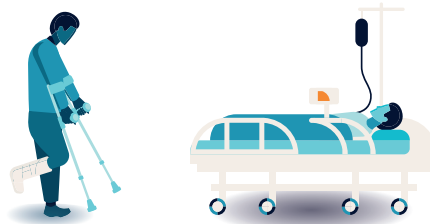
In het **St. Antonius Ziekenhuis** geloven we dat door goede samenwerking in de regio iedere patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt. We werken daarom nauw samen in een netwerk van zorgorganisaties en doen gezamenlijk onderzoek om de traumazorg continu te verbeteren.

Door de toenemende zorgvraag en vergrijzing ontwikkelen we met ketenpartners slimme, duurzame oplossingen die écht waarde toevoegen, zoals de samenwerking met een ouderenzorgorganisatie om traumageriatrische patiënten sneller passende zorg te bieden.

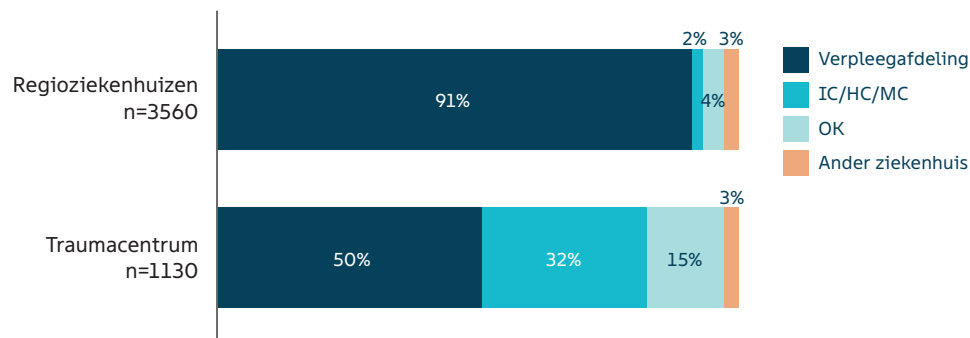
We organiseren zorg steeds meer rondom aandoeningen, waarbij de behoefte van de patiënt centraal staat. Zoals onze SEH speciaal voor kinderen in Utrecht. Ook zetten we in op digitale zorg. De concentratie van onze zorg op één locatie vanaf 2035 ondersteunt deze koers. Zo werken we samen continu aan duurzame, patiëntgerichte zorg.

Uit de LTR:

1.365 traumapatiënten opgenomen in het **St. Antonius Ziekenhuis**.



Bestemming na SEH



In de regioziekenhuizen kan het merendeel van de traumapatiënten direct op een verpleegafdeling worden opgenomen, terwijl in het traumacentrum vaak een ander niveau van acute zorg nodig is. Zo worden resources optimaal benut.

Traumaopvang en traumachirurgie

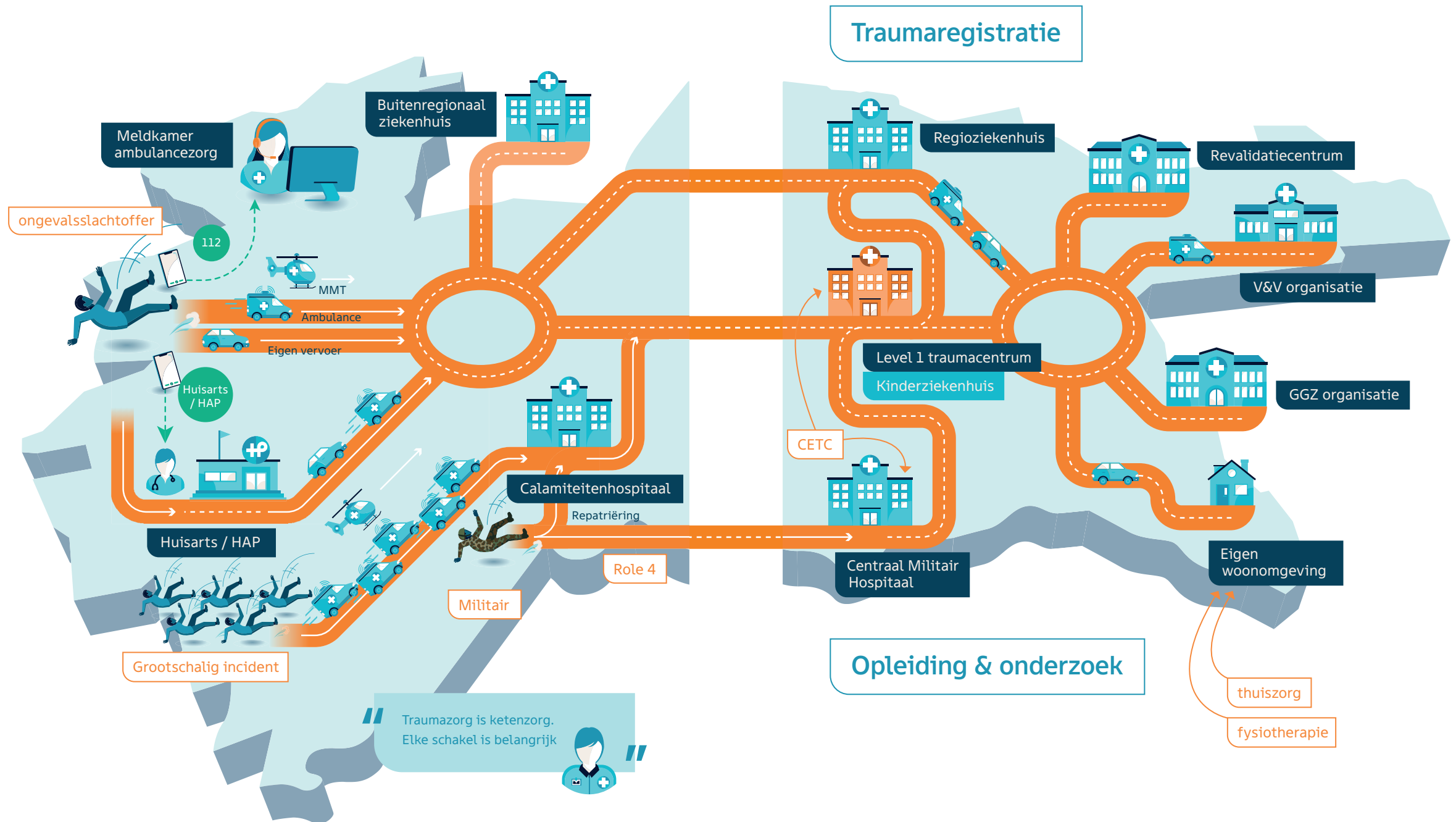
Het St. Antonius Ziekenhuis heeft een SEH op twee locaties. Alle traumapatiënten worden in principe op locatie Leidsche Rijn opgevangen. Daar vinden ook de traumachirurgische ingrepen plaats. SEH-artsen doen de eerste opvang. De meeste verwondingen vereisen geen klinische opname maar kunnen met gips poliklinisch of met een uitgestelde ingreep worden behandeld.



