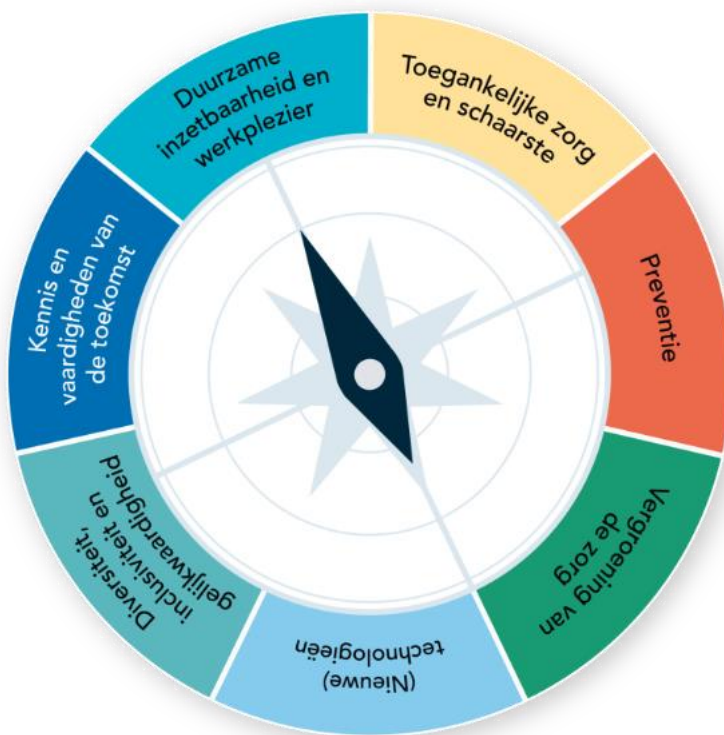


Veranderend perspectief

VRA Beleidsplan 2026-2036



NEDERLANDSE
VERENIGING VAN
REVALIDATIEARTSEN



November 2025

Bron kompas: De Medisch Specialist 2035, Federatie Medisch Specialisten

Inleiding

Voor u ligt het beleidsplan van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) van 2026 tot 2036. De VRA volgt in haar beleidsplan de thema's van de '[toekomstvisie Medisch Specialist 2035](#)' van de Federatie Medisch Specialisten (Federatie). Daarnaast heeft dit beleidsplan raakvlakken met de thema's van het Transformatieplan van Revalidatie Nederland.

Een aantal thema's zijn specifiek uitgewerkt voor onze wetenschappelijke vereniging. We willen alle leden hartelijk bedanken voor de input die we hiervoor ontvingen vanuit bestuurscommissies, diagnose gebonden werkgroepen en medische staven.

De wereld om ons heen is fors in beweging. De Federatie constateert: “de Nederlandse gezondheidszorg staat aan de vooravond van ingrijpende veranderingen. Denk aan technologische innovaties, demografische verschuivingen, macro-economische invloeden en klimaatproblemen. Daarnaast is er een groeiende bezorgdheid over de arbeidsmarkt en de beschikbare financiële ruimte. Al deze ontwikkelingen beïnvloeden het zorglandschap waarin de (toekomstig) medisch specialist opereert. De rol en werkwijze zal daardoor veranderen. Het is daarom cruciaal om samen een gedragen toekomstvisie op 2035 te ontwikkelen.”

Deze toekomstige ontwikkelingen raken uiteraard ook de werkzaamheden van de revalidatieartsen en hun behandelteams.

De komende jaren zullen we ons als vereniging richten op de thema's en de bijbehorende doelen die in dit beleidsplan zijn geformuleerd. Samen met de verschillende gremia binnen de vereniging zullen op basis van dit beleidsplan concrete jaarplannen uitgewerkt worden. In deze jaarplannen worden doelen verder uitgewerkt en eigenaren aan deze doelen gekoppeld.

Er is een bewust gekozen om de termijn van de Federatie te volgen plus één jaar, zodat er in 2035 nog tijd is om het nieuwe beleidsplan van de Federatie als basis te gebruiken voor een nieuw beleidsplan van de VRA. Er blijft uiteraard altijd ruimte voor aanpassingen indien maatschappelijke trends dit van ons vragen. Het uiteindelijke doel is om belangrijke stappen te zetten in de verdere ontwikkeling van de revalidatiegeneeskunde in Nederland. Want hier werken we aan: **samen sterk(er) voor de beste revalidatiegeneeskunde.**

Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen

De VRA is een organisatie van zorgprofessionals die als primair doel hebben de maatschappelijke participatie en autonomie van hun patiënten te bevorderen. De VRA heeft als missie: 'samen sterk(er) voor de beste revalidatiegeneeskunde'. Deze missie is verder uitgewerkt in het document "[De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen: Waarom, hoe en wat?](#)" (okt 2024). Dit document dient als kader voor de activiteiten die binnen de VRA worden uitgevoerd.

