FYSIOVISIE

informatie voor de leden van het nederlands genootschap voor fysiotherapie

februari 1984

in dit nummer o.a.:

Kwaliteits-bevordering in de fysiotherapie

Dr. E. Reerink, een van de sprekers tijdens het Congres Fysiotherapie 2000, gaat uitgebreid in op intercollegiale toetsing.

Als maatschap til je het beroep op

Binnen de fysiotherapie vindt een uitgebreide diskussie plaats over de wijze waarop fysiotherapeuten in een praktijk het beste kunnen samenwerken.
Vanuit een al jaren bestaande maatschap wordt verteld hoe dat funktioneert.

Alternatieve geneeswijzen

De heer De Wit van de Inspektie Volksgezondheid zet de verschillende vormen van alternatieve geneeswijzen op een rij.

Voorjaarscongres 'Voetenwerk'

Op 6 en 7 april vindt in Den Haag een door het Genootschap georganiseerd 2-daags internationaal congres plaats over de voet. Bijgesloten de uitnodiging.

Fysiofiscus en Fysiofinancis

Uitgebreid wordt ingegaan op verandering van belastingheffing in '84.

LVVF representatieve organisatie

Tijdens de Ziekenfondsraad-vergadering van 22 december werd besloten de LVVF te erkennen als representatieve organisatie.

PRAKTIJKBEMIDDELING

Kies een ervaren, deskundig én betrouwbaar adviseur voor advies en bemiddeling bij uw praktijkoverdracht; en voor de financiering daarvan! Ruim 20 jaar ervaring, is uw waarborg voor een goed advies!

Centraal bureau praktijkvoorzieningen
dir. A. DANKERS
tel.: 08895-1749
postadres: postbus 14
6573 ZG BEEK (bij Nijmegen)

lid intermediac

Wegens vertrekt van collega naar het buitenland, worden sollicitanten opgeroepen voor full time functie in kleine gezellige plattelands praktijk, vakature ontstaat medio '84.
De gedachten gaan uit naar een collega met goede contactuele eigenschappen, in het bezit van **DIPLOMA MANUELE THERAPIE,** school Utrecht (ook derde-jaars studenten aan die school, kunnen reflecteren).

Saliëring in nader overleg.

Schriftelijke sollicitaties richten aan administratie van dit blad onder nr FV 84-02-01 naar Tijl Tijdschriften BV, postbus 9943, 1006 AP Amsterdam.

VOORTGEZETTE OPLEIDING HUMANE BEWEGINGSFUNCTIONALITEIT.
Opleidings- en Scholings-Instituut, Koollaan 18, 8501 CT Joure.
Tel. 05138-2803.

CURSUS HUMANE BEWEGINGSFUNCTIONALITEIT. Inschrijving voor het cursusjaar 1984/85. Aanvang van de cursus 6 okt. '84.

De opleiding beoogt onderricht en scholing te geven aan fysiotherapeuten, manueel therapeuten en artsen, in persoongerichte therapie van de individuele functionele houding en beweging, op basis van manuele handelingen, ingrepen en correcties, met strikte inachtneming van de specifiek eigen bewegingsintentionaliteit.

Les: 20 zaterdagen, evt. een enkele vrijdag.
Aantal deelnemers: 14. Kosten: ƒ 2650,—.
Informatie is te verkrijgen bij de administratie van de opleiding.

Als U geeft om de natuur,
steun dan het Wereld Natuur Fonds
door U op te geven als donateur!
Bel of schrijf:

Wereld Natuur Fonds Nederland.
Postbus 7, 3700 AA Zeist.
Tel. (03404) 2 21 64.

Wie is bereid enkele uren voor mij in te leveren of een eventuele vacature met mij op te vullen?

Ik ben **fysiotherapeute** met ervaring in verpleeghuis, astmacentrum en particuliere praktijk en studerende Manuele Therapie en Meer Bewegen voor Ouderen. Tevens ben ik bereid goodwill te betalen. Ik snak ernaar mij vak te kunnen uitoefenen, het liefst in een bepaalde continuïteit.

Marianne Suurmond, Smutslaan 10, Baarn.
02154-15110.

maarten sikking
Fruithof Assurantien,
Nieuweweg 1,
3621 NL Breukelen
03462-2952.

Voor medische beroepen is een

ARBEIDSONGESCHIKTHEIDS-
verzekering onmisbaar.

DE UNIM POLIS
biedt:

- **Lage premie**
- **Goede voorwaarden**
- **Geen onderscheid tussen mannen en vrouwen**
- **Geen omscholingsverplichting**

Bij een daguitkering van ƒ 100,— en een eigen risico van één maand bedraagt de premie:
ƒ 1.700,— tot 40 jaar
ƒ 2.300,— tot 50 jaar

Uitgebreide inlichtingen op aanvraag.
03462-2952.

FYSIOVISIE

informatie voor de leden van het nederlands genootschap voor fysiotherapie — februari 1984

verschijnt maandelijks

Commentaar

De Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid Geestelijke en Maatschappelijke belangen (BVG) is op oorlogspad. Dit blijkt duidelijk uit de meldingen die we krijgen van leden uit het hele land. De akties worden ondernomen zonder dat enig overleg is gevoerd met de beroepsorganisaties. Dat vinden we op zijn minst zeer onzorgvuldig. Immers het zogenaamde rose kontrakt, het modelkontrakt door het Genootschap gehanteerd voor samenwerkingsverband op nota-basis, is indertijd na overleg met de BVG tot stand gekomen. Daarbij was het zeer nadrukkelijk de intentie dat een kontrakt gemaakt moest worden voor een samenwerking op gelijkwaardige basis, dus tussen twee zelfstandig funktionerende fysiotherapeuten.
Bij herhaling hebben funktionarissen van de BVG te kennen gegeven dat indien het genootschapskontrakt wordt gehanteerd, er geen verzekeringsplicht is voor de medewerkers. Enkele jaren geleden heeft men in één geval getracht aan te tonen dat dit toch het geval is, na onderzoek heeft de BVG toegegeven dat er geen verzekeringsplicht bestond in de betreffende praktijk. Des te merkwaardiger is het dat men er nu zonder overleg toch weer toe over gaat om op grote schaal opnieuw onderzoek in te stellen en ook om aanslagen te sturen, zelfs met terugwerkende kracht naar eigenaren van fysiotherapiepraktijken. Vooral ook omdat er thans hard aan gewerkt wordt om een nieuw modelkontrakt te maken. Dit nieuwe kontrakt is nodig omdat met ingang van medio 1984 alle fysiotherapeuten die ziekenfondspatiënten behandelen een eigen kontrakt krijgen met het ziekenfonds. Deze nieuwe situatie, die alleen maar onderstreept dat fysiotherapeuten in de vrijgevestigde praktijk als zelfstandige werken maakt een nieuw kontrakt noodzakelijk. Hetzelfde geldt voor de bepalingen rond de invoering van de WVG. Gaande dit proces is het zeker onjuist om met terugwerkende kracht premies te heffen. We zullen er alles aan doen om te voorkomen dat daadwerkelijk tot betaling moet worden overgegaan.
Voor de leden is het belangrijk dat zij zich in de dagelijkse toepassing ook daadwerkelijk gedragen als zelfstandigen en elke schijn van dienstverband of ondergeschiktheid vermijden. Een zelfstandige fysiotherapeut onderhoudt zelf kontakten met verwijzend artsen en ziekenfondsen. Draagt zelf het risico van dubieuze debiteuren, verzendt zelf in overleg met de praktijkeigenaar rekeningen en deklaraties. Bovendien is het goed als uit zaken als briefpapier en nota's blijkt dat het handelt om zelfstandigen. Medewerkers dienen ook op het briefpapier van de praktijk vermeld te worden.
Het mag zeker niet zo zijn dat medewerkers op notabasis, wier kontrakt om welke reden dan ook is opgezegd een beroep doen op uitkeringen door de BVG. Ze dienen zich zelf te verzekeren; voor beroepsaansprakelijkheid en arbeidsongeschiktheid is dat ook gebruikelijk.
De BVG dient wel te beseffen, dat door de gevoerde handelwijze het bestaan van een hele beroepsgroep, die zowel door patiënten als verwijzers wordt gewaardeerd, op het spel wordt gezet.

Willem Huiskes

Fysiovisie is het informatieblad voor leden van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Alle auteursrechten zijn voorbehouden aan de redaktie.

Redaktie:
H. W. van der Lingen
W. H. Huiskes
Lay-out en fotografie:
Marga Prinssen
Redaktieadres:
Centraal Bureau van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Postbus 248, 3800 AE Amersfoort
Uitgave en advertentie-exploitatie
Tijl Tijdschriften B.V.
Jacques Veltmanstraat 29
1065 EG Amsterdam
Postbus 9943
1006 AP Amsterdam
Telefoon 020-172829 of 174855
Telex 15230
Geldend advertentietarief:
15 december 1983
84/1
Advertenties van leden
In de rubriek 'vraag en aanbod' kunnen alleen 'advertenties van leden' worden opgenomen. De leden hebben 15% korting op advertenties in de algemene rubriek. U dient wel het lidnummer op te geven aan Tijl Tijdschriften BV.
Druk: Tijl Grafisch Bedrijf BV, Blaloweg 20, 8041 AH Zwolle

Organisaties binnen het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Lidverenigingen
Landelijke Vereniging van Fysiotherapeuten in Dienstverband, LVFD
Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten, LVVF
Landelijke Vereniging van Studenten Fysiotherapie, LVSF
Vereniging van Multidisciplinair Samenwerkende Fysiotherapeuten, VMSF.
Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in Verpleeghuizen, NVFV
Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Pré- en Postnatale Gezondheidszorg, NVFP
Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie, NVMT.
Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg, NVFS.

Leden van het Genootschap kunnen voor financieel-ekonomische adviezen, praktijkfinancieringen en alle verzekeringen gebruik maken van de diensten van de VVAA, de Vereniging van Artsen Automobilisten.
De medewerkers van de VVAA zijn 's morgens op het Centraal Bureau te bereiken onder toestelnummer 15.
Correspondentie bestemd voor het Genootschap en de lidverenigingen steeds te richten aan:
Centraal Bureau van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, postbus 248, 3800 AE Amersfoort.
Kantooradres: Van Hogendorplaan 8.
Tel.: 033-622400.

Bereikbaar: 08.30-12.30 en 13.30-17.00 uur. Giro: 63333.

Verschijningsdata Fysiovisie 1984:	Kopij inleveren vóór:
5 maart	8 februari
9 april	13 maart
7 mei	9 april
4 juni	7 mei
9 juli	12 juni
3 september	8 augustus
8 oktober	12 september
5 november	10 oktober
3 december	7 november

Kwaliteitsbevordering in de fysiotherapie

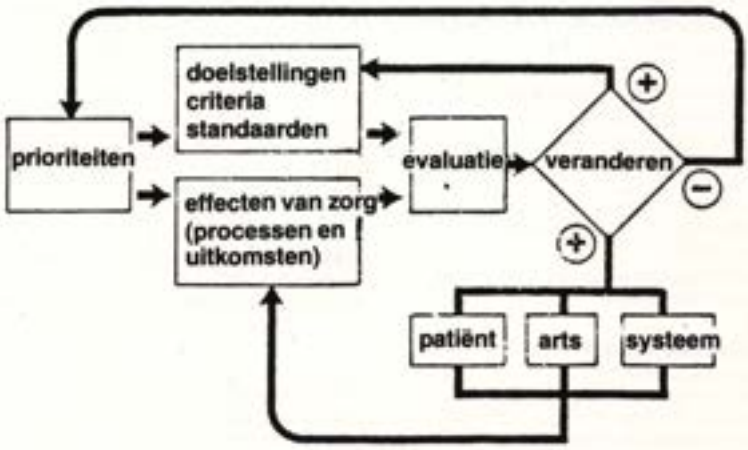
E. Reerink*

Afgaande op de frequentie waarmee op congressen en vergaderingen gesproken wordt over intercollegiale toetsing zou men kunnen zeggen dat er een grote belangstelling voor dit onderwerp bestaat. In de meeste beroepsgroepen in de gezondheidszorg is deze vorm van kwaliteitsbevordering van het professioneel handelen al aan de orde geweest. De medische specialisten zijn hierin het verst gevorderd. Met behulp van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing is nu in de helft van de Nederlandse ziekenhuizen toetsing ingevoerd. De huisartsenorganisaties hebben in 1982 een Stichting Toetsing Huisartsengeneeskunde opgericht die tot doel heeft de toetsing daadwerkelijk in te voeren in de Nederlandse huisartspraktijken. Elders functioneren op dit moment werkgroepen met verpleeghuisartsen, sociaal-geneeskundigen of verpleegkundigen die elk tot doel hebben de toetsing onder hun beroepsgenoten van de grond te krijgen. Van de beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg zijn het de fysiotherapeuten die zich nu laten voorlichten over toetsing en kwaliteitsbevordering. In deze voordracht zal vooral aandacht worden geschonken aan de wijze waarop de toetsing in de gezondheidszorgberoepen aan de orde wordt gesteld. Het is dan vervolgens aan de fysiotherapeuten om een en ander in gang te zetten.

Wat is intercollegiale toetsing?

Intercollegiale Toetsing (IT) is een methode die gebruikt kan worden bij de bewaking en verbetering van de kwaliteit van het professionele handelen. Het is niet de methode die gebruikt kan worden bij zaken als verduidelijking van de positie van de beroepsgroep in de gezondheidszorg, het oplossen van het mankrachtprobleem, of het verrichten van wetenschappelijk onderzoek. Elk van deze activiteiten maakt gebruik van een eigen typische verzameling van methoden en technieken. Zo zal door middel van wetenschappelijk onderzoek de vraag kunnen worden beantwoord of een methode van werken in de fysiotherapie een goede is, of wel of een bepaald onderzoek bij een groep patiënten noodzakelijk is. Door middel van intercollegiale toetsing kan men vaststellen of – gegeven een geaccepteerd resultaat van wetenschappelijk onderzoek – in een bepaalde situatie goed gewerkt wordt; daarbij wordt dit werken in de praktijk vergeleken met de gouden standaard afkomstig uit wetenschappelijk onderzoek. Uit deze vergelijking vloeit een uitspraak voort, een antwoord op de vraag: was A gelijk aan B? Zo nee, is er dan sprake van een gebrek aan kwaliteit of van een toelaatbare afwijking van de standaard? De beantwoording van deze vraag vereist een analyse van de gevonden resultaten uit het toetsingsproces. Bij een vastgesteld gebrek aan kwaliteit dient er dan een verandering te worden aangebracht in het onderzochte onderdeel van de zorgverlening, welke de bedoeling heeft een verbetering te zijn. Dat dit zo is, dient in een vervolgonderzoek (her-evaluatie) te worden vastgesteld. Evaluatie van het professioneel handelen in de gezondheidszorg vraagt dus een cyclische benadering waarbij het vaststellen van het probleem (de diagnostiek, om in medische termen te spreken) gevolgd moet worden door het aanbrengen van een remedie (de "therapie" van de toetsing).
Onderstaand schema verduidelijkt wat hierboven beschreven is.