In de maatschap werken zes traumachirurgen en een fellow in het St. Antonius Ziekenhuis en drie traumachirurgen in het Ziekenhuis Rivierland. De traumachirurgen hebben specialisaties in chirurgie aan de wervelkolom, handchirurgie en chronische en acute osteomyelitis-chirurgie. De samenwerking met de vakgroepen plastische chirurgie en orthopedie is uitstekend. Onze rol binnen het Netwerk Acute Zorg is duidelijk en het verwijspatroon en afspraken over centralisatie van letsels ook.

Ons ziekenhuis is een STZ-topklinisch centrum. Met jaarlijks meerdere promovendi willen we de samenwerking met de academie nóg meer diepgang geven. Daarnaast participeren wij in alle studies die door de NEXT-studiegroep of door het Diakonessenhuis worden geïnitieerd. De vakgroep traumachirurgie is nauw betrokken bij onderwijs en opleiding voor bijvoorbeeld fractuurleer en groot-schalige rampenopvang.

Keten van zorg voor patiënt met letsel



Patiëntervaringen

Irene

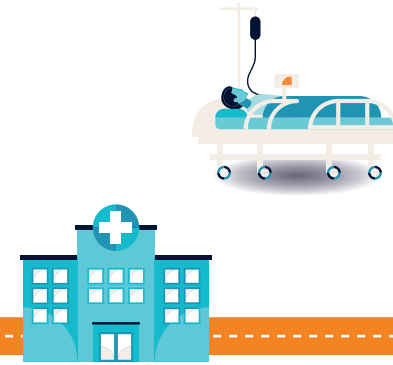


De 82-jarige **Irene** verheugde zich enorm op het concert waarvoor ze kaartjes had gewonnen. Maar toen viel ze ongelukkig over een vlonder bij het restaurant. Ze kon zich niet meer verroeren en voelde dat haar been gebroken was. De ambulance was snel ter plaatse en bracht haar naar het ziekenhuis. Gelukkig was Irene stabiel.

De ambulance moest wel langzaam rijden want de hobbels deden pijn.

Wat een leuk avondje uit moest worden, werd een avond op de Spoedeisende Hulp van het St. Antonius Ziekenhuis in Utrecht. Er werd een röntgenfoto gemaakt en daarop was inderdaad te zien dat het bovenbeen gebroken was. Irene moest geopereerd worden. Dit kon de volgende dag en ze werd daar op de SEH vast op voorbereid. Er werd een ECG gemaakt, bloed geprikt en een pijnblokkade gegeven. Daarna werd Irene naar de afdeling gebracht voor de nacht.

Helaas bleek uit de ECG en laboratoriumuitslagen dat de algehele conditie, met name van het hart van Irene niet heel goed was. Er volgde een intensief 'samen beslis traject' met meerdere open en diepgaande gesprekken met verschillende zorgverleners.



Uiteindelijk werd in samenspraak besloten alle risico's overziende toch te opereren.

Een laatste deel van het bestaan alleen maar liggend of zittend, zag ik niet zitten.



De operatie ging goed en de revalidatie verliep voorspoedig. Na 10 dagen werd Irene overgeplaatst naar een geriatriesch revalidatiecentrum en na twee weken kon ze alweer naar huis.



Tijdens het verblijf in het ziekenhuis sprak de traumachirurg met Irene af dat hij over een paar maanden bij haar thuis langskwam voor een kop koffie. En zo geschiedde. Inmiddels heeft Irene ook alweer een aantal concerten kunnen bezoeken.

De cardioloog had al twee jaar geleden gezegd dat ik een korte levensverwachting heb. En kijk dokter ik ben er nog steeds.



Eline



Op 18 maart 2019 zat de 20-jarige Eline in de tram op weg naar Utrecht toen er plotseling werd geschoten. Eline sprong uit de tram. Ze kwam ongelukkig ten val en kroop weg. Vanuit de deur werd ze in de rug geschoten. De kogel ging dwars door haar lijf.

Na ongeveer 15 minuten was een ambulance ter plaatse. Na een korte triage door de ambulance werd besloten tot een 'scoop and run'. Eline kreeg pijnstilling en een zuurstofmasker en werd zo snel mogelijk naar het UMC Utrecht gebracht.

Tijdens het transport naar het ziekenhuis hield de ambulancebroeder Eline's hand vast.