Medisch specialistische revalidatiegeneeskunde is een onderdeel van het gehele revalidatiespectrum, dat zich met name richt op de hoog-complexe, hoog-specialistische revalidatiezorg. Zoals ook in de [Kwaliteitsstandaard Indicatiestelling \(interdisciplinaire\) Medisch Specialistische Revalidatie](#) (nov 2024) is gedefinieerd, omvat Medisch Specialistische Revalidatie "(MSR) triage, diagnostiek, prognostiek, advisering en behandeling van kinderen en volwassenen met complexe, en met elkaar samenhangende problemen van het bewegingssysteem en aan beweging aanverwante functies, sensorische functies en pijn, mentale functies, stem en spraak". Deze definitie zal de komende jaren uitgedragen worden door de VRA en dient als basis voor de revalidatiegeneeskunde en daarbij behorend beleid.

1. Toegankelijke zorg en schaarste

De groei van de Nederlandse bevolking en het aantal ouderen (met een chronische aandoening) enerzijds en de krimpende beroepsbevolking anderzijds leidt tot toenemende druk om kwalitatief goede zorg toegankelijk te houden. De coronapandemie heeft ons bovendien geleerd dat we voorbereid moeten zijn op crisissituaties, waarbij de druk op zorgpersoneel nog extra toeneemt.

1.1 Omgaan met schaarste

De komende jaren krijgen we te maken met grote schaarste op het gebied van personeel en middelen, versus een groei van de bevolking en in het bijzonder de groep met multimorbiditeit en ouderen. Om ook op de langere termijn revalidatiegeneeskunde toegankelijk te houden, zullen we zelf in actie moeten komen. Dit vraagt om lef om anders te gaan werken. Het WHO-rapport over revalidatie pleit voor structurele samenwerking met de eerste lijn, het inrichten van 1,5e-lijns behandelcentra en het vergroten van kennis en gezondheidsvaardigheden in het sociaal domein. De ontwikkeling van de multidisciplinaire eerstelijns revalidatiebehandeling (MER) kan een waardevolle tussenstap zijn, die om nadere uitwerking vraagt.

Revalidatie in gezondheidszorgsystemen



Figuur 1: WHO-Rehabilitation in health systems/ Revalidatie in gezondheidszorgsystemen: aangepast naar de Nederlandse situatie²⁵

Figuur 1: de plaats van interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (IMSR) in het zorgaanbod (WHO rapport). In de Nederlandse situatie vindt IMSR plaats in de bovenste twee blokken (licht- en donkerblauw). IMSR kan zowel in de tweede- als in de derdelijns plaats vinden in ziekenhuizen en revalidatiecentra.

Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatiebehandelingen (IMSR) zullen doelmatig, zo kort als mogelijk en zo intensief als nodig aangeboden moeten (blijven) worden. Het is de verwachting dat de consulerende rol van de revalidatiearts groter wordt, zodat meer patiënten kunnen profiteren van revalidatiegeneeskundige expertise.

Om schaarste het hoofd te bieden roept het visiedocument 'Medisch Specialist 2035' de wetenschappelijke verenigingen op om door kritisch naar het zorgaanbod te kijken, bewuste en doelmatige keuzes in de zorg te maken en om voorbereid te zijn op de toekomst door adaptieve strategieën te ontwikkelen. Scenariodenken om mogelijke toekomstbeelden te verkennen (zoals oorlog of pandemie) en scholing in crisis- en verandermanagement kunnen daarbij helpen ([link](#)).

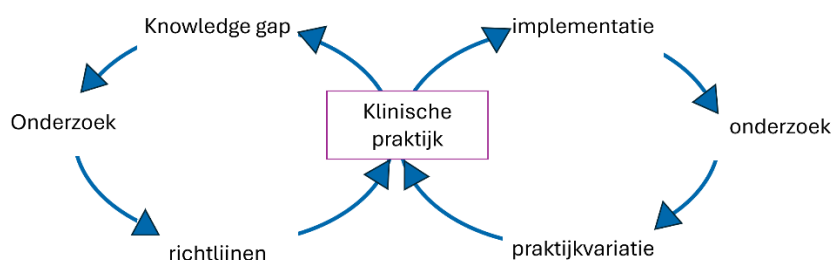
Doelen:

- A. Wij verhelderen de indicatiestelling van de IMSR richting andere vakgebieden en de buitenwereld door middel van formuleren van duidelijke in- en exclusiecriteria in behandelkaders en het uitdragen daarvan.
- B. Wij nemen een duidelijke positie in over de positionering, vorm en voorwaarden van de multidisciplinaire eerstelijns revalidatie behandeling (MER). Vanuit deze positie voeren wij het overleg met andere relevante partijen.
- C. Wij werken eraan om de consulterende rol van de revalidatiearts te vergroten zodat meer patiënten kunnen profiteren van de kennis van de revalidatiearts. We kijken naar welke randvoorwaarden dit mogelijk kunnen maken.
- D. Wij bereiden ons als vereniging voor op mogelijke toekomstscenario's (zoals oorlog of pandemie) en faciliteren de leden om adaptieve strategieën te ontwikkelen en hierin kennis op te doen met gerichte hulpmiddelen en scholing.