Het meten van de kwaliteit van zorg



* direkteur CBO, Centraal Beleidsorgaan voor de Intercollegiale toetsing

Waarom kwaliteitsbevordering?

Er zijn belangrijke ontwikkelingen gaande in de gezondheidszorg die veroorzaken dat men overal het begrip kwaliteit en daarmee samenhangend kwaliteitsbevordering tegenkomt. Zo is de door de overheid voorziene versterking van de eerstelijn gezondheidszorg niet los te zien van een vermindering van de aandacht – ook in financieel opzicht – voor de ziekenhuiszorg. Concepten zoals zelfzorg en mantelzorg dringen door in de beleidsmakende sector. Nieuwe wetten, zoals in de Tarieven Gezondheidszorg, en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, zijn ingevoerd met nogal wat consequenties voor de beroepsuitoefening. Ook de huidige financiële reorganisatie van de gezondheidszorg laat de kwaliteit ervan niet onberoerd. De normering van de inkomens van de vrije beroepsbeoefenaren, maar ook de budgettering van instellingen en de beperking van toelating als medewerker van het ziekenfonds, kunnen van grote invloed zijn op het handelen van zorgverleners. Kwaliteit van werken is ook een discussiepunt geworden wanneer het gaat om beroepsbeoefenaren die na een lange periode van werkeloosheid plotseling aan de slag komen. Dit spanningsveld verschuilt zich momenteel achter het mankrachtprobleem dat nu op zuivere kwantitatieve gronden wordt uitgevochten.

Rol van de beroepsgroep

In het licht van het bovenstaande wordt binnen de meeste beroepsgroepen grondig nagedacht over de aanpak van een mogelijk verlies aan kwaliteit van het professioneel handelen. Bij de medisch specialisten heeft dit in het verleden geleid tot de stellingname dat er inderdaad iets moest gebeuren om dit kwaliteitsverlies tegen te gaan. Zij hebben, bij monde van de Landelijke Specialisten Vereniging, een maatschappelijke vereniging binnen de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, verklaard dat het de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep is de kwaliteit van het specialistisch handelen vast te stellen en waar nodig te verbeteren. Ook binnen de huisartsengroep is een dergelijk standpunt ingenomen. Besluiten als deze worden niet zonder voorbereiding genomen. Bij de specialisten heeft een werkgroep gedurende negen maanden aan een rapport gewerkt waarin goed beargumenteerd de rol van de medische professie met betrekking tot de kwaliteitsbevordering werd geschetst, en de technische kant van het toetsingsgebeuren uit de doeken werd gedaan. Een dergelijk rapport is noodzakelijk om in een ledenvergadering een besluit te nemen dat verregaande consequenties heeft voor de beroepuitoefening.
In de geneeskunde ligt deze zaak veel duidelijker dan in andere onderdelen van de gezondheidszorg. De artsen behoren tot een beroepsgroep die al

sedert de Middeleeuwen aanspraak kan maken op de status van professie. De samenleving heeft de vorming van professies aangemoedigd omdat zij daardoor de zekerheid kon verkrijgen dat er werk van goede kwaliteit geleverd werd. Het gildewezen in de handnijverheid is daar ook een teken van. Maar in de loop der tijden heeft de medische beroepsgroep zich steeds sterker kunnen maken met alle maatschappelijke gevolgen van dien. Een star waardesysteem dat nauwelijks mee-evalueert met de ontwikkelingen in de maatschappij is hiervan mede het gevolg. Toch hebben vele artsen in de afgelopen jaren in de moderne ontwikkeling van de kwaliteitsbevordering een streven herkend om oude professionele waarden in ere te herstellen. Zij hebben dan ook geen moeite gehad om de intercollegiale toetsing als instrument in handen van de medische beroepsgroep te aanvaarden.

Andere beroepsgroepen die niet kunnen bogen op een eerbiedwaardige historie – de moderne verpleging begint met het werk van Florence Nightingale (1862) – zullen er langer over doen om kwaliteitsbevordering als een onderdeel van het professioneel handelen te zien. Nog veel moeilijker wordt het wanneer er bij een groep zorgverleners nog geen sprake is van een professie, niet alleen uit maatschappelijk oogpunt, maar ook inhoudelijk. In deze gevallen zal naar andere argumenten moeten worden gezocht om de kwaliteitsbevordering in het handelen te verankeren. Deze argumenten zijn maatschappelijk en pragmatisch van aard. In het Nederlandse gezondheidszorgsysteem wordt het de zorgverleners mogelijk gemaakt te functioneren: hiertoe is een immens apparaat geschapen dat gekenmerkt wordt door ondermeer een financiering met openbare middelen. Wat is meer vanzelfsprekend dan te vragen dat zorgverleners hiermee rekening houden en periodiek verantwoording afleggen van hun handelen binnen dat systeem?

Daarnaast doet een pragmatisch argument opgeld. Vele van onze handelingen geschieden met gebruikmaking van technologische verworvenheden, hetzij instrumenten, hetzij gespecialiseerde kennis. Bij onoordeelkundig gebruik hiervan kan de veiligheid voor de patiënt in het geding komen, en wordt de gezondheidszorg met hoge, onnodige kosten geconfronteerd. Door evaluatie van het professioneel handelen en de daaraan gekoppelde doorvoering van veranderingen kan men de kwaliteit van de zorgverlening op deze twee punten waar nodig verbeteren.

De rol van de overheid bij kwaliteitsbevordering

Het voorgaande zou niet zo'n nadruk gekregen hebben als er bij de overheid niet een ontwikkeling gaande was van bemoeienis naar een duidelijke afstandelijke positie ten aanzien van de kwaliteitsbevordering in de gezondheidszorg. Vanzelfsprekend heeft de overheid een verantwoordelijkheid over de gang van zaken in de gezondheidszorg, verkregen door ondermeer wetgeving. Daarnaast functioneert er binnen het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur een Staatstoezicht op de Volksgezondheid dat krachtens de gezondheidswet van 1956 de taak heeft te waken over de volksgezondheid, vaak vertaald naar de zorgverlening. Voor de diverse gezondheidszorgsectoren zijn er inspecties die de mogelijkheid hebben om – gevraagd of ongevraagd – controle uit te oefenen. Men is daarmee echter zeer terughoudend: alleen in het geval van grove fouten en ernstige misstanden zal de inspectie in actie komen.
In de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg is geen artikel opgenomen dat de kwaliteit van de beroepsuitoefening regelt. Hiervoor zullen maatregelen worden getroffen in het kader van de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). En ook hier zal het uitsluitend gaan om de kwaliteit van de voorzieningen, en niet van het professioneel handelen.

De overheid heeft recentelijk – in het kader van een congres over intercollegiale toetsing in de verpleegkunde – ontvouwd hoe in een tijdperk van deregulering en decentralisering het particulier initiatief, speciaal wat betreft de kwaliteitsbevordering van het professioneel handelen in de gezondheidszorg, weer kan worden gestimuleerd. Met name wil de overheid terughoudend zijn bij het uitvaardigen van voorschriften over de kwaliteitsbevordering. Wel zullen instrumenten worden gebruikt die de overheid tot nu toe zelden voor toetsing in de gezondheidszorg beschikbaar heeft gesteld: financiering van wetenschappelijk onderzoek is er daar één van.

Intercollegiale toetsing in de fysiotherapie

Binnen de randvoorwaarden die hierboven zijn geschetst, dient nu de kwa-

liteitsbevordering van het fysiotherapeutisch handelen te worden opgezet. Het lijkt nuttig dit te doen aan de hand van de hoofdstukken van een rapport dat de kwaliteitsbevordering in de fysiotherapie beschrijft. Een dergelijk rapport vormt dan de basis voor de besluitvorming over kwaliteitsbevordering door de gehele beroepsgroep.

Uitgangspunten voor toetsting
De intercollegiale toetsing dient vastgelegd te worden als een methode voor kwaliteitsbevordering in de handen van de fysiotherapeuten. De kwaliteitsbevordering dient primair gericht te zijn op het vergroten van de doeltreffendheid van het professioneel handelen, terwijl daarnaast ook aandacht geschonken moet worden aan de doelmatigheid in de fysiotherapie. Hoewel bekend is dat er nog veel wetenschappelijk onderzoek verricht moet worden om het fysiotherapeutisch handelen te onderbouwen en te objectiveren, zal voor de toetsing uitgegaan moeten worden van reeds bestaande professionele deskundigheid. Aan deze deskundigheid kunnen dan de criteria worden ontleend waaraan het handelen getoetst zal worden.

Methoden voor toetsing
De principes van de methoden voor de bevordering van de kwaliteit van het fysiotherapeutisch handelen dienen duidelijk gemaakt te worden: voor de intercollegiale toetsing geldt dat men probleemgericht te werk moet gaan, zich daarbij moet richten op een (klein) onderdeel van de verleende zorg en niet op de persoon van de zorgverlener, de beschikking moet hebben over gegevens welke door registratie verkregen zijn, en dat veranderingen in de zorgverlening een onderdeel uitmaken van het proces van toetsing.

Onderwerpen voor toetsing
Na een schets van het handelen van de fysiotherapeut, de omstandigheden waaronder gewerkt wordt en de voorwaarden waaraan dat werken moet voldoen, dient een overzicht van mogelijke aandachtspunten voor toetsing te worden aangereikt. Immers, meer nog dan een overzicht over de methodiek zal een lijst met concrete toetsingsonderwerpen de gebruiker aanspreken. Tenslotte zullen de wegen moeten worden aangegeven waarlangs men tot keuze van het onderwerp komt.

Voorbeelden van intercollegiale toetsing
Uit de schaarse literatuur over toetsing in de fysiotherapie moeten voorbeelden illustreren hoe er gewerkt wordt en welke resultaten bereikt zijn. Zeker bij voorbeelden uit de Verenigde Staten moet van Nederlandse zijde commentaar worden toegevoegd als werkomstandigheden en mentaliteit te veel verschillen.

Organisatorische structurering
Hier dient te worden omschreven hoe men de toetsing van het fysiotherapeutisch handelen in Nederland gaat inpassen in de bestaande structuren, en aan welke basisvoorwaarden voldaan moet worden alvorens van een geregelde en verantwoorde intercollegiale toetsing sprake kan zijn. Bovendien kan op deze plaats aandacht worden geschonken aan de reglementering van toetsing, waarbij een voorbeeld van een reglement altijd verhelderend werkt.

Landelijke begeleiding van de toetsing in de fysiotherapie
De overwegingen welke hebben geleid tot het oprichten van een centraal begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing in ziekenhuizen waren: onbekendheid met de materie bij de specialisten en daardoor de noodzaak van begeleiding, de noodzaak tot uitwisseling van toetsingsgegevens, inclusief de lokaal opgestelde criteria, de noodzaak in te spelen op arbitrage, en het stimuleren van de toetsing onder de specialisten. De beroepsgroepen die de intercollegiale toetsing nu willen gaan invoeren, kunnen gelijkluidende motieven aanvoeren. De wijze van financiering van een dergelijk begeleidingsorgaan kan echter problemen met zich meebrengen, die het van de grond krijgen van de toetsingsbegeleiding kunnen vertragen.

Advies

In het bovenstaande is een schets gegeven van de aandachtsgebieden rond de intercollegiale toetsing onder fysiotherapeuten. Uitgangspunt hierbij is dat de discussie en besluitvorming onder de beroepsgenoten het meest gediend is met een rapport dat deze toetsing in al haar facetten beschrijft. Een dergelijk rapport kan zeer wel door fysiotherapeuten opgesteld worden: het is mij bekend dat er onder u een aantal is dat zich al eerder in woord en geschrift over deze materie heeft geuit. De uitstekende nota's die er al zijn, kunnen bij het opstellen van het rapport Intercollegiale Toetsing in de Fysiotherapie goede diensten bewijzen. Een werkgroep die op zich neemt dit rapport te schrijven, zal zich direct bij het begin van de werkzaamheden een termijn moeten stellen. Ik zou negen maanden meer dan genoeg vinden. Meestal wil men na een dergelijke periode wel eens resultaten zien.

De intercollegiale toetsing als methode voor kwaliteitsbevordering heeft haar waarde reeds bewezen in de intramurale sector. De introductie ervan in de extramurale gezondheidszorg heeft het eerste plaatsgevonden onder de huisartsen. Het is een goede zaak dat de fysiotherapeuten ook een dergelijke stap overwegen. ●

Internationale kopstukken in Nederland

Om een extra accent te geven aan haar 60-jarig bestaan in 1984 heeft de VVAA de goede gedachte ontwikkeld om de organisaties van de bij haar aangesloten leden aan te bieden een wetenschappelijk congres samen te stellen.
Dat congres wordt door de VVAA georganiseerd op 25 mei a.s., waarbij de programma's voor de verschillende groeperingen door de beroepsorganisaties zijn samengesteld.
Aldus ontstaan op één dag vijf parallel programma's en wel voor:

artsen en specialisten,
artsen en kaakchirurgen,
dierenartsen,
fysiotherapeuten,
trimmende artsen.

De openingslezing voor alle deelnemers wordt verzorgd door de Nobelprijswinnaar prof. dr. N. Bloembergen onder de titel: "Laser in science and technology".

Programma fysiotherapie

Na uitvoerig overleg met de jubileumcommissie VVAA, heeft men er in toegestemd om ten behoeve van het fysiotherapeutisch programma drie internationale kopstukken uit te nodigen en twee Nederlandse sprekers, die werken aan een interessant onderzoek. Daarmee wordt tijdens deze dag aangegeven welk peil fysiotherapie thans internationaal bereikt heeft.
Het programma is als volgt:

Elektrotherapie, door Prof. em. Dr. Med. H. Edel, Medizinische Academie Cart Gusta Carus, Abteilung für Physiotherapie, Dresden.