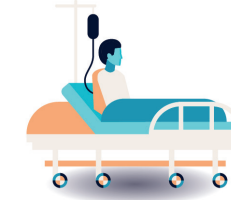
Ik was bang dat ik het niet zou overleven.

In het UMC Utrecht werd Eline opgevangen op de traumakamer. Het laatste wat ze bewust heeft meegereggen, is dat een traumachirurg zei dat ze geopereerd moest worden.

Op de MC hebben verpleegkundigen moeite gedaan om in bed mijn haar te wassen. Dat was zó lekker! En toen kreeg ik ook nog een hoofdmassage. Ik genoot echt helemaal.



Na de eerste operatie (er zouden er nog vijf volgen) werd Eline opgenomen op de intensive care. Daar is ze negen dagen onder narcose gehouden. Na twaalf dagen intensive care werd ze overgeplaatst naar de medium care en kort daarna naar de verpleegafdeling.



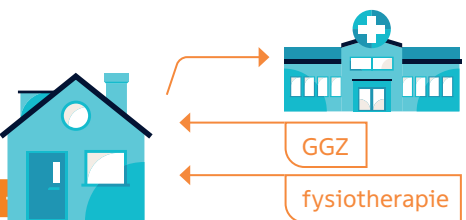
Met de verpleging deed ze ademhalingsoefeningen en met de fysiotherapeut leerde ze stapje voor stapje opnieuw lopen.

De artsen durfden niet met zekerheid aan te geven of ik ooit weer kon lopen. Eén fysiotherapeut zei: 'jij gaat weer kunnen lopen'. Daar heb ik me aan vastgehouden en dat heeft me enorm gemotiveerd om iedere dag de volle 100% te geven.

Op 12 april werd Eline uit het ziekenhuis ontslagen. Ze vervolgde haar revalidatietraject poliklinisch in De Hoogstraat, waarna ze overging naar een sportfysiotherapeut. Daar is ze tot op de dag van vandaag nog steeds.

In het ziekenhuis had Eline gesprekken met verpleegkundigen van de mobiele psychiatrische unit. In De Hoogstraat kreeg ze voor het eerst uitgebreide psychische hulp. Maar het verwerken van het (psychische) trauma gebeurde pas daarna met hulp van een gespecialiseerde psycholoog die ze zelf heeft gevonden.

Ik miste iemand die als ervaringsdeskundige langskwam, iemand die weet hoe traumatisch het is op zo'n IC en hoe het is om zo lang in het ziekenhuis te liggen.



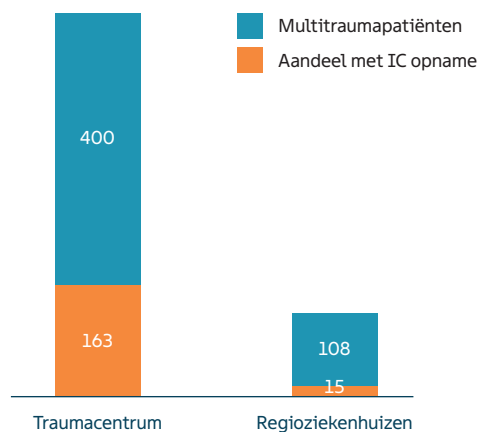
Het **Diaconessenhuis** ziet het als een maatschappelijke opgave om de acute zorg in de regio Utrecht samen met de ketenpartners toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden.

Binnen de regio Midden-Nederland is de traumazorg goed georganiseerd waarbij sprake is van goede samenwerking binnen het netwerk van zorginstellingen. De ambitie van het Diaconessenhuis is dat de acute zorg altijd open is voor passende tweedelijns acute zorg. Dit betekent wat voor de instroom, doorstroom en uitstroom van de SEH en het ziekenhuis. Hiervoor is het belangrijk dat we de samenwerking met onze ketenpartners in de acute keten nog effectiever maken. Het Diaconessenhuis werkt samen met de andere ziekenhuizen aan de inrichting van een geriatrisch traumacentrum dat zich richt op de behandeling van ouderen met botbreuken, met name heupfracturen.

1.083 traumapatiënten opgenomen in het **Diaconessenhuis**.



Intensive care



Van de traumapatiënten opgenomen in de regioziekenhuizen heeft **2%** op de **Intensive Care** gelegen.

In het **traumacentrum** was dat **19%**.

Voor de groep multitraumapatiënten was dit **14%** respectievelijk **41%**.

Traumaopvang en traumachirurgie

Als het stadsziekenhuis van Utrecht zorgen wij op de SEH voor iedere patiënt met traumatisch letsel. Er is 24/7 een medisch specialist aanwezig in de vorm van een SEH-arts. Iedere ambulance-opvang wordt gedaan in teamverband dat wordt aangepast aan de ernst van de verwondingen. Een verpleegkundig specialist behandelt versneld patiënten met eenvoudig mono-letsel in een aparte patiëntenstroom.



Naast (complex) mono-letsel ligt ons speerpunt op de geriatrische patiënt met comorbiditeit. Deze patiënten worden multidisciplinair in een specifiek zorgpad behandeld, in nauwe samenwerking met de afdeling geriatrie. We overleggen laagdrempelig met het UMC Utrecht en opereren bij (complexe) operaties regelmatig samen met collega-traumachirurgen uit dat ziekenhuis.