1.2 Doelmatige revalidatie

Doelmatige revalidatiegeneeskundige zorg, zoals gedefinieerd in de [Kwaliteitsstandaard Indicatiestelling Medisch Specialistische Revalidatie](#) uit 2024, is het leveren van goede revalidatiezorg op het juiste moment aan de juiste patiënt daarbij rekening houdend met de toekomstbestendigheid van zorg: het behouden, verbeteren en in balans houden van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de revalidatiezorg voor deze en toekomstige generaties. Doelmatige revalidatiezorg voldoet aan de richtlijnen en behandelkaders van de VRA. Zorgevaluatie is een essentieel middel om de doelmatigheid van specifieke revalidatiegeneeskundige zorg te beoordelen (figuur 2). Kennishiaten die uit richtlijnontwikkeling naar voren komen staan aan de basis van de [Kennisagenda van de VRA](#) uit 2023, die leidend is in de keuze van onderzoeksthema's op het gebied van zorgevaluatie. Het tot stand komen en uitvoeren van de Kennisagenda is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de VRA, het hooglerarenconvent, de werkgroepen, de onderzoeksgroepen en de instellingen.

Doelmatige revalidatie



Figuur 2: 'Infinity loop' m.b.t. kennisontwikkeling en implementatie in de klinische praktijk. Bron: presentatie ZE&GG 16-1-2025

Het streven is dat patiënten overal in ons land dezelfde kwaliteit van zorg krijgen. Voor optimale kwaliteit en doelmatigheid van zorg is het van groot belang dat partijen die IMSR aanbieden werken conform bestaande richtlijnen en behandelkaders. Om de aangeboden zorg op instellingsniveau te kunnen vergelijken en om daarmee van elkaar te kunnen leren, heeft de VRA samen met Revalidatie Nederland het revalidatieregister en de Stichting Revalidatie Impact (SRI) opgezet. Zodra de Wet Kwaliteitsregistraties Zorg is ingegaan, zal deelname voor aanbieders van IMSR aan de kwaliteitsregistraties verplicht worden. Momenteel wordt uitgewerkt hoe de monitoring van kwaliteit en doelmatige inzet van middelen vorm zal krijgen. Vergelijking van instellingen met aandacht voor praktijkvariatie (definitie zie apart kader) zal daar in elk geval onderdeel van uitmaken. Praktijkvariatie kan berusten op verklaarbare verschillen, maar kan ook onverklaard en dus ongewenst zijn. Praktijkvariatie zal nauwgezet in kaart worden gebracht en ongewenste vormen hiervan zullen zo nodig worden teruggedrongen.

Definitie praktijkvariatie en ongewenste praktijkvariatie

“Praktijkvariatie is de mate waarin zorgaanbieders verschillen in de frequentie waarmee en/of wijze waarop zorg wordt geboden aan patiënten met vergelijkbare gezondheidsproblemen.

Praktijkvariatie kan acceptabel of zelfs gewenst zijn, indien zij wordt veroorzaakt door:

- aantoonbare verschillen tussen patiënten(populaties) en hun voorkeuren, die aanpassing vereisen vanuit het oogpunt van gepaste zorg en/of
- ruimte in interpretatie en toepassing van wetenschap en richtlijnen, door taakverdeling, concentratie en selectieve zorginkoop, en door overige verschillen tussen zorgaanbieders, die op basis van landelijke kwaliteitsstandaarden rechtvaardigen dat die zorg juist wel of juist niet wordt geleverd door de betreffende aanbieder.

Praktijkvariatie is onverklaard c.q. ongewenst - en verdient dus analyse en zo nodig correctie - in alle andere gevallen”.

Bron: Rapport ‘Begrippenkader Gepaste Zorg en Praktijkvariatie’, april 2015 in opdracht van ZINL, ZonMw, FMS, NFU

Dit vraagt van onze wetenschappelijke vereniging dat we stelling nemen in waar we voor staan: wat valt onder de verantwoordelijkheid van de Medisch Specialistische Revalidatie (en wat niet). Voor de werkgroepen komt er daardoor een nadrukkelijker rol om de implementatie van de behandelkaders en richtlijnen, en het evalueren van de resultaten ervan, in de beleidscyclus op te nemen. Hiervoor hebben de werkgroepen tijd, ondersteuning (vanuit de VRA én vanuit hun eigen werkgever) en mandaat nodig. Om dit te bewerkstelligen dan wel te optimaliseren, zal worden nagedacht of de huidige organisatiestructuur van de vereniging herziening behoeft en – zo ja – op welke manier.