Neurophysiological aspects of physiotherapy, door Mrs. Beverly P. Bishop, Ph.D., Professor of Physiology, State University of New York at Buffalo.

Kinesiology and EMG feedback, door J. V. Basmajian, M.D., Professor of Medicine, Director of Chedoke-McMaster Rehabilitation Centre, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.

Foetaal motorisch gedrag en zijn implicaties voor de couveuzeperiode, door P. J. M. Helders, kinderfysiotherapeut.

Fystiotherapie na peestransplantaties, door P. van der Wurff, fysiotherapeut.

Te zijner tijd zullen door de VVAA de uitnodigingen voor dit congres verzonden worden. ●

Voorjaarscongres 'Voetenwerk'

De congrescommissie van het Genootschap heeft als onderwerp voor het traditionele voorjaarscongres gekozen voor het onderwerp 'de voet'. Daarbij zal dit congres een bijzonder karakter krijgen omdat men erin geslaagd is in samenwerking met de Nederlandse Akademie voor Orthopedische Geneeskunde een viertal zeer vooraanstaande Amerikaanse sprekers aan te trekken.
Daarmee wordt het congres niet alleen internationaal, maar worden ook de Nederlandse fysiotherapeuten in de gelegenheid gesteld hun blikveld internationaal te verruimen.
Naast de Amerikanen zullen Nederlandse deskundigen een inleiding verzorgen.
Het onderwerp 'de voet' is voor fysiotherapeuten zo belangrijk omdat de voet een onderdeel is van de mens, met een zeer specifieke funktie, welke niet altijd de aandacht krijgt die men wel zou mogen verwachten. Door middel van dit congres willen we daar dan nu zeer uitgebreid de aandacht op vestigen.

Twee dagen

Bewust is gekozen voor een 2-daags congres. Tijdens de eerste dag, vrijdag 6 april, zullen de onderwerpen behandeld worden zoals ze in het bijgesloten programma zijn aangegeven. Daarbij worden vele belangstellende fysiotherapeuten verwacht.
Ondanks de internationale sprekers, kost deelname aan deze eerste dag niet meer dan normaal tijdens Genootschapscongressen.
Daarbij is inbegrepen het gebruikelijke congresboek. Tolken zullen zorgen voor een simultaan vertaling van de Amerikaanse inleidingen. Tevens zullen de Nederlandse inleidingen ten behoeve van de bezoekers uit het buitenland worden vertaald.
Tijdens de tweede dag, zaterdag 7 april, zal voor degene die zich bijzonder interesseert voor dit onderwerp, door dezelfde sprekers dieper op de problematiek worden ingegaan.
Daarbij worden ook medische specialisten verwacht, die voor deze dag een aankondiging krijgen. Leden die beide dagen willen volgen, krijgen reduktie van de toegangsprijs voor het deelnemen op de tweede dag.

Het volledige progamma vindt u als bijlage van Fysiovisie. Indien u belangstelling heeft, adviseren wij u zo snel mogelijk in te schrijven.
We verwachten een grote opkomst. •

De alternatieve geneeswijzen*

Op 5 september jl. vond de uitgebreide commissievergadering plaats van de Vaste Kamer Commissie voor de Volksgezondheid inzake de alternatieve geneeswijzen. De teneur van deze zitting was duidelijk de alternatieve geneeswijzen binnen het ziekenfondspakket te doen opnemen, wetenschappelijk onderzoek te intensiveren en de voorlichting te verbeteren. Een saillant punt binnen deze discussie was, dat alle partijen het zelfstandig diagnostiseren door de niet arts-alternatieve genezer, afwezen.

Alhoewel langdurig over de complexe problematiek van erkenning werd gesproken, is toch wederom onvoldoende het wezenlijke onderscheid tussen de zgn. additieve vormen van geneeswijze en de zuiver alternatieve behandelwijzen tot uitdrukking gekomen.
Het aanbrengen van dit onderscheid zou de complexiteit van deze problematiek niet alleen belangrijk verminderen, maar bovendien een beter inzicht verschaffen in de verschillende groepen van beroepsbeoefenaren die zich op dit gebied bewegen.
Het lijkt daarom goed, om het onderhavige gebied, dat ingedeeld is in zes hoofdstromingen eens nader te bezien tegen de achtergrond van de hierbij betrokken groepen van beroepsbeoefenaren.
Niet alleen de huidige maar ook de toekomstige wetgeving inzake regeling van bepaalde behandelwijzen op het gebied van de individuele gezondheidszorg, de B.I.G.-wet, stelt niet de behandelwijze maar de beroepsbeoefenaar centraal.
Dit is ook het enige goede uitgangspunt, omdat het regelen van de afzonderlijke behandelwijzen zelf, niet alleen een verstarrende invloed op de behandelingsmogelijkheden zou uitoefenen, maar bovendien géén enkele garantie biedt ten aanzien van degene die deze toepast.
Dit is wèl mogelijk indien een bepaalde beroepsbeoefenaar binnen het kader van de wetgeving wordt gebracht, waarbij de kwaliteitseisen ten aanzien van zijn handelen, door middel van toezicht op de daartoe te volgen opleiding, kunnen worden gerealiseerd.
Het rapport Muntendam, dat als uitgangspunt van discussie geldt, spreekt van 'geneeswijzen', maar gezien het veelal ontbreken van enig aantoonbaar oorzakelijk verband tussen toegepaste behandelwijze en genezing is het beter om in dit verband van 'behandelwijzen' te spreken.
Bij het regelen van een beroep kan de desbetreffende beroepsbeoefenaar bevoegd worden verklaard tot het toepassen van meer dan één behandelmethode. Daarbij dient wel een onderscheid te worden aangebracht tussen bevoegdheid en bekwaamheid. Zo is bijvoorbeeld de arts volledig bevoegd tot het uitoefenen van de gehele genees-heel- en verloskunde, maar is daartoe zeker niet in volledigheid bekwaam. Bekwaamheid is een meer dynamisch begrip en zal door middel van bij- en nascholing op peil moeten worden gehouden. Van iedere goed opgeleide behandelaar mag bovendien worden verwacht, dat deze eclectisch werkt en zodoende kiest uit de meest aangewezen behandelingsvormen.
Bij de keuze voor een systematische indeling van beroepen, gerelateerd

* Dit artikel werd kort geleden eerder gepubliceerd in Nederland. Toch heeft de redaktie, in tegenstelling tot het beleid waarbij eerder verschenen artikelen niet worden gepubliceerd, besloten het aangeboden artikel te publiceren in verband met de daarin opgenomen belangrijke mededeling voor fysiotherapeuten.

aan de onderhavige zes hoofdstromingen wordt daarom onderscheid gemaakt tussen 'bevoegdheden' en 'bekwaamheden' en wel op basis van de huidige wetgeving.
Onder 'additief' wordt hier verstaan: het toepassen door een bevoegde beroepsbeoefenaar van die handelwijzen, welke een aanvulling op de basisbehandeling vormen, maar binnen de beroepsgroep niet volledig zijn aanvaard en dus niet als regulier kunnen worden beschouwd. De eerste vraag, welke zich dan opwerpt, is of één en ander geen aanleiding vormt tot het aanvragen van een erkenning als specialisme.
Als 'alternatief' kan woren aangemerkt, het uitvoeren van specifieke behandelingsvormen door een formeel onbevoegde beroepsbeoefenaar. Het is daarbij niet ondenkbaar, dat te gelegener tijd een dergelijke alternatieve vorm tot een reguliere vorm wordt verheven.
De manier waarop deze behandelwijzen worden toegepast wijkt bovendien af van de reguliere vorm van afspraken. Zo zal de echte alternatieve therapeut (niet arts) bij voorkeur werken **zonder** verwijzing van de arts, teneinde een optimaal behandelresultaat te verkrijgen, daarbij niet gehinderd door stringente voorschriften. Toch is het slechts de arts die de volledige ziektegeschiedenis van de patiënt kent en daarom de meest aangewezen persoon om het indicatiegebied af te bakenen. Dat impliceert ook voorkomen van inadequate behandelingen.

Bevoegdheden – bekwaamheden

Thans volgt een summier overzicht van de beroepsbeoefenaren, ingedeeld naar 'bevoegdheden' en 'bekwaamheden'.

Artsen
- a. bevoegd – bekwaam
- b. bevoegd – onbekwaam

ad a: Iedere arts is volledig bevoegd tot uitoefening van de totale geneeskunde. Hij mag bovendien bekwaam worden geacht tot het toepassen van niet reguliere behandelwijzen, indien hij daartoe met succes een adequate bijscholing heeft gevolgd. In hoeverre echter de toepassing van technieken, welke niet gefundeerd zijn op toetsbare hypothesen en theorieën, door het zittende reguliere bestand als ongewenst moet worden beschouwd, wordt hier in het midden gelaten.

ad b: Ondanks de eerdergenoemde bevoegdheid van de arts kunnen toch handelingen worden verricht waarvoor een specifieke deskundigheid aanwezig mag worden geacht. Indien de arts, die zich deze deskundigheid niet via de daarvoor aangewezen weg heeft eigen gemaakt toch dergelijke handelingen verricht, handelt hij zowel in ethische als in tuchtrechtelijke zin, onjuist.

Paramedici
- a. onbevoegd bekwaam
- b. onbevoegd onbekwaam

ad a: **Per definitie is iedere paramedicus onbevoegd tot het uitvoeren van de medische handelingen, welke niet expliciet in zijn wettelijke beroepsomschrijving zijn opgenomen.**

Dit beginsel zal ook bij inwerkingtreding van de B.I.G.-wet worden gehandhaafd, ondanks de afschaffing van de thans geldende beroepsbescherming. Hierover bestaat nogal eens wat misverstand. Velen menen, dat de paramedicus na inwerkingtreden van de B.I.G.-wet zijn eigen behandelingspakket zou kunnen bepalen.

De paramedicus kan echter op grond van genoten bijscholing wel bekwaam zijn tot het toepassen van behandelwijzen, welke nog een irregulier karakter dragen. Hiermee worden niet bedoeld, die behandelvormen, welke thans als 'verbijzonderingen' bekend zijn en waarvoor de vaardigheid eveneens via bijscholing wordt verkregen. Deze dragen namelijk veelal een regulier karakter.
Indien de noodzaak daartoe aanwezig is, **kan echter ook worden overwogen om bepaalde alternatieve vormen aan het pakket van de desbetreffende paramedicus toe te voegen.**
Dit impliceert wel, dat zowel het zittende beroepsbestand als de paramedische student zich op deze onderdelen verder zullen moeten bekwamen.

ad b: De paramedicus vallend onder deze categorie dient zich vanzelfsprekend geheel van de toepassing van alternatieve behandelvormen te onthouden. In dit verband zij nog opgemerkt, dat het Staatstoezicht op de Volksgezondheid bereid is, om hangende het onderzoek, de toepassing van bepaalde alternatieve behandelwijzen niet te vervolgen, tenzij schade of nadeel aan de patiënt wordt berokkend, dan wel als er sprake is van onzorgvuldige praktijkvoering. Dit geldt thans met name voor het toepassen van acupunctuur door fysiotherapeuten. Overigens, opname in het pakket van de fysiotherapeut zal eerst dan worden overwogen, indien het onderzoek naar het effect van acupunctuur is afgerond.

Alternatieve genezer
- a. onbevoegd – bekwaam
- b. onbevoegd – onbekwaam

ad a: De moeilijkheid, welke zich bij deze categorie voordoet, is, het gegeven dat de aanwezige bekwaamheid nog niet toetsbaar is. Zolang de opleiding en de examens alsook de behandelresultaten niet onder overheidscontrole worden gesteld, kan op basis van de 'vermeende' bekwaamheid niet de toegang tot het geïnstitutionaliseerde veld van de gezondheidszorg worden verleend.

Thans buigt de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, door middel van een daartoe ingestelde 'Commissie B.I.G.-beroepen' zich over een 40-tal aanvragen van beroepsgroepen voor opname in de B.I.G.-wet, waaronder ook enkele alternatieve groeperingen zoals de paranormale genezer en de chiropractor.

ad b: Op deze groep zouden mogelijk de termen 'beunhazerij' en 'kwakzalverij' van toepassing kunnen worden verklaard. Voor deze categorie dient dan ook, ter bescherming van de patiënt, geen enkele regeling te worden overwogen en zal hiertegen bovendien een actief **vervolgingsbeleid** moeten worden ingesteld.

Alternatieve genezers

Tenslotte volgt nog een korte behandeling van de belangrijkste knelpunten, welke op het desbetreffende beroep van toepassing zijn:

Paranormale genezer

Deze groep kent géén gerichte beroepsopleiding, daar de bekwaamheid gelegen is in de aanwezigheid van bovenzintuiglijke gaven. Eén en ander maakt een eventueel tot stand te brengen regeling van dit beroep onmogelijk, tenzij het aantal verrichte genezingen als maatstaf voor aanwezige 'bekwaamheden' zou worden gebruikt.

Homeopathie

Binnen deze kring moet onderscheid worden gemaakt tussen alternatieve homeopathen (niet artsen) en de groep van artsen-homeopathen. Onderling bestaan tussen beide groeperingen evidente verschillen van opvatting. Voor de artsengroep geldt de homeopathie als additioneel middel t.o.v. de reguliere geneeskunde. De dreigende verdwijning van de homeopathische en anthroposofische geneesmiddelen uit het ziekenfondspakket vormde een belangrijke aanleiding tot discussie in de U.C.V.-behandeling.

Een wezenlijk probleem vormt hier de verwijzing van arts naar homeopaath en omgekeerd; het verstrekken van de medische gegevens en het feit, dat de homeopathische behandeling niet uit gemeenschappelijke middelen wordt vergoed anders dan via de normale huisartsenregeling. De homeopathische arts is bovendien noch specialist noch huisarts in strikte zin, hetgeen het vinden van een praktische oplossing voor deze behandelwijze erg bemoeilijkt.

Anthroposofie

Deze groep is onderverdeeld in geledingen van beroepsbeoefenaren, welke deels wel en deels niet regulier zijn opgeleid. Deze laatsten zijn de heileuritmisten en kunstzinnig therapeuten. Tot de regulier opgeleiden behoren de artsen, de fysiotherapeuten en de verpleegkundigen.
Ook hier is sprake van een additieve geneeswijze. Het ontbreken van aangepaste vergoedingsregelingen speelt ook hier een belangrijke rol. Patiënten betalen dan ook veelal de kosten van behandeling zelf.