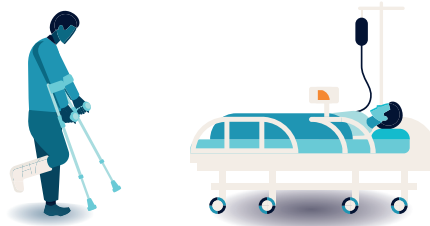
We hebben verschillende regionale en landelijke trials opgestart, bijvoorbeeld op het gebied van clavicula-, enkel- en schouderfracturen. Landelijk voeren we verschillende studies op hand-pols gebied uit. Een van onze traumachirurgen heeft een deelaanstelling bij het Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland waar hij onderzoek initieert op het gebied van prehospital triage van ongevalspatiënten in de regio en hiermee koploper is in onderzoek naar "de juiste patiënt tijdig op de juiste plaats".

De traumazorg in de regio Midden-Nederland is een goed geolied netwerk van zorginstellingen, met Meander Medisch Centrum (MMC) als belangrijke spil in de regio Eemland. Door de sterke samenwerking tussen ziekenhuizen, ambulance-diensten en andere zorginstellingen zorgen we voor een gestroomlijnde en effectieve zorgketen en kunnen we een hoge kwaliteit van zorg garanderen.

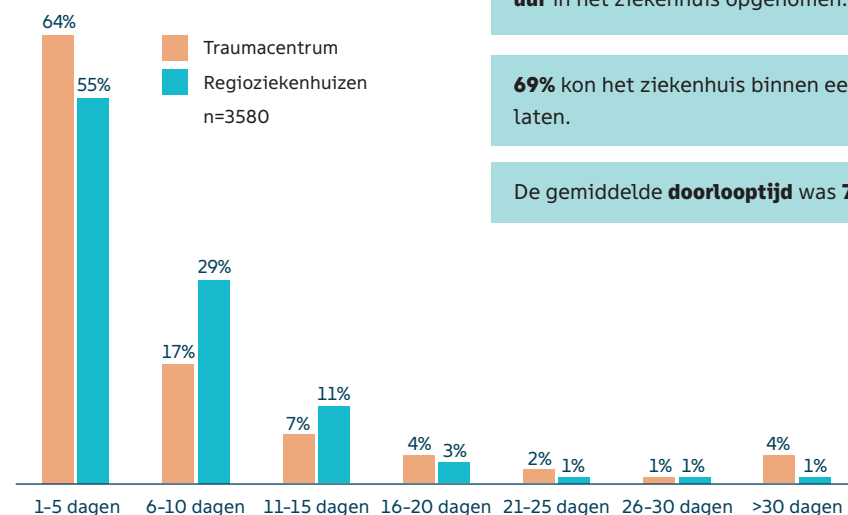
Gezien de toename in ongevallen werken we momenteel aan de uitbreiding van onze traumazorgcapaciteit, inclusief de vernieuwing van onze SEH en verbeterde digitale systemen voor patiëntregistratie. Dit zal de doorstroom van traumapatiënten versnellen, wat vooral belangrijk is gezien de stijging van traumagerelateerde SEH-bezoeken. Daarnaast intensiveren we onze samenwerking met andere ziekenhuizen en zorginstellingen in de regio om de kwaliteit van de nazorg te verbeteren en traumapatiënten sneller de juiste vervolgzorg te bieden.

Uit de LTR:

1.132 traumapatiënten opgenomen in het **Meander Medisch Centrum**.



Opnameduur



32% van alle opgenomen en behandelde traumapatiënten in de regio was maximaal **48 uur** in het ziekenhuis opgenomen.

69% kon het ziekenhuis binnen een week verlaten.

De gemiddelde **doorlooptijd** was **7 dagen**.

Traumaopvang en traumachirurgie

Het MMC speelt een cruciale rol in de acute zorg voor traumapatiënten in de regio Eemland. Op de SEH wordt door SEH-artsen en traumachirurgen de eerste opvang van slachtoffers verzorgd. Het team van drie ervaren traumachirurgen biedt hoogwaardige zorg voor een breed scala aan traumatische letsels en werkt hierin nauw samen met de orthopedie. Zij voeren operaties uit in de volle breedte van de traumachirurgie, van complexe fractuurbehandelingen tot spoedeisende ingrepen bij verwondingen en sportletsels. Ze werken nauw samen met de afdelingen plastische chirurgie, anesthesie en intensive care, zodat patiënten snel de juiste zorg krijgen.

Bij patiënten met complexe letsels werken we nauw samen met het UMC Utrecht. De patiënt wordt gestabiliseerd en indien nodig overgeplaatst voor gespecialiseerde behandelingen.

De regionale samenwerking omvat niet alleen patiëntenzorg, maar ook onderlinge scholing, overdrachten en gezamenlijke protocollen om de kwaliteit van traumazorg in de hele regio te optimaliseren. Dankzij moderne faciliteiten, multidisciplinaire samenwerking en nauwe afstemming binnen het regionale traumazorgnetwerk bieden we hoogwaardige en efficiënte traumazorg voor patiënten in Midden-Nederland.