Doelen:

- A. Wij stimuleren wetenschappelijk onderzoek naar doelmatigheid van revalidatiezorg op basis van de VRA Kennisagenda. Streven is dat kennishiaten uit de Kennisagenda opgelost worden.
- B. Wij voeren op basis van uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek en ondersteund met data uit SRI discussie binnen de vereniging over het zorgaanbod binnen de MSR. We nemen de uitkomsten van deze discussies op in onze richtlijnen en behandelkaders.

- C. Wij streven naar deelname van elke MSR-aanbieder aan het revalidatieregister en benchmarking.
- D. Wij monitoren of er aanwijzingen zijn voor praktijkvariatie tussen instellingen d.m.v. data van Stichting Revalidatie Impact. Als we deze vinden onderzoeken we hoe deze te verklaren valt. Zo nodig wordt een plan van aanpak gemaakt om ongewenste praktijkvariatie te verminderen.
- E. Wij dragen zorg voor een (vernieuwde) organisatiestructuur van de vereniging die past bij de taken en verantwoordelijkheden van de gremia.

1.3 Toegankelijkheid van revalidatiegeneeskundige zorg

De toegankelijkheid van revalidatiegeneeskundige expertise en behandeling is niet vanzelfsprekend. Naast dat ook in onze sector het personeelstekort voelbaar is, hebben patiënten vanuit bijvoorbeeld een verpleeghuis, een psychiatrische instelling, kinderdagcentrum, etc. niet altijd gelijkwaardig toegang tot revalidatiegeneeskundige zorg door financiële, logistieke of organisatorische obstakels. Ook voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, waaronder laaggeletterden en anderstaligen, is bijzondere aandacht nodig bij het ontwikkelen van behandelkaders en richtlijnen. Het zou niet moeten voorkomen dat beperkte gezondheidsvaardigheden reden zijn voor exclusie van revalidatiebehandelingen.

Om dit probleem te adresseren zal de VRA zich meer in maatschappelijke discussies mengen over kwetsbare groepen (zoals huisvesting, anderstaligen, onverzekerden, neuro-psychiatrische patiënten) en dit agenderen en adresseren op de verschillende tafels waar we aan deelnemen. Naast beschikbaarheid van zorg werken we ook aan beschikbaarheid van betrouwbare en begrijpelijke gezondheidsinformatie, zodat patiënten hun kennis over gezondheid kunnen vergroten en beter in staat zijn tot zelfzorg. Het is van belang dat deze informatie begrijpelijk en inclusief is, zodat bovengenoemde kwetsbare groepen er toegang toe hebben. Ook e-health en andere technologische innovaties moeten toegankelijk worden gemaakt voor alle groepen, ongeacht taal of digitale vaardigheden.

Hoog complexe, laag volume revalidatiezorg wordt vaak op meerdere zorgniveaus en door meerdere specialismen geleverd. De samenhang tussen de verschillende zorgniveaus en de toegang tot expertise is, zo blijkt bijvoorbeeld uit de [Blauwdruk Spierziekten](#), niet overal goed geregeld. Binnen de MSR zullen de komende jaren voor een aantal doelgroepen die hoog complexe, laag volume revalidatiezorg nodig hebben nieuwe afspraken gemaakt worden over welke zorg bij (universitaire) expertisecentra komt te liggen en welke zorg dicht bij de patiënt binnen een landelijk netwerk of bij gespecialiseerde 1^e lijnpraktijken wordt geleverd. Door goede afspraken te maken en de taken helder te verdelen binnen het netwerk, kan de zorg zo doelmatig mogelijk worden ingezet. Bij het implementeren en de-implementeren van onderdelen van zorg wordt verwacht dat de kwaliteit van zorg voor de patiënt gelijk blijft of toeneemt en de belasting op de revalidatiezorg vermindert. De data over de behandelinzet en de resultaten van de behandeling zijn hierbij van groot belang om het effect van de implementatie van de nieuwe structuur op de doelmatigheid en resultaten van de zorg inzichtelijk te maken.

Het patiëntperspectief zal een steeds belangrijker onderdeel uitmaken van de gremia van de VRA. Patiëntenparticipatie houdt in dat het perspectief van patiënten(vertegenwoordiging) wordt betrokken in de revalidatiezorg, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en beleid.

De Commissie Wetenschap & Innovatie heeft sinds 2024 een patiëntlid als vast lid van de commissie en andere gremia zullen mogelijk volgen komende jaren. Het perspectief van patiënten zal een belangrijke rol gaan spelen bij de ontwikkelingen van de revalidatiegeneeskunde. Samen met patiënten, patiëntorganisaties en patiëntenverenigingen moet vooraf nagedacht worden over wat de gewenste rol van patiënten kan zijn binnen de verschillende gremia van de vereniging. De participatieladder geeft in verschillende treden een specifieke rol weer: informeren, raadplegen, adviseren, partner en regie, met elk zijn eigen toegevoegde waarde. Dit vereist visieontwikkeling over patiëntenparticipatie in beleidsontwikkeling binnen de vereniging, met aandacht voor samen beslissen en verbeteren van zorg en wetenschappelijk onderzoek.