Acupunctuur

De groep van artsen-acupuncturisten kampt eveneens met het ontbreken van vergoedingsregelingen, daar deze vorm niet als specialisme is erkend. Een erkenning als specialisme binnen de toekomstige B.I.G.-wet lijkt evenmin gemakkelijk te realiseren en vindt vooralsnog geen instemming van de K.N.M.G.
De opleiding van de N.A.A.V. (voor het C-diploma) bedraagt thans 3 jaar, waarmee aan de eisen inzake 'bekwaamheid' zeker wordt voldaan.
Ook de fysiotherapeuten, waarvan er reeds honderden via bijscholingscursussen werden opgeleid, beoefenen de acupunctuur. Nagegaan zal moeten worden of de acupunctuur, nadat meer onderzoeksresultaten zullen zijn verzameld, officieel aan het pakket van de fysiotherapeut kan worden toegevoegd.
De overkoepelende groep van zuiver alternatieve acupuncturisten heeft onderling nog geen consensus kunnen bereiken ten aanzien van opleiding en beroepsprofiel. De inmiddels overkoepelende organisatie van de N.O.V.A.G. kan bij het bereiken van de zo noodzakelijke homogeniteit zeker constructief werk in deze doen. Zolang samenwerking met verwijzende artsen in het algemeen nog wordt afgewezen, zal van enige regeling binnen het wettelijk kader dan ook geen sprake kunnen zijn. Het lijkt er echter naar uit te gaan zien, dat dit starre uitgangspunt niet langer zal worden gehandhaafd.

Natuurgeneeswijze

Deze groep van H.B.O.-opgeleide practizeins, die vanwege de 'holistische' patiëntenbenadering evenzo buiten de arts om wenst te practiseren, heeft een duidelijk alternatief karakter, enkele artsen-natuurgenezers daarvan uitgezonderd. De reeds jaren lopende aanvrage voor plaatsing op het scholenplan binnen het hoger beroepsonderwijs, werd tot nu toe niet gehonoreerd, gezien de vele onduidelijkheden, welke er nog rondom dit beroep bestaan.

Manuele geneeskunde/therapie

De artsen-manueel therapeuten kampen met het analoge probleem als de artsen-anthroposofen en artsen-homeopathen voor wat betreft de verwijzing door collegae; het ontvangen van medische gegevens en vergoeding door de ziektekostenverzekeraars. Wel blijken steeds meer particuliere ziektekostenverzekeraars enige financiële ruimte te geven aan deze vorm van therapie. Deze behandelwijze, voorzover uitgeoefend door artsen en fysiotherapeuten, is eveneens additief te noemen.
De fysiotherapeuten-manueel therapeuten met onderling uiteenlopende bijscholingen op dit gebied zijn verenigd binnen een gezamenlijke vereniging en bereid gevonden deze behandelingsvorm vooralsnog als een verbijzondering van de fysiotherapie te beschouwen. Een afzonderlijke erkenning van de manuele therapie wordt vooralsnog niet overwogen. Wel wordt bestudeerd om m.b.v. een intern register binnen de beroepsvereniging deze groep duidelijk van de overige fysiotherapeuten te doen onderscheiden. De hiertoe leidende motivering zou echter evenzo op de overige verbijzonderingen van toepassing kunnen zijn.
De osteopaat komt, voorzover bekend, in Nederland niet voor.

De chiropractor

De chiropractor werkt veelal **zónder** verwijzing van de arts en moet als alternatieve genezer worden gezien. Hij maakt vaak zelfstandig röntgenfoto's m.b.v. apparatuur tot 100 K/volt, waarmee de eisen gesteld door de Kernenergiewet worden ontweken.
Dit beroep wordt thans nader bestudeerd (binnen de Commissie B.I.G.-beroepen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid), teneinde te kunnen bepalen of opname binnen de B.I.G.-wet mogelijk is. Op het moment van opname zou het karakter van het beroep zich wijzigen van alternatief in regulier. Van de beroepsbeoefenaar wordt dan verwacht op straffe van tuchtrechtelijke veroordeling, zich aan de regels gesteld aan samenwerkingsrelaties, te houden.

Het bovenweergegeven overzicht pretendeert niet volledig te zijn. De problematiek is zoals reeds gezegd complex, hetgeen uit de omvangrijke dossiers, hier aanwezig, moge blijken. Toch hoop ik hiermee tenminste te hebben bereikt, dat bij de discussie inzake het al of niet erkennen van de alternatieve geneeswijzen niet alles over één kam wordt geschoren, maar wel degelijk onderscheid wordt gemaakt tussen echte kwakzalvers en bonafide therapeuten, die zich weliswaar van nog niet ingevoerde specifieke behandelwijzen bedienen, maar daarmee toch vóór alles het belang van de patiënt willen dienen.
Op welke wijze de voorlopig tijdens de kamerzitting gemaakte afspraken, zoals de intensivering van wetenschappelijk onderzoek, nadere bestudering van de beroepen chiropractor en paranormale genezer, overleg met beroepsgroepen die binnen hun gedragsregels het informeren van de reguliere arts niet hebben opgenomen, zullen worden gerealiseerd, kan nog niet geheel worden overzien. •

Contributie 1984

Aan degenen die daarvoor in eerste instantie in aanmerking komen, zijn reduktie aanvraagformulieren voor de contributie 1984 verzonden. U wordt verzocht deze per omgaande te retourneren opdat tijdig de contributie voor 1984 voldaan kan worden.
Statutair dient men vóór 1 april van dit jaar te betalen. In verband met een goede voortgang van de aktiviteiten ten behoeve van de leden worden degenen die een accept girokaart hebben ontvangen, verzocht zo snel mogelijk aan hun contributieverplichting te voldoen. •

Rectificatie:

Helaas zijn er in het artikel van de heer F. Voermans, getiteld: "Plaats en functie van de dienst fysiotherapie in de ziekenhuisorganisatie", verschenen in het decembernummer van Fysiovisie, enige onnauwkeurigheden geslopen.
Op pagina 23 laatste kolom vijfde regel van onder staat: 1) Verstrekking . . ., dit moet zijn 1) Versterking van de 1e lijns zorg.
Op pagina 25 na het laatste woord ontbreken de volgende zinnen:
. . . behandelend/diagnostisch bezig te zijn, als onderdeel van de totale medische zorg voor de patiënt.
Er ligt een zoekende, onderzoekende en evaluerende taak voor de fysiotherapie. Het overleg met de behandelend arts kan (zie verder blz. 26) •

Frans Ditzel: 'Als maatschap til je het beroep op'

Hoe lang zal het fenomeen 'medewerker op notabasis' nog blijven bestaan? De fysiotherapeut die zelfstandig werkt, maar dan wel in de praktijk van iemand anders, waar hij tegen een percentagevergoeding gebruik maakt van ruimte en apparatuur. Dat is het medewerkersschap pur sang. Maar de zaak wordt wel eens omgedraaid: niet de praktijkhouder krijgt een percentage, de medewerker krijgt een deel van de omzet die hij zelf draait. Die gang van zaken is voor de fiscus al jarenlang aanleiding om het zelfstandig-zijn van de medewerker op notabasis te betwisten.

Bovendien heeft de fiscus er een bondgenoot bijgekregen: de BVG, de Bedrijfsvereniging voor de Gezondheidszorg, confronteert praktijkhouders met aanslagen voor achterstallige sociale premies. Er worden astronomische bedragen gevorderd, bedragen waarmee de praktijkhouder natuurlijk geen rekening heeft gehouden. En dan is er nog zoiets als het zelfstandig funktioneren in de uitoefening van het beroep. Volgens Frans Ditzel raken her en der medewerkers fiscaal in de problemen omdat ze niet kunnen aantonen dat ze zelfstandig zijn. Aan de andere kant kunnen praktijkhouders soms maar moeilijk accepteren dat medewerkers zelfstandig kunnen functioneren en eigenlijk alleen maar 'de spullen huren'. 'Zodra je de basisgedachte van het medewerkersschap gaat aantasten, tast je de zelfstandigheid aan en kom je in de problemen', aldus Ditzel. 'Criteria voor de zelfstandigheid zijn: eigen registratie, eigen administratie en eigen rapportage. Een open vraag blijft natuurlijk waarom iemand zich niet, voor mijn part, naast een bestaande praktijk vestigt, maar bij iemand intrekt. Kennelijk is de verantwoordelijkheid voor een eigen praktijk een belasting die veel mensen niet aankunnen.'

Vaak wordt er door artsen verwezen naar de praktijkhouder. Zodra de praktijkhouder het werk gaat verdelen, gaat er al iets fout voor wat betreft de vrijheid van handelen, vindt Ditzel. 'Er is dan sprake van delegeren. Dat vormt een probleem, evenals de praktijkhouder die ook nog eens de behandeling van de patiënten vaststelt en zich als een chef gaat gedragen. Een ander probleem is de medezeggenschap van de medewerkers, waaraan het nogal eens ontbreekt. Wie beslist er bijvoorbeeld over de investeringen in de praktijk? Meestal is dat de praktijkhouder, nadat hij al dan niet 'zijn' medewerkers heeft gehoord.' Een probleem waaraan Ditzel zich uitermate stoort, zijn de zogenaamde praktijkfabriekjes. 'Een praktijkhouder met verschillende praktijken waar hij 'zetbazen' heeft zitten terwijl hij zelf als een manager funktioneert. Dat is een heel oneigenlijke manier van fysiotherapie bedrijven'.

Eigen keuze

'Voor de externe relaties geldt dat een verwijzer wel weet dat hij een patiënt naar een praktijkhouder met medewerkers verwijst, met alle vaagheden van dien. De eigen keuze van therapeut van de patiënt is in het geding, omdat de praktijkhouder het werk uitbesteedt. Tot dusver is het zo dat de financiële kant van de praktijk door de praktijkhouder wordt behartigd. Je kunt je afvragen of in deze situatie de zelfstandigenaftrek voor medewerkers wel gerechtigd is en die vraag wordt inderdaad gesteld.
'Voor het ziekenfonds ben je iemand met een aantal medewerkers. Een ziekenfonds heeft meer achting voor een solist of voor de kleine maatschapjes, dat is tenminste een indruk die ik bij de onderhandelingen met het ziekenfonds heb gekregen.'
Dat de fiscus vaker dan voorheen gelijk krijgt en nu ook de BVG zich in de strijd stort, noemt Ditzel 'zorgelijk, maar ik heb geen medeleven met de mensen die het overkomt. Ze hebben zakelijk niet zorgvuldig gehandeld en de criteria op basis waarvan iemand zelfstandig is, verwaarloosd. Of het nieuwe kontrakt met de medewerkers deze problemen oplost, is nog maar de vraag. Het kontrakt is vernieuwd met het oog op de ziekenfondsen, niet met het oog op de fiscus. Het kontrakt als zodanig is nog nooit aangevallen, maar je moet het wel goed uitwerken, de criteria goed invullen. Nu de fiscus en de BVG eenmaal een breekijzer hebben, zullen ze het hele land wel afgaan. Praktijkhouders en medewerkers wachten harde bestraffingen voor hun onzorgvuldigheid, maar zo is nu eenmaal de wet.'
'Om het kwaad te voorkomen, moet je een alternatief zoeken', meent Ditzel. 'Je kunt naast elkaar als buren gaan werken, maar dat is moeilijk te realiseren in verband met de kosten en het concurrentiebeding. Je kunt de medewerkers in loondienst nemen als dan maar aan de voorwaarde van inhoudelijke gelijkwaardigheid wordt voldaan, een praktijkhouder niet de baas gaat spelen en het inkomen gelijk is aan het bruto-totaal van wat een medewerker nu verdient. Voor de fiscale aftrekposten die hij als werknemer prijsgeeft, koopt hij zijn rechtzekerheid.' Als laatste alternatief noemt Ditzel het vormen van een maatschap. Zelf lid van een maatschap is hij daar voorstander van, mits een en ander maar goed is geregeld. 'Er moet een goed kontrakt worden opgesteld, waardoor je op basis van gelijkwaardigheid naast elkaar kunt funktioneren, zowel inhoudelijk als zakelijk.'
Bij het zoeken naar alternatieven is volgens Ditzel deze vraag belangrijk: hoe werk ik als fysiotherapeut samen met collega's met dezelfde papieren? Is zo'n collega medewerker op notabasis, bij mij in loondienst of staat hij nااست me? 'Alleen op basis van gelijkheid los je de problemen in een praktijk op, samen weet je meer dan alleen. De direkte betrokkenheid van mensen die naast elkaar staan is anders, beter.'

Verdeling

Wat verstaat Ditzel onder een goed kontrakt?
'Een goed kontrakt omschrijft de verdeling van kosten en inkomsten op basis van kwalitatieve en kwantitatieve inbreng. Wat het inkopen in een maatschap betreft, de praktijk heeft een zekere goodwill waaraan kandidaat-maatschapsleden eventueel ook hebben meegewerkt. Dat moet deel uitmaken van de overwegingen. Parttime inbreng is zeker mogelijk, maar in het geheel kleven er toch altijd bezwaren aan. Dat merk ik zelf, met mijn funktie in het genootschapsbestuur en mijn werk in het onderwijs. De continuïteit van een praktijk komt in gevaar.'

'In een goed kontrakt wordt niet op basis van meerderheid gewerkt, maar op basis van unanimiteit. Dat vereist weliswaar meer overleg en meer water in de wijn, maar het resultaat loont de moeite. Wat ook in een goed kontrakt moet worden opgenomen, is de gang van zaken rond het uittreden, hetzij door ziekte of overlijden, hetzij omdat iemand er geen zin meer in heeft. Aan het uittreden moet in het kontrakt eigenlijk de meeste aandacht worden geschonken, als dat goed is geregeld voorkomt dat later een hele hoop narigheid. Onze maatschap heeft ook kontraktueel vastgelegd dat één van ons de maatschappelijke relaties onderhoudt. In ons geval ben ik dat. Ik ben die ene spreekbuis, zowel intern voor bijvoorbeeld de twee administratieve medewerksters, als extern. Ik ben wat ouder dan de andere maten en dat heeft zijn voordelen. Een maatschap met een, noem het maar nestor functioneert uitstekend, is ons gebleken.'

De maatschap van Ditzel omvat vijf maten, twee fysiotherapeuten in loondienst en twee administratieve medewerksters, eveneens in loondienst. Waarom is Ditzel zo geporteerd van een maatschap?