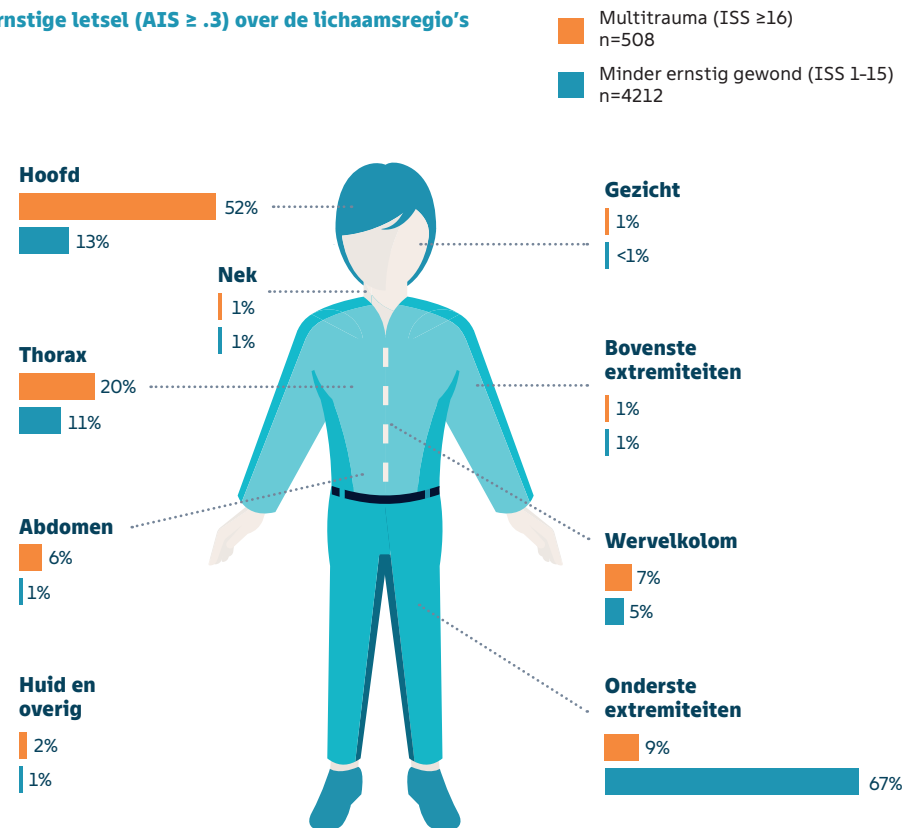
Uit de LTR: letsels

In 2024 zijn ruim **15.500 letsels** gecodeerd bij de traumapatiënten die in onze regio zijn opgenomen en behandeld.

Het hoogste aantal **verschillende letsels** bij **één patiënt** geregistreerd is **37**.

AIS letselcodes variëren qua ernst van .1 tot .6. Vanaf .3 spreken we van **ernstig letsel**. Op basis van de AIS letselcodes wordt de **ISS** berekend.

Verdeling ernstige letsel (AIS ≥ .3) over de lichaamsregio's



Bij **multitraumapatiënten** zijn ernstige letsels aan het **hoofd** (hersenen) en aan de **borstkast** (thorax) de voornaamste reden van opname.

Minder ernstig gewonde patiënten worden voornamelijk opgenomen vanwege ernstige letsels aan de **onderste extremiteiten** (benen).

24

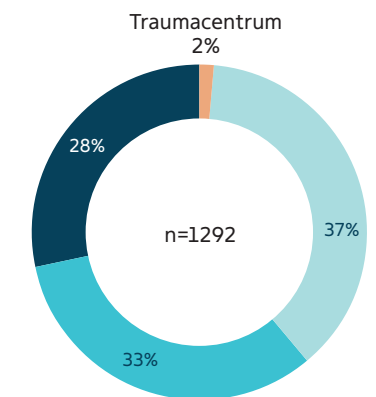
25

Uit de LTR: geïsoleerde heupfractuur



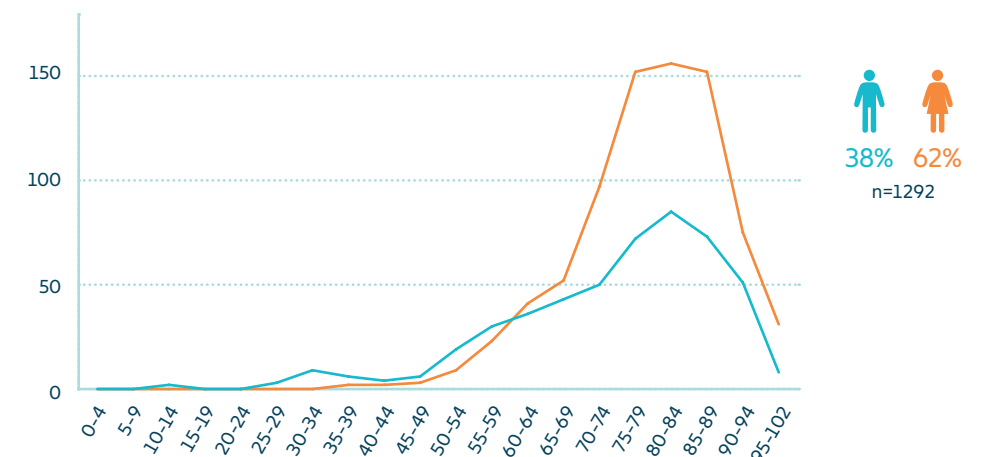
1292 traumapatiënten werden opgenomen en behandeld vanwege een **geïsoleerde heupfractuur** (gebroken heup zonder ander ernstig letsel (ISS 9-15)). Van deze groep was bijna **80% 70 jaar en ouder**.

Opname ziekenhuis geïsoleerde heupfractuur



Slechts **21 patiënten** werden opgenomen en behandeld in het **traumacentrum** vanwege (ernstige) comorbiditeit zoals hemofilie.

Leeftijd en geslacht traumapatiënten met geïsoleerde heupfractuur



Verbeteren van de zorg voor ouderen met een heupfractuur in de regio Midden-Nederland door de zorg te concentreren in een speciale focuskliniek. Dat is de missie van het nieuw op te richten **Traumageriatisch Centrum**.

In de regio Midden-Nederland worden ouderen met een heupfractuur nu opgevangen op de geriatrie trauma unit van het St. Antonius Ziekenhuis, Diaconessenhuis of Meander Medisch Centrum. Maatschappelijke uitdagingen zoals dubbele vergrijzing en schaarste in de zorg aan personeel en middelen vragen om een nieuwe aanpak. Daarnaast ervaren de drie ziekenhuizen dezelfde problemen in logistiek en doorstroom naar verpleeghuizen. De initiatiefnemers van het Traumageriatisch Centrum denken dat op te lossen door schaalvergroting en zorgtransformatie.

