Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

FysioVisie

Special Dienstverband

In deze Fysiovisie zijn een aantal inleidingen gepubliceerd die zijn uitgesproken tijdens het congres: 'De Dienst Fysiotherapie, het belang voor de intramurale gezondheidszorg', op 1 oktober. Alle knelpunten met betrekking tot het functioneren van de dienst fysiotherapie worden behandeld, tevens wordt aangegeven waar mogelijke oplossingen zijn.

11 november 1986

MICROCOM AUTOMATISERING

voor vandaag en morgen

Automatisering

Het valt niet meer te ontkennen: de opmars van de computer in vrijwel alle sectoren van onze samenleving is onstuitbaar.
Ook in de wereld van de fysiotherapie kan de geautomatiseerde verwerking van gegevens zich in een snel stijgende populariteit verheugen.

Fysiotherapeuten adviseerden!

Doordat uw collega's tijdens de ontwikkeling van de programmatuur om advies gevraagd werd, voldoet het systeem aan alle terzake doende verwachtingen en eisen.
Via overzichtelijke keuzemenu's en duidelijke vragen laat het systeem zich probleemloos besturen.
Het systeem controleert en corrigeert de ingevoerde gegevens en geeft een duidelijke melding als er een fout gemaakt wordt.
De betaalbare complete systemen van MICROCOM geven een aanzienlijke tijdwinst en een sterke ondersteuning aan het management in uw praktijk.
Tevens vervullen wij een voortrekkersfunctie m.b.t. de registratie en classificatie van medische en fysiotherapeutische patiëntgegevens.

Het Fysiotherapie Onderzoek en Registratie Systeem (F.O.R.S.) omvat:

1. onderzoeksmodellen
2. diagnoses
3. medische patiëntgegevens
4. registratie van behandelingen en behandelresultaat
5. rapportage
6. diagnoseclassificatie
7. statistiek
8. toetsing
9. informatievoorziening

Het Fysiotherapie Deklaratie Systeem (F.D.S.) omvat:

1. patiëntgegevens
2. agenda
3. dagstaten
4. selecties
5. rapportage
6. declaraties
7. praktijk
8. tarieven
9. medewerkers
10. artsen
11. verzekeringen
12. boekhouding
13. verlies- en winstrekening
14. aanmaningen
15. grootboek

De statistiekmodule omvat:

1. geslacht
2. leeftijd
3. behandelcodes
4. huisartsen
5. verwijzend artsen
6. planning produktie
7. werkelijke produktie
8. tijdsbesteding per therapeut
9. ziekenfondsverzekerden
10. particulierverzekerden
11. zittingen aantal
12. bezettingsgraad
13. maanden

Weergave van gegevens via: histogram en kruistabel in getallen en procenten.
Onderverdeling naar: behandelingen, uren en bedragen.

profiteer van een door de praktijk getoetst systeem

PROGRAMMATUUR

APPARATUUR

DIENSTEN

BON

Naam: .....

Adres: .....

Postcode: .....

Woonplaats: .....

Tel.: .....

- O Stuur mij gratis en vrijblijvend dokumentatie
- O Belt u mij voor een demonstratie
- O Stuur mij een uitnodiging voor een informatie-bijeenkomst

in enveloppe zonder postzegel sturen naar:

MICROCOM AUTOMATISERING

MICROCOM AUTOMATISERING
Antwoordnummer 511 3260 WG
Mijnsheerenland
Tel. 01856 - 4308

U wilt een lijfrenteverzekering die de meeste voordelen biedt.

Vraag 't VVAA.

De Vandaag-voor-morgen-verzekering van de VVAA biedt de mogelijkheid om uw lijfrente-verzekering precies op uw wensen af te stemmen. Een aanvulling op uw pensioen, de mogelijkheid om uw eigen VUT-regeling op te bouwen en voorzieningen voor nabestaanden kunnen met de Vandaag-voor-morgen-verzekering worden verzorgd.

Deze verzekering biedt heel veel voordelen:

- vrijheid om jaarlijks te beslissen of u al dan niet een koopsom stort
- de mogelijkheid om de hoogte van de koopsom jaarlijks aan te passen
- diverse keuzemogelijkheden in de verzekerings-vorm
- een uitstekende winstdelingsregeling
- de mogelijkheid om bij arbeidsongeschiktheid vrijstelling van storting te verzekeren.