'In mijn visie op samenwerking tussen fysiotherapeuten bestaan geen oneigenlijke gezagsverhoudingen en een maatschap heeft die evenmin. Je bent samen verantwoordelijk. Het gezamenlijk werken geeft een betere waarborg voor inhoudelijke kwaliteit, daar verplicht je elkaar toe. Je zorgt voor juiste protocollen en daaruit voortvloeiend juiste verslagen en je schoolt je op tijd bij. Bij ons kan iedereen het werk zó van elkaar overnemen, omdat alles wordt vastgelegd. Bovendien kom je als maatschap van fysiotherapeuten sterker naar voren ten opzichte van de verwijzers en de patiënten. Je treedt met zijn allen naar buiten, als één geheel. Dat zie je ook bij de medici in een maatschap. Wij hebben dan ook voor ons maatschapskontrakt onder meer gebruik gemaakt van het LHV-kontrakt voor maatschappen van huisartsen.'

Ook ten opzichte van het in loondienst nemen van fysiotherapeuten, springt voor Ditzel de maatschap er voordeliger uit. 'In een maatschap bestaan geen gezagsverhoudingen, in loondienstverband heb je de relatie werkgever-werknemer. Bovendien treden in loondienstverband in vrije praktijken toch vaak fricties op voor wat betreft de zelfstandige beroepsuitoefening, ook al zou dat eigenlijk niet mogen.'

Nadelen

Natuurlijk kleven er ook nadelen aan een maatschap. Ditzel: 'De praktijkhouder verliest zijn zelfstandigheid als 'baas'. Eerst besliste je alleen over wat je ging doen, nu moet dat aan de hand van een gesprek gebeuren. Vooral oudere collega's zullen er moeite mee hebben de zaak 'uit handen te geven'. Dat ondervind ik aan den lijve. Ik heb ook eerst twintig jaar zelfstandig gewerkt, zo'n periode vormt je toch. Ik

treed nu ook nog wel eens eigenmachtig op, maar word dan door mijn maten op mijn vingers getikt.'

'Besprekingen die je in een maatschap moet voeren, kunnen qua tijd uit de hand lopen als je daar niet op let. Je moet zien te voorkomen dat er veel wordt gepraat en weinig gedaan. En dan de unanimiteit, die ik beslist noodzakelijk acht. Die unanimiteit kan ook een nadeel zijn, omdat hij de besluitvorming kan blokkeren. Je moet immers alle maten op één lijn zien te krijgen? Dat kan wel eens wat tijd kosten.'

Problemen in een maatschap zijn natuurlijk niet altijd te voorkomen, maar Ditzel wijst er op dat de keuze met wie je in een maatschap stapt, vrij is. 'Een maatschap vorm je maar niet even, je groeit als maten naar elkaar toe, je bouwt zorgvuldig een goede verstandhouding op, verkent elkaar terdege alvorens je de stap waagt. Wij zijn met zijn drieën begonnen. De andere maten zijn via een dienstverband van drie jaar bij onze maatschap betrokken. Na drie jaar ken je elkaar wel zo'n beetje. Je kunt een half jaar, een jaar de schijn ophouden, maar in een periode van drie jaar val je door de mand. Na die periode zijn de twee dienstverbanders toegetreden tot de maatschap.'

'Als maatschap til je het beroep op, als je tenminste vakinhoudelijk goed bezig bent en met protocollen en rapportages werkt. Als je goede intenties hebt, groeit er wat uit zo'n samenwerking. Meer dan uit een samenwerking tussen een praktijkhouder en een medewerker op notabasis. Daar geloof ik heilig in. Daarnaast heb je minder rompslomp dan in een andere situatie. Integendeel, de betrokkenheid van de maten is groter dan in andere situaties en ook de dienstverbanders zijn meer betrokken bij de praktijk omdat ze de verwachting hebben in de maatschap te worden opgenomen. Dus vinden ze het wel en wee van de praktijk nu al belangrijk.'

'Naar buiten, met verwijzers en ziekenfondsen, is de relatie tot dusver optimaal. Vooral de verwijzers spreekt het erg aan dat je op basis van gelijkwaardigheid met elkaar samenwerkt. Ook met de ziekenfondsen hebben we een goede relatie, én met de fiscus. Met een goede accountant hebben wij als maatschap niet de minste problemen gehad met de fiscus.'

Els Taverne •

Fysiofiscus en Fysiofinancis

Belastingmaatregelen 1984

De wetgever heeft de fiskale duimschroeven weer enkele slagen vaster geschroefd. Buiten de maatregel m.b.t. de tweeverdieners, zijn na hevige strijd in de Tweede Kamer een aantal wijzigingen in de inkomstenbelasting aangebracht. Veranderingen die weer een aanslag op onze portemonnee zullen inhouden.
De belangrijkste wijzigingen, met voorbijgaan aan de genoemde maatregelen inzake de tweeverdieners, zijn hierna aangegeven.

Aftrek van kosten werk-/studeerkamer

De uitspraak van de Hoge Raad d.d. 30 maart 1983, waarin deze besliste, dat voor de berekening van de kosten van een werk-/studeerkamer niet een evenredig deel van het huurwaarde forfait van de eigen woning in aanmerking moet worden genomen maar 4 1/13 maal dat evenredig deel van het forfait, heeft met ingang van dit jaar zijn betekenis verloren. Een simpele wetswijziging zorgt er voor dat de feitelijke situatie van vóór deze uitspraak is hersteld. Dit houdt in dat ter berekening van de aftrekbare kosten voor de werk-/studeerkamer (wederom) slechts een evenredig deel van het huurwaarde forfait in aanmerking mag worden genomen. (N.B. voor de aangifte over 1983 geldt de hogere aftrek dus nog wel).

Onderhoudskosten van verwanten en studiekosten

Voor zowel onderhoudskosten van verwanten als voor studiekosten, is het niet-aftrekbare deel van deze uitgaven gebracht op ƒ 800,— (was: ƒ 200,—) of, zo dit minder zou zijn, op 2% (was: 1%) van het onzuiver inkomen.

Buitengewone lasten

Voor de uitgaven in verband met ziekte, invaliditeit, bevalling, overlijden, adoptie en ouderdom is een geheel nieuwe ziektekostendrempel ontworpen. De drempel blijft afhankelijk van het onzuiver inkomen maar is nu uit twee elementen opgebouwd.
Het niet aftrekbare deel van de ziektekosten enz. bedraagt bij een onzuiver inkomen van:
- niet meer dan ƒ 47.820,—: 12,7% van het onzuiver inkomen;
- meer dan ƒ 47.820,— maar niet meer dan ƒ 108.000,—: ƒ 4.650,— vermeerderd met 3% van het onzuiver inkomen;
- meer dan ƒ 108.000,—: ƒ 7.900,—.

Voor de berekening van deze drempelbedragen wordt 30% van het onzuiver inkomen van de echtgenote geteld bij het onzuiver inkomen van de man. Ook dit is een geheel nieuw element in de buitengewone lastenregeling.

Tevens zijn de vermenigvuldigingsfaktoren grondig gewijzigd. De bekende faktoren 1¼, 1½ en 1¾ zijn verdwenen. Hiervoor in de plaats komen de volgende:
- faktor 1½, indien men voor de berekening van het belastbaar inkomen in de drie voorafgaande jaren ook in aanmerking kwam voor aftrek van ziektekosten enz.
- faktor 1¼, indien men in de twee voorafgaande jaren voor buitengewone lastenaftrek in aanmerking kwam, of als men in 1984 voor ten minste vijf 'echte' kinderen van jonger dan 27 jaar recht heeft op kinderbijslag en/of op aftrek van kosten van levensonderhoud als buitengewone last.
- faktor 1, in alle andere gevallen.

Aftrek wegens arbeidsongeschiktheid of ouderdom

De met ingang van 1983 ingevoerde vaste aftrekbedragen wegens arbeidsongeschiktheid of ouderdom, die deel uitmaken van de kategorie ziektekosten, worden voor arbeidsongeschikten en ongehuwde bejaarden gebracht op ƒ 529,— (was: ƒ 424,—) en voor gehuwde bejaarden ƒ 756,– (was: ƒ 606,—).

Aftrek van adoptiekosten

De regeling m.b.t. aftrek van adoptiekosten is aanzienlijk versoepeld. Uitgaven terzake van adoptie van een binnenlands kind, komen in beginsel in het jaar van betaling in aftrek.
Ook uitgaven terzake van adoptie van een buitenlands kind, komen in het jaar van betaling voor aftrek in aanmerking, met dien verstande dat de met de adoptie verband houdende reis- en verblijfkosten van de adoptie-ouders pas in aftrek kunnen worden gebracht nadat de Minister van Justitie de beginseltoestemming heeft verleend tot het opnemen van een buitenlands kind in het gezin.

Bestuursmutaties

Afdeling Limburg

Ten gevolge van reorganisatie en verhuizing secretariaat geven wij u hieronder een overzicht van bestuurssamenstelling en hoe u ons kunt bereiken.
Om enerzijds een zo permanent mogelijk bereikbaarheid en anderzijds geen piekbelasting op enkele bestuursleden te creëeren hebben we een rooster bijgevoegd op welke dagen u 's avonds welk bestuurslid kunt aantreffen. De Secretaris.

Voorzitter:
H. J. G. ten Haaf
Wyerstraat 5
6112 AM St. Joost.
Tel.: 04754-2511
dinsdag-donderdag van 19.00-20.00 uur.

Secretaris-penningmeester:
T. Streutjens
Stationsstraat 34
6365 CK Schinnen.

Correspondentie-adres:
Postbus 254
6160 AG Geleen
Het secretariaat is dagelijks telefonisch bereikbaar via 04490-12252.

Bestuursleden:
L. Perry
Schoolstraat 1
6566 AW Swolgen.
Tel.: 04789-2278
maandag van 19.00-20.00 uur.

E. Sistermans
Beezepool 43
6245 JH Eysden
Tel.: 04409-3692
vrijdag van 19.00-20.00 uur.

J. van Gerwen
Eikenhoven 61
6225 GV Maastricht.
Tel.: 043-620906
woensdag van 19.00-20.00 uur.

Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie

Conditie training voor CARA patiënten

Het initiatief van de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie om een studiedag te organiseren over 'CARA, inspanning en training' heeft geleid tot een massale belangstelling van fysiotherapeuten. De belangstelling was zo groot, dat men besloten heeft het programma van 10 maart te herhalen op 11 mei, ook in het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht.
Mede om na te gaan waarom er zo'n enorme belangstelling bestaat voor dit onderwerp voerde mevrouw Dijkstra, direkteur Stichting Wetenschap en Scholing een gesprek met dr. N. Cox, longarts en N. van de Wetering, fysiotherapeut, beiden inleiders tijdens de studiedag.

Mw. Dijkstra: 'Fysiotherapeuten, die zich bezig houden met de begeleiding van sporters, beschikken over een grote kennis van inspanningsfysiologie en trainingsmogelijkheden. Zij passen die kennis voortdurend toe bij gezonden. Ik heb de indruk, dat van die kennis weinig gebruik wordt gemaakt bij patiënten. Toch zijn fysiotherapeuten geïnteresseerd als je afgaat op de grote opkomst voor deze studiedag. Is daar een verklaring voor'.

Van de Wetering: Zeker wel, wij hebben in onze kliniek de ervaring, dat patiënten vaak in een periode van 2 à 3 jaar herhaaldelijk worden opgenomen, waardoor ze dan gebonden zijn aan hun bed of kamer. Het gevolg is, dat ze steeds verder achteruit gaan in conditie zonder dat ze dat zelf als zodanig beleven. Ze komen in een vicieuze cirkel, een exacerbatie, vermindering van conditie waardoor opnieuw een exacerbatie enz.
Bij herhaling van dat proces wordt de patiënt geconfronteerd met een zeer slechte conditie ondanks dat hij een redelijke longfunktie kan hebben. Daarom zijn wij dertien jaar geleden begonnen met een revalidatieprogramma, waarin wij de ziektebeleving trachten te beïnvloeden door verbetering van de conditie'.

Mw. Dijkstra: 'Waarom hebben vooral fysiotherapeuten hierin een funktie?'

v. d. Wetering: 'Ze zijn opgeleid om de belastbaarheid van patiënten in te schatten. Dat is bij CARA-patiënten belangrijk omdat een overbelasting leidt tot een achteruitgang met een verergering van de caraklachten zoals kortademigheid en sputumproduktie. Begeleiding is noodzakelijk omdat de

ene patiënt bang is voor inspanning en de ander zijn mogelijkheden overschat. Voor de patiënt is de conditieverbetering erg essentieel omdat hij zich dan in zijn dagelijks funktioneren prettiger voelt en ook meer kan'.

Mw. Dijkstra: 'Wat zijn de resultaten van de onderzoeken die tot nu toe verricht zijn op dit terrein?'

Cox: 'Uit de tot nu toe gepubliceerde gegevens blijkt, dat het effekt van longrevalidatie vooral conditieverbetering is, dit blijkt uit studies waarbij gebruik werd gemaakt van de fietsergometer. Verder neemt het maximale ademminuut volume toe. Wel bleek dat training geen verbetering geeft op

bepaalde longfunktie-parameters, te weten de F.E.V.I. (expiratoire één secondewaarde) en de V.C. (Vitale Capaciteit).
Longrevalidatie is in mijn optiek vooral van belang, omdat daardoor in de gedachten van de patiënt een kentering plaatsvindt in zijn opvatting ten opzichte van lichamelijke beweging. Bijna alle astmatici zijn van jongs af opgevoed met de stelregel: doe rustig aan. Zij werden altijd gespaard voor lichamelijke inspanning.
Daardoor zijn ze echt gaan geloven, dat inspanning slecht voor ze is. Tijdens de longrevalidatie leren ze van het behandelend team, o.a. de fysiotherapeut en de sportinstrukteur dat inspanning goed kan zijn voor hun aandoening. Ze leren beter te bewegen, ze krijgen een betere mechanische conditie.

Mw. Dijkstra: 'Kun je stellen dat tijdens de longrevalidatie weliswaar niet de longfunktie verbeterd maar wel de circulatie, waardoor je een betere benutting krijgt van de longcapaciteit?'.

Cox: 'Dat is één van de algemene effekten van training, het hartminuutvolume neemt toe en dat geldt ook voor de maximale zuurstofopname. Bovendien neemt door training de zuurstofutilisatie op spierniveau toe, wat hiervan de oorzaak is weten we nog niet.
Omdat cara-patiënten vaak ongetraind zijn, kun je door training een sterke verbetering van de conditie bereiken. Daarnaast zijn er natuurlijk positieve effekten door de begeleiding omdat mensen uit hun sociale isolement worden gehaald.