Doelen

- A. De VRA mengt zich in maatschappelijk discussies over toegankelijkheid van revalidatiezorg voor kwetsbare groepen en agendeert dit bij stakeholders.
- B. De VRA stelt begrijpelijke, inclusieve en betrouwbare gezondheidsinformatie beschikbaar over revalidatiegeneeskundige zorg aan patiënten en naasten.
- C. De VRA zet zich in voor het toegankelijk maken van (bewezen effectieve) e-health applicaties voor alle doelgroepen.
- D. Wij maken voor enkele specifieke diagnosegroepen die hoog complex, laag volume revalidatiezorg nodig hebben afspraken welke zorg centraal dan wel decentraal georganiseerd wordt.
- E. Wij betrekken patiënten in meer gremia van de VRA om op deze manier het patiëntenperspectief te waarborgen.

[Link naar alle aanbevelingen Federatie Medisch Specialisten](#)

2. Duurzame inzetbaarheid en werkplezier

In tijden van schaarste is aandacht voor het welzijn van medewerkers binnen organisaties belangrijk. Duurzame inzetbaarheid verwijst naar het vermogen van medewerkers om gedurende hun carrière gezond, gemotiveerd en productief te blijven werken. Uit de Medisch Specialist 2035: *“De gezondheid en het welzijn van medisch specialisten en de teams waarin zij werken zijn essentieel voor het bieden van kwalitatief goede en toekomstbestendige zorg. Daarom bouwen wij aan een gezonde en veilige werkcultuur en een lerende omgeving, met ruimte voor reflectie, professionele ontwikkeling en deskundige ondersteuning. Zo versterken we het teamgevoel, stimuleren we duurzame inzetbaarheid en waarborgen we de kwaliteit van zorg”*.

De werktevredenheid van revalidatieartsen is goed te noemen volgens de loopbaanmonitor Medisch Specialisten 2024; 85% van de respondenten (revalidatieartsen en arts-assistenten in opleiding tot specialist (aios)) geeft aan regelmatig of altijd werkplezier te ervaren (in 2022 was dit 82%), 96% van de respondenten geeft aan regelmatig of altijd trots te zijn op het werk dat ze doen (in 2022 was dit 95%). Echter, revalidatieartsen en aiossen zijn minder tevreden over de werkdruk (23% is (zeer) ontevreden) en balans tussen werk en privé (21% is (zeer) ontevreden). Tot slot ervaren 1 op de 4 jonge artsen (van alle specialismen gezamenlijk) burn-out klachten. Er is dus genoeg reden om alert te blijven.

Onderwerpen zoals ruimte voor professionele ontwikkeling gedurende de gehele loopbaan, een goede werk-privé balans, verminderen van administratieve lasten en een veilig werk- en opleidingsklimaat zijn belangrijk voor revalidatieartsen en aiossen. De revalidatiearts is expert op het gebied van gezonde leefstijl en zou dit niet alleen moeten uitdragen richting patiënten, maar ook moeten toepassen op zichzelf en collega's. We vragen daarbij ook aandacht voor een gezonde balans tussen patiëntgebonden en niet patiëntgebonden taken, waarbij we artsen willen faciliteren in niet patiëntgebonden taken zoals bijv. commissie- of werkgroep activiteiten van de VRA. Ook dient er hierbij aandacht te zijn voor de onderbezetting in bepaalde gremia van de VRA en hoe dit als vereniging samen op te lossen.

Doelen

- A. Wij stimuleren professioneel leiderschap als fundament voor werkplezier en duurzame inzetbaarheid van revalidatieartsen en aiossen revalidatiegeneeskunde.
- B. Wij bevorderen een veilig en stimulerend opleidingsklimaat voor AIOS, met aandacht voor werkplezier, balans en duurzame inzetbaarheid.
- C. Wij pleiten voor een werkweek waarin ruimte is voor alle taken, zowel patiëntgebonden als niet-patiëntgebonden taken (zoals management, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs of opleiding en bijbehorende VRA werkgroepen en commissies).
- D. Wij zoeken naar oplossingen om onderbezetting van gremia binnen de VRA te verminderen.
- E. Wij houden bij onze activiteiten in de vereniging en bij het opstellen van behandelkaders en richtlijnen steeds voor ogen dat gevraagde inspanningen redelijk moeten zijn t.o.v. het beoogde resultaat. We stimuleren initiatieven die zich richten op het verminderen van werkdruk en oneigenlijke taken van de revalidatiearts.
- F. Wij stimuleren implementatie van technologische ontwikkelingen (zoals AI in het patiëntendossier) die administratielast verlagen en werkplezier kunnen verhogen.

- G. Wij agenderen binnen de vereniging een gezonde leefstijl op de werkvloer voor revalidatieartsen.