Door de patiënten op te vangen op één locatie wordt een boost gegeven aan zinnige zorg voor de kwetsbare oudere. Om de kennishiaten rond de kwetsbare oudere op te lossen, is meer aandacht en onderzoek nodig.

Bijna de helft van de traumapatiënten die werden opgenomen en behandeld in de ziekenhuizen in onze regio was **70 jaar en ouder**.

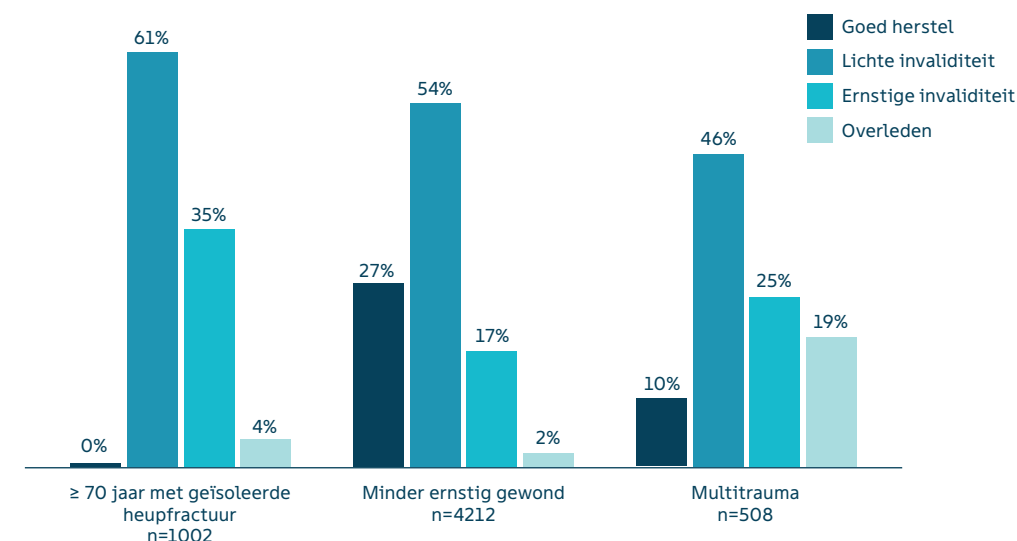


Val van gelijke hoogte was met **82%** de meest voorkomende oorzaak van het ongeval bij de geriatrie patiënt, gevolgd door **fietsongevallen (12%)**.

82% van de ongevallen vond in de **privésfeer** plaats en **15%** in het **verkeer**.



Het meest voorkomende letsel bij deze patiënt-groep was **de geïsoleerde heupfractuur (46%)**.



Voor de meeste traumapatiënten was er bij ontslag uit het ziekenhuis sprake van goed herstel tot lichte invaliditeit en kon men terug naar de eigen woonomgeving. Voor een groot deel van de groep geriatrie patiënten met een geïsoleerde heupfractuur volgde na ontslag nog een periode van revalidatie in een verpleeghuis.

Ontslagbestemming

	n=1140	n=3580		
	Traumacentrum	Regioziekenhuizen		
	66%	52%		Eigen woonomgeving
	9%	4%		Ander ziekenhuis
	8%	0%		Revalidatiecentrum
	7%	2%		In instelling overleden
	4%	33%		Verpleeghuis
	4%	2%		Andere instelling
	1%	6%		Verzorgingshuis
	1%	1%		Anders

De Hoogstraat

De Hoogstraat Revalidatie werkt met meerdere (zorg)partijen samen.

De Hoogstraat en het UMC Utrecht vullen elkaar naadloos aan voor specifieke onderdelen van de patiëntenzorg en patiëntengroepen.

In het Diakonessenhuis werken revalidatieartsen van De Hoogstraat. Zo is afstemming met andere specialismen als vanzelf georganiseerd. Een dergelijke constructie hadden we ook met het St. Antonius Ziekenhuis. Daar is de revalidatiegeneeskunde nu geïntegreerd in het ziekenhuis. Maar de onderlinge verbanden zijn gebleven en uiten zich in goede ketenzorgafspraken, goede samenwerking tussen de revalidatieartsen en in de opleiding van revalidatie-artsen.

We werken samen met ZorgSpectrum locatie Houten om dwarslaesierevalidanten in een geriatrische revalidatiesetting te ondersteunen. Met het Militair Revalidatie Centrum Aardenburg en het Meander Medisch Centrum zorgen we voor voldoende keuzevrijheid, stevige deskundigheid en goede toegankelijkheid voor alle revalidatievragen in de regio Amersfoort. Op die manier is de Hoogstraat een spil in het netwerk.



© De Hoogstraat Revalidatie

99 traumapatiënten uit de regio hadden **na ontslag** uit het ziekenhuis **klinische medisch specialistische revalidatiezorg** nodig.



© MRC Aardenburg

Militair Revalidatiecentrum Aardenburg

Revalidatie na trauma is een van de belangrijkste speerpunten van het **Militair Revalidatie Centrum Aardenburg (MRC)** in Doorn.

Het MRC behandelt daarom naast militairen ook civiele patiënten na multi-trauma, traumatische amputatie en traumatisch hersenletsel. Hierin werken we nauw samen met onze militaire geneeskundige keten én civiele partners. Op het gebied van multitraumarevalidatie is het UMC Utrecht een belangrijke regionale samenwerkingspartner: bij ontslag uit het UMC Utrecht neemt het MRC patiënten over voor klinische medisch specialistische revalidatie. Zodra de zelfstandigheid en thuissituatie toereikend zijn, volgt een periode van poliklinische revalidatie, gericht op terugkeer naar maximale maatschappelijke participatie binnen de mogelijkheden.