Het vereist veel teamwork, de leden van het team moeten om kunnen gaan met het ziektebeeld Cara. Wel moeten mensen zelf bereid zijn aan hun conditie te blijven werken anders vallen ze snel weer terug.
Wij ervaren dat degenen die na verloop van tijd op de polikliniek klagen over een verslechtering van de lichamelijke toestand, ook een conditieachteruitgang vertonen op de fietsergometer.
Dat duidt erop dat ze thuis onvoldoende trainen.

Samenvattend kun je zeggen, dat longrevalidatie geen verbetering laat zien aan de hand van een aantal longfunktieparameters maar wel blijkt, dat longrevalidatie en training in het algemeen een toename geeft van het adem-minuutvolume, dat geldt ook voor de arteriële zuurstofspanning in rust. Deze stijging van de arteriële zuurstofspanning is waarschijnlijk het gevolg van een optredende verbetering van de ventilatieperfusieverhouding.

Kursussen en modules

Kursus:	Datum aanvang:	Plaats:
• **Algemene en inspanningsfysiologie**	19 april 1984	Utrecht
• **Neurofysiologie**	10 mei 1984	Utrecht
• **Neurofysiologie**	28 mei 1984	Utrecht
• **Elektrotherapie, hoogfrequent**	17 maart 1984	Utrecht
• **Een hyperventilatie patiënt**	10 februari 1984	Amersfoort
• **Een orthopedische patiënt I (schouder)**	22 juni 1984	Delft
• **Ontspanning**	18 april 1984	Amersfoort
• **Scholing in wetenschap**	3 mei 1984	Utrecht

landelijke vereniging van vrijgevestigde fysiotherapeuten

LVVF representatieve organisatie

In artikel 46, eerste lid, van de ziekenfondswet wordt bepaald aan welke criteria organisaties moeten voldoen om te kunnen worden erkend als representatieve organisatie in het kader van de ziekenfondswet. De praktische betekenis hiervan is, dat organisaties die als zodanig zijn erkend, namens hun leden kunnen onderhandelen met de VNZ over modelovereenkomst, honoreringsstruktuur, tarieven en dergelijke.
Het Genootschap wordt op historische gronden geacht een dergelijke representatieve organisatie te zijn. Daarbij werd door het Genootschap het feitelijke onderhandelen overgedragen aan de LVVF. Het Genootschap bleef daarbij kontrakts-partner.
Teneinde de feitelijke situatie te normaliseren, heeft de LVVF bij de Ziekenfondsraad een erkenning als representatieve organisatie aangevraagd.
Deze aanvraag is positief beoordeeld en op 22 december jl. heeft de Ziekenfondsraad besloten de LVVF te erkennen als representatieve organisatie.
In overleg met het bestuur van het Genootschap zal worden besloten op welke wijze het een en ander in praktische zin zal worden uitgevoerd.

Artikel 8 goedgekeurd door de Ziekenfondsraad

Zoals nog net op de valreep in de vorige Fysiovisie kon worden medegedeeld, heeft de Ziekenfondsraad op 22 december jl. het gewijzigde artikel 8 van de modelovereenkomst goedgekeurd.
Daarbij wordt ervan uitgegaan, dat dit artikel van toepassing is totdat de nieuwe modelovereenkomst gereed is.
De aanname van dit artikel betekent, dat de huidige capaciteit in aantallen medewerkers niet verder kan worden uitgebreid zonder nadrukkelijke toestemming van het betreffende ziekenfonds.
Daar staat tegenover, dat medewerkers vervangen kunnen worden zonder dat rekening moet worden gehouden met een wachtlijst. Men is in de gelegenheid de medewerker aan te trekken die past binnen de bestaande praktijk.
Tegelijkertijd zal de geschillencommissie praktijkeigenaar/medewerker, zoals vernoemd in artikel 8, zijn werkzaamheden aanvangen. Dit houdt in, dat bij een konflikt tussen praktijkeigenaar en medewerker, waarbij het kontrakt van de medewerker wordt opgezegd, de hulp van de geschillencommissie kan worden ingeroepen. Deze bepaald de schuldvraag. Indien de schuld ligt bij de medewerker, mag de praktijkeigenaar de betreffende door een ander vervangen.
Indien de schuld ligt bij de praktijkeigenaar, wordt de medewerker in de gelegenheid gesteld zich elders in het werkingsgebied van het ziekenfonds te vestigen met medename van het aantal uren.
Degenen die tot nu toe geaarzeld hebben om het nieuwe artikel 8 te ondertekenen, zullen er nu toe over moeten gaan, zo niet dan lopen zij het risico hun overeenkomst met het ziekenfonds kwijt te raken. Zoals al eerder is aangegeven, is niemand verplicht de situatie 'volledige dagtaak' vast te laten leggen op 40 uur per week. Verklaringen daartoe hoeven niet te worden ondertekend.
De afgesproken tekst van artikel 8 kunt u vinden als bijlage bij Ledencirculaire no. 4 1983 van de LVVF.
Daaraan kunt u, indien gewenst, de aan u door het ziekenfonds voorgelegde tekst, toetsen.

landelijke vereniging van fysiotherapeuten in dienstverband

Akties

Nu het er naar uitziet dat de akties tegen de 3(½)% vrijwel beëindigd zijn lijkt de tijd gekomen om een inventari-

satie te maken. Bij een drietal akties is de FHZ direct betrokken geweest, namelijk de demonstratieve vergadering in Dordrecht op 8 november, een demonstratieve bijeenkomst in Haarlem op 10 november en de symbolische bezetting van de bestuurskamer RKZ in Groningen op 17 november. Voorzover bekend, zijn er nog wel andere akties gevoerd, c.q. gepoogd te voeren, maar daarbij is de FHZ niet direct betrokken geweest. De hierboven genoemde akties zijn meestal vanuit de Ondernemingsraad geïnitieerd, waarna kontakt werd opgenomen met de diverse vakbonden met het verzoek tot (morele) steun. Ook bleek het voor te komen dat namen van diverse vakbonden al waren genoemd en gebruikt, terwijl later pas kontakt werd gezocht. Een en ander geschiedde vanzelfsprekend meestal ook onder grote tijdsdruk, zodat uitgebreid overleg niet mogelijk was. Op bovengenoemde bijeenkomsten is door alle bonden kort het woord gevoerd, waaronder ook de FHZ, waarbij het standpunt van de desbetreffende werknemersorganisaties uiteengezet is. Voorzover mogelijk zijn de leden van de FHZ in de desbetreffende instelling geïnformeerd.
Veel reakties zijn daarop niet gekomen, noch positief, noch negatief. Toch bestaat de indruk dat de standpunten in de FHZ-geledingen nogal divergeren. Sommigen vinden het een goede zaak dat de FHZ 'haar nek uitsteekt', anderen lijken aktie voeren beneden hun waardigheid te achten c.q. zien het nut er niet van in.
Met name voor de lager betaalden betekent de 3(½)% korting een aanslag op hun inkomen. Een van de redenen waarom de FHZ meende zich niet aan deze akties te kunnen onttrekken. Echter voor de FHZ speelde in het achterhoofd mee dat indien de FHZ ooit akties tegen de nu voorliggende loonlijn zou willen voeren, het van belang kan zijn dat andere vakbonden deze akties niet tegenwerken. Het blijkt nu, dat de buiten de FHZ-kring liggende beroepsgroepen in het algemeen hoge waardering hebben voor het feit dat het hoger personeel bereid is solidair te zijn en dat de FHZ zich niet distantieert van het door de bonden in de gezondheidszorg ingenomen standpunt en de consequenties daarvan. Ook blijkt overigens dat zowel bij de FHZ-leden als bij anderen werkzaam in de gezondheidszorg weinig inzicht bestaat in de beweegredenen van de werknemersorganisaties. Men realiseert zich meestal niet hoeveel cumulerende maatregelen de gezondheidszorg al te verwerken heeft gehad, c.q. nog te verwerken zal krijgen en dat daarmee een van de grootste grieven samenhangt, gezien het feit dat dit alles zonder enige vorm van overleg geschiedt.
Op dit moment lijkt de 'top' van de akties al weer voorbij te zijn. Het is wel zo dat er nu reeds gesproken wordt over een eventueel voortzetten van een zekere vorm van aktie voeren in de gezondheidszorg om op deze wijze meer aandacht te krijgen voor de specifieke problemen die de gezondheidszorg betreffen. Het is echter nog niet duidelijk of voortzetting van de akties in andere vorm en om gedeeltelijk andere redenen doorgang zal vinden.

Thema-avond FWG

Op 22 november 1983 heeft de thema-avond FWG, georganiseerd door de FHZ, plaatsgevonden. Van de ongeveer 250 leden die zich daarvoor opgegeven hadden waren naar schatting ongeveer 200 aanwezig. Gezien het feit dat de versturing van het programma was misgelopen door de poststaking, mag deze opkomst een goed resultaat genoemd worden. Voordrachten werden gehouden door de heer Stadt en de heer Heine, waarna na de pauze een forumdiscussie plaatsvond. Uit de reakties zowel op de avond zelve als de weken daarna is gebleken dat door de meeste leden een dergelijk initiatief van de FHZ zeer op prijs is gesteld. Eventuele belangstellenden kunnen alsnog programma en voordrachten toegezonden krijgen op aanvraag bij het FHZ-bureau.

FWG/CAO

Op 11 november jl. hebben CAO-partijen een gesprek gehad met staatssecretaris Van der Reijden inzake de door het kabinet opgeworpen bezwaren aangaande invoering van de door partijen overeengekomen FWG-overeenkomst.
In dit gesprek bleek dat de staatssecretaris volstrekt op het standpunt staat zoals verwoord in zijn brief van 4 oktober jl., hetgeen met name wil zeggen dat de loonlijn verder omlaag moet om op die wijze aansluiting te verkrijgen bij de BBRA-structuur, dat de salarisgarantie niet acceptabel is en dat er een afbouwregeling dient te worden getroffen, dat de verruiming van de Uitvoeringsregeling Bereikbaarheids- en Aanwezigheids Dienst geschrapt dient te worden en dat het projekt 50 miljoen per jaar struktureel dient bij te dragen aan de totale ombuigingsoperatie in de gezondheidszorg. CAO-partijen hebben unaniem aan het Ministerie van WVC medegedeeld dat men niet voornemens is om de loonlijn op wat voor wijze dan ook te verlagen. Indien het ministerie dat van de CAO-partijen zou verlangen dan geeft men er de voorkeur aan geen functiewaardering in te voeren. Ook een afbouw in de salarisregeling is vooralsnog niet acceptabel noch het schrappen van de verruiming in de Uitvoeringsregeling Bereikbaarheids- en Aanwezigheids Dienst. Wel zijn partijen bereid te bezien of op enige wijze het mogelijk is per 1 januari 1984 50 miljoen bij te dragen aan de totale ombuigingen in de gezondheidszorg. Dit kan echter alleen geschieden onder de voorwaarde dat het functiewaarderingsprojekt gezondheidszorg dan ook werkelijk door de diverse ministeries wordt goedgekeurd. Op dit moment wordt verder gewacht op een reactie van WVC aangaande het door partijen ingenomen standpunt.

Dienstverbandmedewerkers in de vrijgevestigde praktijk

De LVFD heeft een werkgroep samengesteld die alle aspekten van het als dienstverbandmedewerker werkzaam zijn in de vrije praktijk zal bestuderen en het Bestuur zal dienen met voorstellen en adviezen.
De, kleine, werkgroep bestaat uit:
De heer L. Tip, Brassehorst 8, 7531 KH Enschede.
Mw. Schilder, p/a Geerdinkhof 225, 1103 PZ Amsterdam.
Mw. G. Sissing-v.d. Meer, Beemd 40, 6852 MJ Huissen.
Leden die suggesties en andere informatie hebben die voor de werkgroep van belang zijn kunnen dit schriftelijk indienen bij het Centraal Bureau of bij één van de leden van de werkgroep.

Reduktieaanvraag contributie

Evenals aan andere leden, is aan een aantal dienstverbandleden van het Genootschap een reduktie-aanvraagformulier voor de vaststelling van de contributie 1984 toegezonden. Leden van wie kan worden verwacht dat hun omstandigheden niet veranderd zijn, krijgen direkt een acceptgirokaart toegezonden. Op het reduktie-aanvraagformulier kunnen dienstverbandleden aangeven volgens welke NZR-schaal zij gehonoreerd worden, peildatum 31 december 1983.
Op de toelichting die bij het reduktie-aanvraagformulier is gevoegd, staan achter die inpassingsschalen NZR maandsalarissen incl. AOW compensatie vermeld. Deze zijn niet conform de door de NZR gehanteerde schalen omdat bij de aangegeven bedragen wel de prijscompensatie 1983 is opgesteld en wel op grond van een advies van de LVFD om voor degene die in dienstverband in de vrijgevestigde praktijk werken wel een prijscompensatie te laten gelden. Daar is het immers nagenoeg onmogelijk om vrije dagen te geven in plaats van de prijscompensatie. Degenen die in dienstverband in inrichtingen werken, worden verzocht bij de invulling van het reduktie-aanvraagformulier **uit te gaan van de aangegeven inpassingsschalen NZR.** •

Projektgroep beroepsinhoud

De projektgroep is van plan om aktiviteiten te ontwikkelen inzake de onderwerpen intercollegiale toetsing en onderzoek. Ter voorbereiding wordt nu gestart met een inventarisatie van aktiviteiten die in het kader van deze onderwerpen in het land gaande zijn en waar leden aktief bij betrokken zijn. Deze leden kunnen schriftelijke informatie over die aktiviteiten inzenden aan het Centraal Bureau in het kader van de inventarisatie. •

LVSF

landelijke vereniging van studenten fysiotherapie

Aktiviteiten 1984

Gezien de slechte financiële situatie van het Genootschap, zal ook 1984 een kraptejaar worden en zal de projektmatige aanpak voortgezet worden. Nadat de LVSF hier de afgelopen twee jaar al sterk op aangedrongen had, is er nu mede op voorspraak van de LVFD een projekt 'onderzoek naar ontwikkeling arbeidsplaatsen'. Voor dit projekt is in 1984 een eerste fase voorzien, waarbij een start zal worden gemaakt in de intramurale sektor. De bedoeling is, dat het projekt in een later stadium uitgebreid zal worden naar de andere gebieden binnen de fysiotherapie.
Het werken met projekten houdt een gezamenlijke aanpak van de hoofdzaken en -problemen door alle geledingen binnen het Genootschap in. Dit betekent dat de lidverenigingen zelfstandig nagenoeg geen aktief beleid kunnen voeren, omdat daar geen financiële middelen voor zijn.
De LVSF is echter wel bezig met een onderzoek naar de praktijk-leerperiode op de verschillende akademies. In eerste instantie is hierbij gebruik gemaakt van de schoolwerkplannen van de akademies. Het onderzoek betreft niet de inhoud van de stage, doch omvat meer de praktische zaken waar de student mee te maken krijgt, zoals: begeleiding, beoordeling, periodes, terugkomaktiviteiten, etcetera. In een later stadium zal hierover meer bekend worden gemaakt. •

NVFP

Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapeuten in de Pré- en Postnatale Gezondheidszorg.