[Link naar alle aanbevelingen Federatie Medisch Specialisten](#)

3. Kennis en vaardigheden van de toekomst

“Vergaande specialisatie heeft de kwaliteit van zorg verbeterd, maar het ‘opknippen’ van patiënten in afzonderlijke problemen en diagnoses heeft ook geleid tot fragmentatie, inefficiëntie en suboptimale zorg. Streven is de manier van werken en samenwerken te vernieuwen in de gezondheidszorg, zowel binnen als buiten het ziekenhuis” (bron: visie 2035 FMS).

De visie op de toekomst van zorg van de Federatie richt zich op samenwerking binnen en buiten het ziekenhuis, focus op het behandelen van de gehele mens, interprofessionele netwerken over de grenzen van specialismen en domeinen heen, met een goede balans tussen basiskennis en specialistische expertise. Streven is om breed inzetbare medisch specialisten op te leiden. Deze visie sluit goed aan bij de huidige rol en werkwijze van revalidatieartsen. Het is daarom juist nu van belang dat we uitdragen dat wij vanuit onze specifieke revalidatiegeneeskundige expertise een belangrijke rol spelen in deze visie die niet kan worden gemist. Onze kennis over functionele prognose, doelmatige inzet van revalidatie in de breedste zin van het woord en kennis van hulpmiddelen en compensatiemogelijkheden is van belang voor het optimaliseren van de participatie van de individuele patiënt en daarmee ook van belang voor de maatschappij. Alle revalidatieartsen zijn daarbij ambassadeur van ons vak, zowel in de ziekenhuizen, revalidatiecentra als binnen de diverse netwerken waarin ze actief zijn. Ambassadeur zijn van het vak maakt ook deel uit van de opleiding tot revalidatiearts. Wij pleiten ervoor dat (het denkkader van) de revalidatiegeneeskunde nadrukkelijker een onderdeel wordt van de basisopleiding geneeskunde, zodat alle geneeskundestudenten kennis maken met het gedachtegoed en werk van de revalidatiearts, inclusief de focus op de gehele mens en het ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Onze zienswijze kan een voorbeeld zijn voor andere specialismen, sluit aan op de principes van samen beslissen, de uitgangspunten van ‘positieve gezondheid’ en proactieve zorgplanning.

Naast profilering van het vak in de eerste en tweede lijn is verdere academisering noodzakelijk gericht op tertiaire zorg, onderwijs en wetenschappelijk onderzoek. Wij richten ons op de uitdagingen van de toekomst: een groeiende behoefte aan revalidatiezorg bij een relatieve krimp van beschikbare middelen voor een oudere doelgroep met meer en complexe multimorbiditeit. Naast zorgevaluatie en doelmatigheidsonderzoek (zie thema 1.2), benadrukken we daarom het belang van fundamenteel, translationeel en innovatief klinisch wetenschappelijk onderzoek. Dit vraagt om een sterke onderzoekinfrastructuur, en samenwerking met en tussen academische afdelingen in de UMC's, lectoraten van hogescholen, onderzoeknetwerken en internationale partners. Nieuwe interventies en technologieën worden wetenschappelijk getoetst op effectiviteit, doelmatigheid, gebruiksvriendelijkheid en toegankelijkheid, en bij bewezen effectiviteit geïmplementeerd. Co-creatie ligt aan de basis bij het formuleren van onderzoeksvragen, evenals bij de uitvoering en de evaluatie van projecten. Hierbij worden relevante stakeholders zoals patiënten, zorgorganisaties en private partijen betrokken.

Een structureel talentbeleid is hierbij onmisbaar. Wij zetten in op vroegtijdige herkenning van academisch potentieel zowel in als buiten de academische ziekenhuizen, het bieden van loopbaanpaden en mentorschap programma's, en het creëren van beschermde onderzoekstijd voor academische talenten. Deelname aan promotietrajecten, (inter)nationale consortia,

wetenschappelijke bijeenkomsten en bestuurlijke activiteiten in wetenschappelijke verenigingen wordt actief gestimuleerd. Zo bouwen we aan een herkenbare en actieve groep academisch-georiënteerde revalidatieartsen die (inter-)nationaal toonaangevend is en die innovatie en kennisontwikkeling blijvend verbindt met de klinische praktijk, met als doel het bestendigen van de toekomst van universitaire afdelingen voor revalidatiegeneeskunde en hun samenwerking met academisch-georiënteerde niet-universitaire instellingen.

Doelen

- A. De VRA levert een actieve inbreng in de belangrijke gremia van de Federatie en ziet kansen voor profilering door aan te sluiten bij nieuwe projecten gerelateerd aan het vak.
- B. Elke revalidatiearts is zich bewust van zijn/haar rol als ambassadeur van het vak en draagt dit in eigen werkomgeving en richting andere medisch specialismen uit. De VRA ondersteunt haar leden hierin.
- C. Het denkkader van de revalidatiegeneeskunde maakt in 2030 een groter deel uit van het curriculum van de basisopleiding geneeskunde in elke regio.
- D. We hebben een structureel talentprogramma voor collega's met academische ambities gericht op alle academische kerntaken (zorg, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en opleiding).
- E. De VRA ondersteunt wetenschappelijk onderzoek binnen alle facetten van de revalidatiegeneeskunde met als doel het bevorderen van innovatieve persoonsgerichte (kosten-)effectieve duurzame revalidatiezorg.