De samenwerking tussen Defensie en civiele partners op het gebied van traumazorg wordt in het licht van de huidige geopolitieke situatie en dreiging steeds belangrijker.

Geriatrische revalidatiezorg speelt een cruciale rol in de zorg aan ouderen na een ongeval. De zorg richt zich op zo snel en functioneel mogelijk herstel met als doel de patiënt weer naar huis terug te laten keren.

Voor ouderen vraagt revalidatie na trauma om gespecialiseerde zorg, passend bij de mogelijkheden en wensen van de individuele patiënt. In de regio Midden-Nederland bieden meerdere zorginstellingen deze geriatrische revalidatiezorg. Samen met de ziekenhuizen en andere verwijzers werken zij continu aan verbetering van de zorg. Door betere afstemming en kennisdeling weten zorgverleners nu waar welke zorg wordt geboden, zodat de patiënt sneller voor de juiste zorg wordt verwezen naar de juiste plek. Door gezamenlijke doelen te stellen, verbeterplannen te ontwikkelen en transmurale zorgpaden te optimaliseren is de afstemming in de keten verbeterd. Dit heeft geleid tot betere informatieoverdracht en betere voorlichting aan de patiënt.

n=2172

Ontslagbestemming geriatrische traumapatiënt (≥ 70 jaar)		
	Verpleeghuis	52%
	Eigen woonomgeving	27%
	Verzorgingshuis	8%
	In instelling overleden	6%
	Ander ziekenhuis	4%
	Anders	3%



Thuiszorg

De wijkverpleging is een belangrijke schakel met het oog op vervolgzorg na een ongeval, waarbij de komende jaren steeds meer aandacht zal uitgaan naar direct inzetbare wijkverpleging.

De grootste inzet bestaat uit reguliere vervolgzorg. De (gespecialiseerde) wijkverpleegkundige komt bij patiënten die thuis kunnen herstellen, bijvoorbeeld voor wondzorg bij ernstig letsel, waarbij de inzet in uren in de loop van het herstel wordt afgebouwd en de patiënt wordt geleerd hoe hij zelfredzaam blijft.

Met het oog op de groei van de acute instroom bij huisartsenposten en ziekenhuizen ligt de uitdaging in ketensamenwerking. Direct inzetbare wijkverpleging gaat een belangrijke rol spelen om een opname in het ziekenhuis of tijdelijk verblijf in een verpleeghuis te voorkomen. Dit kan door bij de triage op de huisartsenpost (HAP), in de ambulance of op de SEH te beoordelen of de patiënt met directe (extra) inzet van de wijkverpleging thuis kan blijven en daardoor niet opgenomen hoeft te worden.

Fysiotherapie

De laatste decennia is de organisatie en uitvoering van de traumazorg sterk verbeterd. Daardoor schuift de aandacht op naar het verbeteren van functionele uitkomsten en het verhogen van de kwaliteit van leven van traumapatiënten.

De fysiotherapeuten in het ziekenhuis starten zo snel mogelijk met het fysieke herstel. Bij ontslag revalideren de meeste patiënten verder in de eerstelijns fysiotherapie. Als een patiënt niet naar huis kan, wordt een passende ontslagbestemming gezocht.



Om de revalidatiefase te optimaliseren is in 2024 de landelijke stichting Netwerk Traumarevalidatie Nederland (NTN) opgericht. Het doel is om binnen regionale netwerken de uniformiteit en kwaliteit van de nazorg te waarborgen en de verbinding tussen de ziekenhuizen en de regio te optimaliseren.

GGZ

Sinds de jaren zeventig werken Altrecht GGZ, het St. Antonius Ziekenhuis en het UMC Utrecht samen om 24/7 acuut psychiatrische hulpverlening (crisisdienst, ambulante crisishulpverlening en acute opname) te kunnen garanderen.

Altrecht biedt samen met regionale partners netwerkzorg. Om op al die plaatsen tijdig multidisciplinaire triage en expertise beschikbaar te stellen is domein-overstijgende samenwerking noodzakelijk. De organisatie daarvan vindt plaats in het Zorg Coördinatie Centrum Midden-Nederland.

Altrecht biedt tweede en derdelijns geestelijke gezondheidszorg en is verantwoordelijk voor de acute psychiatrische beoordelingen in (het midden en westelijke deel van) de provincie Utrecht. Daarmee geeft Altrecht uitvoering aan de Wet verplichte GGZ. Na een beoordeling volgt meestal een ambulante en/of klinische crisisinterventie. Jaarlijks gaat het om meer dan 3.500 trajecten.

Leger des Heils

De ziekenboeg van het **Leger des Heils** aan de Nieuwegracht in Utrecht is een belangrijke opvanglocatie voor dak- en thuislozen die na een medisch voorval of ontslag uit het ziekenhuis zorg en observatie nodig hebben.

Deze kleinschalige locatie beschikt over vier bedden voor kortdurend herstel in een passende en veilige omgeving. Verpleegkundigen van het Leger des Heils leveren de medische zorg in samenwerking met de wijkverpleging voor een 24/7-dekking. Deze geïntegreerde aanpak versterkt de continuïteit van zorg binnen de regio. Zowel zorgverleners als cliënten waarderen de korte, doelgerichte opvang.