Regio Zeeland

23 februari, 19.30 uur
De Persperiode
Plaats: Klokstraat 5, Goes. •

NVMT

Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie

Ifomt congres

Thans is meer bekend over het IFOMT congres dat op maandag 25 juni tot en met 29 juni 1984 gehouden wordt in Vancouver, Canada.
Sprekers uit de hele wereld werken mee aan dit twee-jaarlijks internationale congres over manuele therapie. Manueel therapeuten die geïnteresseerd zijn in de laatste ontwikkelingen op hun werkgebied wordt aangeraden informatie over het congresprogramma aan te vragen bij het Centraal Bureau. Indien er voldoende belangstelling is, zal er een studiereis naar Canada worden georganiseerd met als hoogtepunt deelname aan het congres.
Geïnteresseerden kunnen informatie opvragen bij het Centraal Bureau te Amersfoort. •

VMSF

vereniging van multidisciplinair samenwerkende fysiotherapeuten

Algemene Vergadering te Zeist

Hoewel de vergadering op 24 november jl. niet druk werd bezocht werd het toch een zinvolle bijeenkomst.
Hier volgen de voornaamste besluiten, die in deze vergadering werden genomen:

- De notulen van de vierde AV van de VMSF d.d. 17-6-1983 werden zonder op- en aanmerkingen goedgekeurd.
- De statutenwijziging met betrekking tot het vervallen van de goedkeuringsvereiste door een extern registeraccountant van het financiële jaarverslag is aangenomen.
- De heren J. Jocker en C. de Leeuw werden benoemd in de funktie van bestuurslid.
  Van de heren J. van Wunnik en A. Arends werd als zodanig afscheid genomen.
  De heer E. van Dijk verklaarde zich bereid de funktie van voorzitter op zich te nemen, en als zodanig de heer A. E. Monteny op te volgen.
- De heer A. Monteny werd spontaan ter vergadering als lid van verdienste voorgedragen en benoemd in verband met zijn grote inzet voor de VMSF.
- De heer A. Arends werd benoemd als lid van de kascommissie 1983/1984 in plaats van de heer J. Jocker, die deel is gaan uitmaken van het bestuur.
- De vergadering heeft zich uitgesproken voor het voortbestaan van de VMSF in principe binnen de eigen beroepsorganisatie.
  Het bestuur zal zich beijveren bepaalde eerder genomen beleidsvoornemens hard te maken.
  Prioriteiten zullen gesteld worden mede in verband met de financiële situatie van de VMSF.
- De concept funktieomschrijving van de fysiotherapeuten werkzaam in een multidisciplinair samenwerkingsverband zal voorlopig als intern discussiestuk dienst doen.
  Reacties van o.a. het projekt Beroepsinhoud en de A.V. zullen worden geïnventariseerd en voorts zal de commissie de taakomschrijving van de huisarts bestuderen, waarna het concept zonodig zal worden bijgesteld.
- De P.R. commissie vraagt nieuwe leden. Ook is een q.q. funktie terzake van een bestuurslid gewenst.
- De brochure 'fysiotherapie in gezondheidscentra' zal met een begeleidend schrijven toegezonden worden aan de opleidingen fysiotherapie. Deze is voor *f* 11,— te bestellen bij het Centraal Bureau. •

Nieuwe leden

Afdeling Amsterdam (91)
Visser, T. P. M. Vrijheidslaan 40/I Amsterdam

Afdeling Apeldoorn (31)
Bakker- Wilmans, Mw. A. B. Elspeterweg 21 Vaassen 05788-4740

Afdeling Eindhoven (43)
Reuver-Steenberghe, Mw. B. E. B. M. Goudbergstr. 2/c Waalre

Afdeling Friesland (11)
Klerks, Mw. M. H. Lambert Jacobszstraat 34 Leeuwarden

Afdeling Haarlem (83)
Hertog, J. den Leeuwendalerstraat 29 Haarlem 023-371885
Koomen, Mw. E. A. M. Santpoorterstraat 18 Haarlem 023-275138

Afdeling 's-Hertogenbosch (42)
Puls, M. J. A. M. Ph. de Schonestraat 34 's-Hertogenbosch 073-147268

Afdeling Leiden (72)
Verbeek, J. I. Cederstraat 81 Alphen a/d Rijn 01720-31615

Afdeling Limburg (10)
Grubben, Mw. P. M. Casinoweg 103 Venlo 077-49317
Jong-v. Lente, Mw. C. N. C. de K. v. Brimeustraat 10 Venlo 077-28661
Schroeders, Mw. W. M. A. Stampstraat 61 Simpelveld 045-441592

Afdeling Rotterdam (52)
Blom, Mw. M. Rijstgras 45 Rotterdam 010-209501
Huys F. W. Cronesteinstraat 39 Rotterdam 010-668335
Roepman, A. Zuiderstraat 11 Pijnacker 01736-6363
Schepper J. C. de Nolenstraat 34/a Rotterdam 010-661450

Afdeling Tilburg (41)
Hultermans, C. P. A. M. Vredeman de Vriesstraat 54 Tilburg 013-359462

Afdeling Utrecht N.W. (61)
Emmelot C. C. Herenweg 46/bis Utrecht 030-321271
Reus-v. Wengerden, Mw. M. de p/a Prunuslaan 11 Woerden 03480-10672

Afdeling Utrecht N.O. (62)
Berghuis J. Ruysdaellaan 54 Zoest 02155-10806

Afdeling Zutphen (32)
Heida, Mw. C. A. Leeuweriklaan 17 Zutphen 05750-15788

Nieuwe leden woonachtig in het buitenland

Jongert, Mw. M. E. Tourbillon 6 3954 Leukerbad Zwitserland
Kleinnibbelink, Mw. A. Refsvej 53 I. t.v. 7700 Thisted Denemarken
Leur, Mw. E. de Spitalhalde 40 CH 4310 Rheinfelden Zwitserland.
Degenen die in het novembernummer vermeld staan zijn aangenomen als lid. •

Agenda

Genootschap

11 februari 1984
Studentendag
Thema: **'Sensomotoriek'**
Gehoorzaal Julianahal
Jaarbeurs te Utrecht.

6 en 7 april 1984
Voorjaarscongres
'Voetenwerk'
Nederlands Congresgebouw te Den Haag.

25 mei 1984
VVAA-Congres
Nederlands Congresgebouw te Den Haag.

6, 7, 8 en 9 juni 1984
Internationaal Congres
'Psychomotricité'
Nederlands Congresgebouw te Den Haag

9 en 10 november 1984
Najaarscongres
'De Huid'
Jaarbeurs te Utrecht

Afdelingen

Eindhoven

27 februari, 20.00 uur
Podotherapie
Door: mevrouw Kwinten en de heer Smulders
Plaats: Auditorium van het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven

Friesland

21 februari, 20.00 uur
Onderzoek en patho-fysiologie van het radiculair syndroom van de benen
Door: dr. van de Meulen, neuroloog
Plaats: St. Antonius Ziekenhuis te Sneek.
Niet-leden: ƒ 10,—.

Groningen/Drente

28 februari, 20.00 uur
Psychologie van de pijn
Door: C. N. Tromp, klinisch psycholoog aan de kliniek voor Neurochirurgie te Groningen.
Plaats: Academisch Ziekenhuis te Groningen
Collegezaal, afdeling Neurologie.

Haarlem e.o.

28 februari, 20.00 uur
De relatie van het ziekenfonds ten opzichte van de fysiotherapie
Door: W. Theil, adviserend fysiotherapie, R. Offers, adviserend fysiotherapeut en J. Otten, fysiotherapeut. Gevolgd door een forumdiskussie o.l.v. de heer A. de Wit, inspekteur paramedische beroepen volksgezondheid.
Plaats: Elisabeth Gasthuis, Boerhaavelaan 22, Haarlem.
Lidmaatschapskaart meenemen.
Niet-leden ƒ 10,—.

29 maart, 20.00 uur
Klinische les: Acupunctuur
Inleiding en patiëntendemonstratie
Door: J. Zalm
Plaats: Elisabeth Gasthuis, Boerhaavelaan 22, Haarlem.
Lidmaatschapskaart meenemen.
Niet-leden ƒ 10,—.

24 april, 20.00 uur
Relatie van de sympathicus met stoornissen van het bewegingsapparaat
Door: L. Hagenaars, docent Stichting Manuele Geneeskunde.
Plaats: Elisabeth Gasthuis, Boerhaavelaan 22, Haarlem.
Lidmaatschapskaart meenemen.
Niet-leden ƒ 10,—.

Leiden

21 februari, 20.00 uur
De revolutie van de lichamelijkheid!
Over een nieuw besef van gezondheid, ziekte en ziek zijn in verband met verandering in het mensbeeld van onze medische wetenschap.
Door: H. S. Verbrugh, arts Erasmus Universiteit.
Plaats: Collegezaal Inwendige Geneeskunde, gebouw 30, Akademisch Ziekenhuis Leiden.
Studenten niet-leden ƒ 5,—, overige niet-leden ƒ 10,—.

29 maart 20.00 uur
De mogelijkheden (stabiliserende werking) van functionele training bij reversibele functiestoornissen van de (instabiele) knie.
Door: J. A. Kooymans, fysiotherapeut
Plaats: Collegezaal Inwendige Geneeskunde, gebouw 30 Akademisch Ziekenhuis Leiden
Studenten niet-leden ƒ 5,—.
Overige niet-leden ƒ 10,—.

Limburg

22 februari, 20.00 uur
P.N.F., ook heden nog aktueel
a. Praktische toelichting van de P.N.F.-principes
b. P.N.F.-behandeling bij enkele diagnoses

Door: D. Beckers en M. Buck, fysiotherapeuten van de Lucas Stichting
Plaats: Lucas Stichting voor Revalidatie te Heerlen.

Neder Veluwe

29 maart, 20.00 uur
Shiatzu massage/Acupressuur
Door: D. Brink, verbonden aan de Nederlandse Shiatzu school
Plaats: Juliana Ziekenhuis te Ede.

Noord-Holland Noord

21 februari 1984
Jaarvergadering afdeling Noord-Holland Noord
Agenda en plaats van samenkomst worden persoonlijk toegestuurd.

29 februari, 20.15 uur
Praktijkavond naar aanleiding van de lezing van dr. Veldstra over knieletsel.
Plaats: Magnushof, Ruysdaellaan 28, Schagen.
Wie heeft hiermee enige ervaring en zou voor deze avond iets willen voorbereiden?

6 maart, 20.00 uur
Problematiek rond articulatio genu
Door: dr. Veldstra en dr. Lin, orthopaedisch chirurg.
Plaats: Verpleeghuis 'Lindendaal' te Hoorn.
Toegang leden gratis, niet leden ƒ 10,—.

28 maart, 20.15 uur
Prothesematerialen, zoals total hip, total knee en dergelijke
Door: dr. van Gemert, Alkmaar.
Plaats: Magnushof, Ruysdaellaan 28, Schagen.

25 april, 20.15 uur
Praktijkavond naar aanleiding van de lezing over prothesematerialen door dr. van Gemert.
Plaats: Magnushof, Ruysdaellaan 28, Schagen.
Ook hier de vraag of iemand bereid is voor deze avond iets voor te bereiden.

30 mei, 20.15 uur
Hernia, ischialgie, discopathie, diff. diagnose, operatietechnieken
Plaats: Magnushof, Ruysdaellaan 28, Schagen.
Eventueel wordt een videoband over dit onderwerp vertoond.

27 juni, 20.15 uur
Praktijkavond naar aanleiding van de lezing van 30 mei.
Plaats: Magnushof, Ruysdaellaan 28, Schagen.

Rotterdam

Zaterdag 18 februari, 9.30 uur

Workshop: 'CARA, wat doe ik ermee'

Plaats: Collegezaal Academisch Ziekenhuis Dijkzigt Rotterdam.

Programma:
09.30 uur Opening
09.45 uur Inleiding door J. J. Pronk en W. Paterson
10.45 uur Koffiepauze
11.00 uur Videobanden Anamnese en Onderzoek
12.00 uur Lunch
12.45 uur Diskussie
14.30 uur Videoband Behandeling
14.45 uur Afsluiting
Maximaal aantal deelnemers: 60 personen, waarbij werkende leden voorrang hebben. Voor deze dag wordt een bijdrage gevraagd van ƒ 25,— voor leden en ƒ 35,— voor niet-leden. Inschrijving bij J. R. M. Vermin, tussen 16.00 en 17.00 uur. Tel. 010-163847.

21 maart, 20 uur
Het Cervicaal Syndroom
Door: mevrouw C. H. Querido, psychiater
Plaats: Auditorium Havenziekenhuis (4e etage).
Tijdens deze lezing zullen met name de verschijnselen ten gevolge van arteria vertebralisinsufficiëntie behandeld worden.

Twente

28 februari, 20.15 uur
Inleiding en demonstratie van de **orthomanipulatiemethode Sickesz**
Door: dr. E. D. Keizer, arts te Lelystad.
Plaats: Opleiding voor Fysiotherapie, Kortenaerstraat 4, Enschede.

20 maart, 20.15 uur
Funktionele Elektrostimulatie
Door: ir. H. J. Hermans van de T.H. Twente en mevrouw R. Bouman, fysiotherapeute te Enschede
Plaats: Opleiding voor Fysiotherapie, Kortenaerstraat 4, Enschede.

12 april, 20.15 uur
Segmentale relaties, diagnostiek en therapie
Door: dr. B. van Cranenburgh, neurowetenschapper te Amsterdam
Plaats: Collegezaal van het W.B., gebouw T.H.T. te Enschede.
N.B. Leden op vertoon van lidmaatschapskaart van het Genootschap gratis entree, zonder kaart niet-leden ƒ 5,—.