[Link naar alle aanbevelingen Federatie Medisch Specialisten](#)

4. Diversiteit, inclusiviteit en gelijkwaardigheid

“Onze samenleving wordt steeds diverser. (On)bewuste vooroordelen, taalbarrières en onderrepresentatie in onderzoek kunnen leiden tot ongelijke toegang tot zorg, verkeerde diagnoses en suboptimale behandelresultaten. Diversiteit onder medisch specialisten kan beter. Door de ‘leaky pipeline’ (talent dat weglekt in de route van geneeskundestudent tot medisch specialist) gaat veel waardevol potentieel verloren”.

“Inclusief leiderschap en inclusieve zorg zijn in de toekomst vanzelfsprekend. We nemen verantwoordelijkheid voor een respectvolle en gelijkwaardige samenwerking binnen teams en dragen dit ook uit. Opleidingen en selectieprocedures zijn gericht op inclusiviteit en gelijke kansen, waardoor onze beroepsgroep de diversiteit van onze samenleving beter weerspiegelt. Deze diversiteitsaanpak draagt bij aan het verkleinen van gezondheidsverschillen en verbetert de kwaliteit en toegang van zorg” (bron: visie 2035 Federatie Medisch Specialisten).

Doelen:

- A. De VRA stimuleert diversiteitsbeleid bij werving en selectie, zowel binnen de vereniging, opleiding als binnen de instellingen.
- B. De VRA implementeert de [concrete handvatten](#) ter bevordering van diversiteit die zijn opgesteld door de Junior VRA.
- C. De VRA stimuleert aandacht voor diversiteit, gelijkwaardigheid en inclusiviteit bij haar leden en in de opleiding tot revalidatiearts.

[Link naar alle aanbevelingen Federatie Medisch Specialisten](#)

5. (Nieuwe) technologieën

“Innovaties zoals kunstmatige intelligentie, robotica en digitale zorgtoepassingen kunnen de zorg slimmer, beter en efficiënter maken. De ontwikkelingen daarin gaan razendsnel en brengen nieuwe uitdagingen met zich mee, zoals continue (bij)scholing van zorgpersoneel, ethische dilemma's, de digitale kloof en milieueffecten” (bron: visie 2035 FMS).

Het is aan de vereniging om nieuwe technologieën tijdig te identificeren en trends en ontwikkelingen op het gebied van technologieën te volgen. Welke technologieën zijn waardevol voor de revalidatiezorg? En welke wellicht niet? De (Chief) Medical Information Officers ((C)MIO's) in de instellingen en onze onderzoeksnetwerken spelen hierin een belangrijke rol. Naast het signaleren van technologieën ligt er ook een uitdaging om deze innovaties waar nodig wetenschappelijk te onderbouwen t,a,v. (kosten-)effectiviteit en om deze vervolgens duurzaam te implementeren. Toegankelijkheid van de innovaties en het voorkómen van ongewenste praktijkvariatie zijn hierbij belangrijke aandachtspunten. Voor e-health bestaat de Revalidatie Appstore; een platform waar apps die voldoen aan eisen op het gebied van gebruiksvriendelijkheid, betrouwbaarheid, privacy, veiligheid en kwaliteit worden toegevoegd. We zijn inmiddels voorzichtig begonnen met de volgende stap: hoe kan inzet van apps helpen bij vergroten van doelmatigheid van zorg.

Doelen:

- A. Wij bevorderen een gevoel van urgentie bij alle generaties medisch specialisten voor wetenschappelijk onderbouwde zorginnovaties, waaronder de inzet van revalidatietechnologie, ICT en AI.
- B. Wij verankeren de toepassing van technologie in richtlijnen en beleid, op basis van wetenschappelijk onderzoek.
- C. Wij faciliteren medisch specialisten bij het effectief toepassen van technologie door ondersteuning en kennisdeling op maat aan te bieden.

[Link naar alle aanbevelingen FMS](#)

6. Vergroening van de zorg

“De relatie tussen milieu en gezondheid is onmiskenbaar: vervuiling en klimaatverandering leiden tot meetbare gezondheidseffecten” (bron: visie 2035 FMS). De zorgsector is een enorm vervuilende sector, verantwoordelijk voor ongeveer 7% van de jaarlijkse CO₂-uitstoot in Nederland. Naast zorginstellingen, overheden en bedrijven dragen ook zorgverleners verantwoordelijkheid om deze vervuiling te beperken. De VRA wil een rol spelen binnen de verduurzaming van de revalidatiezorg door het tonen van leiderschap op dit gebied. Daarom hebben de VRA en RN in 2022 samen het Groen Revalidatie Netwerk opgestart. Doel van het netwerk is het faciliteren van de versnelling van verduurzaming binnen de revalidatiesector. Dit willen we bereiken door het informeren, inspireren, verenigen en delen van best practices over duurzaamheid. Alle leden van de VRA en RN die willen meedenken en -werken aan duurzaamheid kunnen zich aansluiten bij dit netwerk; revalidatieartsen (in opleiding), paramedici, bestuurders en andere medewerkers, of leden van een lokaal Green Team. De VRA heeft in 2022 de [Green Deal 3.0](#) ondertekend en heeft zich daarmee verplicht actief te werken aan de doelen van deze deal.