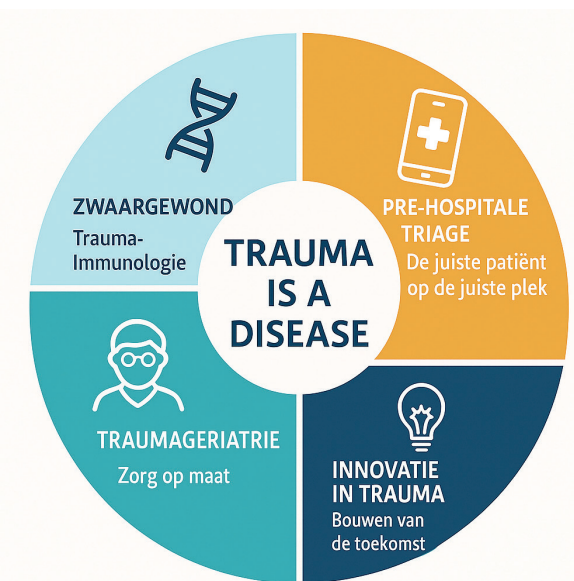
De **Blinkert** is een specialistisch verpleeghuis voor mensen met multi-problematiek. Cliënten hebben vaak een verleden als dak- en/of thuisloze én diverse maatschappelijke problemen, waardoor zij niet binnen het reguliere zorgaanbod passen.

Twee afdelingen zijn ingericht voor opname, observatie en revalidatie. De overige vijf afdelingen zijn gericht op langdurig verblijf. De Blinkert heeft alle expertise en kennis in huis om zorg op maat te bieden, waarbij veel aandacht voor het welzijn en welbevinden van de cliënt.

Onderwijs en onderzoek zijn een verbindende kracht in de regio Midden-Nederland. Ieder ziekenhuis draagt daar vanuit zijn eigen expertise aan bij.

De kern van deze samenwerking is de al vele jaren bestaande regio-brede opleiding voor chirurgie en de gezamenlijke fellowships in de vervolgopleiding. Deze aanpak zorgt voor een directe kruisbestuiving tussen zorg, onderwijs en onderzoek en een sterke onderlinge betrokkenheid van studenten, artsen in opleiding en chirurgen.

Onze regio onderscheidt zich door een breed maar sterk coherent wetenschappelijk profiel, van fundamenteel en translationeel onderzoek tot klinische innovaties, triage in de prehospitalale zorg en end-of-life studies. De onderzoekslijnen zijn ontstaan vanuit de behoefte om beter inzicht te krijgen in de ziekteprocessen, behandelingen te verbeteren en zorgprocessen te optimaliseren. De inhoudelijke en strategische verwevenheid van de onderzoekslijnen maakt onze regio bijzonder. Ze versterken én versnellen elkaar binnen een cultuur van vertrouwen, samenwerking en wederzijdse ondersteuning. En daarmee creëren we impact op de zorg van nu én morgen.



Traumazorg vereist niet alleen behandeling van een letsel, maar behandeling van de hele patiënt. Traumazorg stopt dus niet bij het sluiten van een wond of het stabiliseren van een patiënt. Het is een continue reis door een complexe zorgketen, waarbij elke schakel (van prehospitale triage tot langdurige revalidatie) een directe invloed heeft op het herstel, de kwaliteit van leven en de maatschappelijke participatie van de traumapatiënt.

In deze brochure hebben we laten zien hoe intensief en zorgvuldig die ketenzorg binnen onze regio wordt vormgegeven. Iedere betrokkene in het netwerk, van ambulancediensten, ziekenhuizen, traumateams, revalidatiecentra tot nazorgpartners, heeft laten zien dat samenwerking geen abstract begrip is maar dagelijkse realiteit. Een werkelijkheid waarin afstemming, onderling vertrouwen en gedeelde verantwoordelijkheid het verschil maken voor overleven en herstel, tussen overbelasting en continuïteit van het systeem.

Vanaf het moment van ontstaan van letsel tot uiteindelijke eindpunt in het herstel heeft ieder besluit of handelen effect op de uiteindelijke uitkomst van zorg.

Dat vraagt om expertise, structuur en eenheid in handelen in de hele keten. Adequate en continue triage in iedere stap van de keten vormt daarbij een belangrijk aspect. Een goede inschatting bepaalt het verdere beloop van de zorg. De onderlegger hiervoor is het besef dat trauma meer is dan een gebeurtenis. Het is een ziekte, met niet zelden een complex en langdurig beloop. Alleen door het als zodanig te benaderen, vanuit de zorgverlening en vanuit de maatschappij, doen we recht aan de impact ervan op het individu én op de samenleving.

We sluiten deze brochure af met waardering voor de inzet van alle professionals in de traumazorgketen en met hernieuwde motivatie om samen te blijven bouwen aan een toekomstbestendig, inclusief en mensgericht traumasysteem.

Lukas van Spengler, directeur Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland

Falco Hietbrink, medisch manager Traumacentrum UMC Utrecht

De cijfers in deze brochure komen uit de Landelijke Traumaregistratie registratiejaar **2024**, tenzij anders vermeld.

Dank aan iedereen die heeft bijgedragen aan de totstandkoming van deze brochure. In het bijzonder Eline en Irene voor het delen van hun persoonlijke ervaring.

Met medewerking van:



Redactie

Falco Hietbrink
Karen Jaarsveld

Met medewerking van

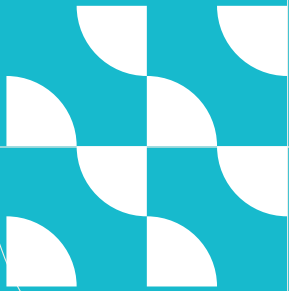
CATO-communicatie
Daniëlle van Boxel

Ontwerp en opmaak

Studio Kartel

Drukwerk

Bakkerbaarn



Samen zorgen

Samen werken we aan een toekomstbestendige acute zorgketen. We hebben elkaar nodig om te zorgen dat we in onze regio iedereen acute zorg kunnen bieden.

NAZMN.nl