Utrecht Noord West

23 februari, 19.30 uur
Dosering van de fysiotechnische applicaties
Door: G. Aus dem Kampe
Plaats: SUPA, Peltlaan Utrecht
N.B. Een avond met praktische toepassing, met grootheden als intensiteit, tijd, frekwentie bij de fysiotechniek.

Utrecht Zuid

21 maart, 19.00-23.00 uur
Rationele Fysiotherapie
Door: fa. Rafys
Plaats: Streekziekenhuis Gorkum, afdeling fysiotherapie.
Opgeven **telefonisch** uitsluitend tussen 16.00 en 18.00 uur bij mevrouw Van Duyn, telefoon 01830-26910. Zodra het maximum aantal deelnemers is bereikt sluit de inschrijving.
Kosten: ƒ 105,— (waarvan ƒ 72,50 voor materiaal)
Niet-leden ƒ 125,—. Te voldoen op rek.nr. 50.98.11.973 van de ABN, Gorkum, giro van de bank 89221. Opgeven vóór 10 februari.

Zaanstreek-Waterland

4, 5 en 6 mei, 9.00 uur
Kursus bindweefselmassage 2
(voor gevorderden)
Door: J. J. Sachs, J. F. M. Piët en J. M. A. Sachs-Piët.
Plaats: Verpleeghuis Oostergouw te Zaandam
Kosten: ƒ 275,—
Deze kursus is alleen voor degenen die bindweefselkursus 1 gevolgd hebben. Voor beide kursussen is er voorrang voor leden van Zaanstreek-Waterland.
Inschrijving: Uitsluitend door middel van overmaking van het desbetreffende bedrag op bankrekening 84.35.57.354.

Zeeland

10 en 31 maart, 7 april, 5 en 19 mei, 23 juni en 8 september 1984
Kursus Bugnet volgens methode E. van der Meulen
Door: de heer Blüm
Plaats: Der Boede, Koudekerke

Deventer

28 februari, 17.15 uur
Fysiotherapeutische aspekten van de handproblematiek
Door: Kollega A. te Velde
Plaats: Auditorium St. Geertruiden Ziekenhuis, Fesevurstraat 7, Deventer

27 maart, 17.15 uur
Fibrositis
Door: dr. D Siewerts van Resema
Plaats: St. Geertruiden Ziekenhuis, Deventer

Overigen

Nederlandse Vereniging voor Ontspanningstherapie

29 februari, 13.30 uur
Themadag: **'Heeft ontspanningstherapie toekomst'**
De revolutie van de lichamelijkheid.
De werkelijke revolutie van onze tijd speelt zich af in en aan onze lichamelijkheid. De inzet is de autonomie, die ieder levend mens over zijn of haar eigen lichaam wil hebben.
Er ontstaat een intuitief besef dat gezondheid, ziek zijn en ziekte te maken hebben met het hele leven, met hoe we omgaan met onszelf en onze lichamelijkheid.
Door: dr. H. Verbrugh
Neurofysiologische basis van ontspanning
Door: prof. dr. J. Bernards
Het holistische denken en waarom
Door: A. de Wit
Plaats: de Eenhoorn, te Amersfoort.
Voor niet-leden van de Vereniging is het mogelijk in te schrijven voor deze interessante middag.
U kunt dit doen door overmaking van een bedrag van ƒ 40,— op girorekening 1129380 t.n.v. G. Toet, Den Haag, penningmeester N.V.O.T.
Na ontvangst van het bedrag ontvangt u deelnemerskaart en verdere informatie.

Vraag en Aanbod

Advertenties voor deze rubriek kunnen alleen door leden worden opgegeven in de categorieën personeel aangeboden, waarneming, apparatuur en diversen. De opgave dient schriftelijk te geschieden bij: Tijl Tijdschriften B.V., Postbus 9943, 1006 AP Amsterdam met vermelding van Lidnummer. De uitgeefster behoudt zich het recht voor om in overleg met het Genootschap advertenties te weigeren welke naar haar oordeel niet passen in deze rubriek. Advertentietarief voor abonnees in deze rubriek (excl. bewijsnummer) tot en met 5 regels, 6 cm breed *f* 35,—; elke regel meer *f* 8,—. Leden van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie krijgen 15% korting bij plaatsing van advertenties in algemene rubrieken van Fysiovisie en het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. Advertenties voor het maartnummer inzenden vóór 20 februari 1984 aan Tijl Tijdschriften B.V.

Te koop aangeb.: **Prima meermans praktijk Noorden des lands.** Energieke coll. voorkeur Man. ther. niet noodzaak. Brieven onder nr. zeer discreet. Zonder bevoegdheid of middelen reflecteren geen zin.
FVVA 02-02.

Fysiotherapie. Advertenties voor het maartnummer inzenden vóór 20 februari 1984 aan Tijl Tijdschriften B.V.

Te koop gevraagd: **(1-mans-)praktijk** voor fysiotherapie, bij voorkeur met woonruimte, echter niet noodzakelijk. Ook ben ik geïnteresseerd in een partiële overname. Brieven onder no. FVVA 84-02-01.

Gevraagd: intakte **hydraulische hoog-laag bank** voor een redelijke prijs. G. B. Tjaberings, Blauwkapelseweg 13, 3731 EA De Bilt of H. Polaklaan 8p 1018 CS Amsterdam, 030-763975 of 020-265910.

Gevr. In kleine part. praktijk in A'dam **fysiotherapeut** mnl. werkend via principes der Haptonomie en/of met bevoegdheid manueel ther. Werk 2 avonden per week van 6-10 en indien mog. als vaste vakantiewaarnemer. Hon. op % basis. Br. onder nr. blad FWZ 84-02-01.

Wij zoeken werk

Fysiotherapeute, 31 jr., tevens doc. lich. opv. met 4 jr. ond.erv. **zoekt vast werk of waarneming.** Reisafst. ± 1 uur geen bezwaar. Stage-erv. verpl. inr., rev. centr., part. pr. 1 jrs cursist Cyriax. Ineke Verseveldt, De Nova Cura 193, 9207 BS Drachten 05120-11555.

Fysiotherapeut 29 jaar **zoekt waarneming of baan.** Ik heb een ruime waarneemervaring, alsmede ervaring met sportverzorging en reumavereniging. Ik ben ingeschreven voor Sportfysiotherapie en Cyriax. Gerard Elzerman, Kapelmeesterlaan 541, Tilburg, tel. 013-557051 (i.b.v. auto).

Fysiotherapeute (27 jr) bijna 5 jr. ervaring in particuliere praktijk, **zoekt baan of waarneming,** is i.b.v. diploma Sportfysiotherapie, volgt nu cursus orthop. geneeskunde (Cyriax): laatste jaar en volgt ook cursus Marsman te Eindhoven (1e jr.) Is i.b.v. auto. Br. o. nr. FWZ 84-02-02

Fysiotherapeut, 29 jaar met ruime ervaring, biedt zich aan voor **waarneming** in het midden en zuiden van het land. Bel: Rob Mekel, 04493-4256

Fysiotherapeut, tot eind februari 1984 in militaire dienst werkzaam als fysioth. in revalidatie, **zoekt een baan.** Ik volg de cursus orthopaedische geneeskunde (2e jaar). Niet regio gebonden. Hans Steijlen, Karmijnstraat 64, 5044 RE Tilburg, 013-671330.

Dienstplichtig fysiotherapeut (27 j) zwaait binnenkort af (19 april) **zoekt baan of waarn.** liefst in het midden of zuiden v/h land i.b.v. auto. Begin dit jaar met cursus manuele therapie. Pierre Mijnes, Gen-maj Koot Kazerne, Wolweg 170, Postbus 50 Garderen afd. fysio. Tel. 05776-9941, toest. 2677 of 045-418654.

Wilt u vliegen, varen of toeren? Het VVAA reisbureau zorgt dat uw vakantie geregeld wordt.

Als u op vakantie gaat, moet dat goed geregeld zijn. Kies daarom het VVAA reisbureau want dan bent u er zeker van dat alle reserveringen kloppen en dat u op tijd de reisdocumenten in huis hebt.
Het VVAA reisbureau heeft als voordelen:

- *Keuze uit alle reizen van de grote touroperators; de programma's sturen wij u gaarne toe.*
- *Reserverings-computer die à la minute informatie verschaft.*
- *Lid van de ANVR en deelnemer garantie-fonds.*
- *Officieel IATA-agent, waarborg voor vakkennis, vliegtickets worden zelf verzorgd.*

Als u op vakantie gaat bent u bij het VVAA reisbureau aan het goede adres voor adviezen, boekingen en zekerheid.

Weekend city-trips

Londen,	2 nachten v.a. 381,–
Parijs,	2 nachten v.a. 375,–
Berlijn,	3 nachten v.a. 550,–
Wenen,	4 nachten v.a. 699,–
Rome,	4 nachten v.a. 710,–

inclusief vliegreis en hotel met logies/ontbijt.

Prijzen geldig t/m maart 1984

VVAA reisbureau: snel & zeker.

VVAA reisbureau bv, Atoomweg 98, 3542 AB Utrecht. Tel.: 030 - 43 28 11.

De Telegraaf 18 - 10 - 1983

AUTOPREMIE FORS HOGER

door
Ronald van Gessel

AMSTERDAM, dinsdag

De autoverzekeringspremies gaan weer omhoog. Per half december worden ze, afhankelijk van de maatschappij, tot

Naast een fors toegenomen schadeverloop krijgen de assuradeuren nu de weerslag van het vorig jaar ingevoerde zgn. bonus/malussysteem, zo verzucht men in verzekeringskringen.

Kortingen

Goede rijders worden in dat systeem beloond met extra kortingen en „brokkenmakers" krijgen die kortingen

Alles bij elkaar heeft de invoering van het bonus/malus-systeem de verzekeraars een daling van de premieontvangsten opgeleverd van 20 tot 25%. Een aantal autoverzekeraars maakt nu geen winst meer doordat de basis van premie-ontvangsten te gering is geworden.

Ze hebben nu echter besloten om de premies afhankelijk van de eigen concurrentiepositie te verhogen. Ook speelt mee in hoeverre men

De premieverhoging zou nog meevallen omdat de verzekeraars op hun technische reserves de afgelopen twee jaren een flinke rentewinst hebben kunnen boeken. Hierdoor is een gedeelte van de lagere premie-ontvangsten ingelopen.

Het ministerie van Economische Zaken hoeft voor de premieverhoging geen toestemming te geven zoals bv wel verplicht is bij ziektekostenverzekeringen, al moet de verhoging wel gemeld worden. [illegible] kan wel adviseren

DE VVAA AUTOPREMIE BLIJFT IN 1984 GELIJK.

De VVAA kiest altijd voor het belang van haar leden. Daarom wordt in 1984, tegen het voornemen van verzekerend Nederland in, ook geen premieverhoging voor de VVAA autoverzekering doorgevoerd. Dit is hèt moment voor medici en para-medici om te kiezen voor de voordelige VVAA autoverzekeringen, om op uw autokosten te besparen. Te meer als u weet dat de VVAA autoverzekering al zeer gunstig is. Zowel in de premie als in de voorwaarden.

Zo biedt de combinatie van de Artsen-Alarm-Service en de gratis Repatriëringsverzekering het beste hulpverleningspakket van Nederland.

De premiekorting kan opklimmen tot maar liefst 75%. Hieraan wordt op geen enkele wijze getornd, ondanks de bevriezing van de verzekeringspremies in 1984.

Houdt uw autokosten in de hand.

Dit is een tijd om aan alle kanten uw financiële belangen te beschermen. De VVAA draagt hiertoe haar steentje bij voor de beroepsbeoefenaren in de medische en para-medische wereld.

De VVAA autoverzekering is daar een goed voorbeeld van. Een prima dekking voor een gunstige premie, en in 1984 zonder de onaangename verrassing van een premieverhoging.

Artsen-Alarm-Service.

De Artsen-Alarm-Service van de VVAA zorgt ervoor dat bij aanrijding, pech of ziekte van de bestuurder binnen Europa, dus ook in Nederland, met de eigen ophaaldienst wordt thuisgebracht.

Bent u op weg naar uw vakantiebestemming dan brengt de Artsen-Alarm-Service u er naar toe en haalt u na de vakantie weer op. Inmiddels wordt uw auto of caravan bij uw garage of op een ander aangegeven adres afgeleverd.

Gratis repatriërings-verzekering.

Alle VVAA-leden die een schadeverzekering bij de VVAA hebben afgesloten, ontvangen bij ongeval of ziekte gratis persoonlijke hulpverlening, organisatie bij of kostenvergoeding van repatriëring. Een extra zekerheid die u niets kost en heel belangrijk kan zijn.

De VVAA biedt meer.

De VVAA heeft in de autoverzekering een dekking voor beschadiging of diefstal van apparatuur die u voor de uitoefening van uw beroep bij u heeft. Per geval is een bedrag van f 500,– gedekt. Indien u bij het vervoer van gewonden vlekken op uw autobekleding krijgt, dan valt de reiniging ook onder deze autoverzekering.

De uit te keren bedragen voor deze gevallen, alsmede die van brand, diefstal en ruitbreuk hebben geen invloed op het kortingspercentage van de bonus/malus ladder.

Alle verzekerden bij de VVAA hebben een Wettelijke Aansprakelijkheids dekking tot een ongelimiteerd bedrag zonder premietoeslag.

De VVAA kent de praktijk en zorgt ervoor dat u optimaal verzekerd bent.

VVAA 60 jaar.

Gedurende 60 jaar biedt de VVAA haar leden vele diensten. De ervaring die gedurende deze periode werd opgebouwd komt volledig ten dienste van de leden van de VVAA.

De uiterst voordelige autoverzekering is daar een voorbeeld van. Maar ook op gebieden als starten of stoppen met uw praktijk, associëren of integreren, verzekeringen, pensioengrondslagen of fiscale en administratieve aangelegenheden geeft de VVAA u de beste raad.

De VVAA-adviseur stelt samen met u de plannen op, waarna de VVAA een concrete uitwerking maakt. Het gaat om uw belangen, kies voor uzelf.

De VVAA staat al 60 jaar klaar voor uw toekomst.

VVAA 60 JAAR

VVAA, VERSTAND VAN DE PRAKTIJK.

Atoomweg 100, 3542 AB Utrecht,
telefoon 030 - 45 49 11.