Het kernteam van het Groen Revalidatie Netwerk heeft voor de komende jaren nieuwe doelen gesteld om mee aan de slag te gaan. Het streven is dat de revalidatiearts binnen en buiten de spreekkamer waar mogelijk bewust bezig is met het maken van groene keuzes.

Doelen:

- A. Wij vergroten de zichtbaarheid van het Groen Revalidatie Netwerk en het thema duurzaamheid binnen de vereniging.
- B. Wij nemen een proactieve positie in rondom het bevorderen van duurzaamheid en zoeken daarbij actieve aansluiting bij landelijke netwerken zoals de Groene Poli, de Groene Zorgalliantie en de Federatie met als doel het delen van best practices van binnen en buiten de revalidatiezorg
- C. Wij stimuleren verbinding en kennisuitwisseling onder alle contactpersonen van alle green teams binnen de revalidatiesector.
- D. Wij informeren leden over duurzaamheid o.a. in de opleiding tot revalidatiearts, tijdens congressen, in ons tijdschrift en nieuwsbrieven.
- E. Wij maken duurzaamheid een vast onderdeel binnen richtlijnenontwikkeling zodat het in het zorgproces meer aandacht zal krijgen. Richtlijnen worden beoordeeld met een duurzaamheidsbril zodat zorg effectief én milieubewust is.

[Link naar alle aanbevelingen Federatie Medisch Specialisten](#)

7. Preventie

“Naast de vergrijzing is een ongezonde leefstijl (denk hierbij aan overgewicht, roken, voeding, slapen en weinig bewegen) een belangrijke factor van de toename van chronische aandoeningen. Een gezondere leefstijl kan 20% van de ziektelast verminderen en daarmee de zorgvraag en –druk verlagen” (bron: visie 2035 FMS).

“Voorkomen is beter dan genezen. Preventie en een gezonde leefstijl zijn vaste onderdelen in onze klinische praktijk, opleiding en beleid” (bron: visie 2035 FMS). Revalidatiegeneeskunde richt zich traditioneel op tertiaire preventie (beperken van de impact van een bestaande ziekte door complicaties te voorkomen en de kwaliteit van leven te verbeteren), maar kan via aandacht voor leefstijl ook bijdragen aan secundaire preventie (vroeg opsporing en snelle behandeling van ziekten om verdere ontwikkeling, verergering of terugval te voorkomen). Bevorderen van gezond gedrag gaat verder dan een passend advies of doorverwijzing over bewegen. Ook gezonde voeding, slaap, sociale en mentale hygiëne horen daarbij. Wij streven ernaar dat de revalidatiearts bij elke patiënt gezonde leefstijl bespreekbaar maakt. Er zijn factoren die onze doelgroep kwetsbaarder maken om een gezonde leefstijl aan te nemen of vol te houden. Hiervoor hebben we vanuit onze specifieke expertise extra aandacht.

Ook maatschappelijk spreken we ons – via onze betrokkenheid bij het Netwerk Preventie van de Federatie - uit in het kader van preventie: acties gericht op het dragen van fietshelmen, het verbod op lachgas, tegen vapes en vuurwerk, zijn voorbeelden van acties van andere specialismen uit de afgelopen periode. Voor het uitwerken van de rol van de medisch specialist in advies t.a.v. bewegen, heeft de VRA zich, samen met de orthopedisch chirurgen, reumatologen en sportartsen, verenigd in de Bewegcoalitie Medisch Specialisten, onderdeel van het Netwerk Preventie. Doel van de Bewegcoalitie is het bespreekbaar maken van bewegen binnen de gehele medisch specialistische zorg.

Doelen:

- A. Wij maken gezonde leefstijl bespreekbaar in de spreekkamer bij elke patiënt, bijv. aan de hand van het [zakkaartje ‘leefstijl en preventie binnen de revalidatie’](#).
- B. Wij nemen maatschappelijke verantwoordelijkheid in het bevorderen van een gezonde leefstijl binnen de samenleving.
- C. Wij werken samen in landelijke netwerken zoals de Bewegcoalitie en het Netwerk Preventie van de FMS en zetten hiermee preventie en gezonde leefstijl centraal.
- D. Wij vragen in alle VRA-richtlijnen expliciet aandacht voor preventie en gezond gedrag.

[Link naar alle aanbevelingen Federatie Medisch Specialisten](#)