De jaarlijks te storten koopsom is fiscaal aftrek-baar (in 1986 tot een maximum van f 16.697,–). De fiscus helpt u dus mee.
Met de Vandaag-voor-morgen-verzekering neemt u vandaag een zeer goede beslissing voor morgen.

Vraag daarom bij VVAA vrijblijvend een offerte of informatie aan.
Dat kan ook telefonisch: bel (030) 45 49 11 en binnenkort profiteert ook u van de bijzondere voordelen van de VVAA Vandaag-voor-morgen-verzekering.

F

Stuur mij gedetailleerde informatie over de Vandaag-voor-morgen-verzekering van VVAA.

Naam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Telefoon: _____

VVAA.
Verstand van de praktijk.

INFORMATIEDAG

Zaterdag 31 januari 1987 wordt op de School voor Manuele Therapie een informatiedag gehouden.
Plaats: Boerderij Mereveld, Mereveldseweg 9, Utrecht.

Het programma voor deze informatiedag luidt als volgt:

9.30 – 10.00 uur:	Ontvangst met koffie
10.00 – 10.15 uur:	Welkomstwoord en voorstellen docenten
10.15 – 10.45 uur:	Historisch overzicht van de School voor Manuele Therapie en de ontwikkeling van de Manuele Therapie in Nederland
10.45 – 11.15 uur:	Visie Manuele Therapie met theoretische en filosofische grondslagen
11.15 – 11.45 uur:	Film Manuele Therapie
11.45 – 12.30 uur:	Aangeboden lunch
12.30 – 13.45 uur:	Voorlichting over de vakken
13.45 – 14.00 uur:	Onderwijsstructuur
14.00 – 14.15 uur:	Slotwoord met rondvraag.

Voor deelname aan de informatiedag kunt u zich opgeven door onderstaande strook in te vullen en op te sturen naar het secretariaat van de Stichting School voor Manuele Therapie, H. de Keijserstraat 66-68, 3583 TL Utrecht.

---------- hierlangs afknippen ----------

Ondergetekende, naam: .....

.....

adres: .....

postcode: ..... woonplaats: .....

telefoon: .....

geeft zich hierbij op voor deelneming aan de Informatiedag op zaterdag 31 januari 1987 van de School voor Manuele Therapie te Utrecht.

Handtekening: .....

Zenden aan: Secretariaat Stichting School voor M.T.
Hendrik de Keijserstraat 66-68
3583 TL UTRECHT

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

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.

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:
1 januari 1985
86/1

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 B.V.
DRUK: Tijl Grafisch Bedrijf BV, Blaloweg 20, 8041 AH Zwolle

VERSCHIJNINGSDATA FYSIOVISIE:
1 december

KOPIJ INZENDEN VÓÓR:
5 november

FYSIOVISIE
NOVEMBER 1986

COMMENTAAR

Staatssecretaris Dees van WVC heeft de Ziekenfondsraad een technisch advies gevraagd over de invoering van eigen bijdrage of eigen risico voor ziekenfondsverzekerden. Al eerder heeft de Ziekenfondsraad hierover een beleidsadvies gegeven, toen wees men eigen bijdragen af. Nu komt men met een hele waslijst van eigen bijdragen, waarbij het aan de Staatssecretaris of de Commissie Dekker wordt overgelaten wat ervan gerealiseerd zal worden.
Op zijn minst merkwaardig is de houding van de VNZ in dit geheel. De ziekenfondsen stellen zich graag op als belangenbehartigers van de verzekerden. Al voor de Ziekenfondsraad zich had uitgesproken heeft de VNZ publiekelijk kenbaar gemaakt dat men, om erger te voorkomen, akkoord kan gaan met een aantal eigen bijdragen, waaronder een voor fysiotherapie. Daarmee wentelt de VNZ het probleem af op de patienten en de hulpverleners. De laatsten moeten immers die eigen bijdragen innen.
Bij een systeem van eigen risico, geldend voor de gehele gezondheidszorg worden de ziekenfondsen zwaarder belast met administratie. Beleidsmatig heeft een systeem van eigen risico voordelen boven eigen bijdragen. Door eigen bijdragen worden drempels gelegd bij voorzieningen, waardoor niet te voorziene kostenstijgingen bij andere voorzieningen kunnen ontstaan. Daarnaast heeft men kunnen leren van de gevolgen van de medicijnknaak, die leverde geen bezuinigingen.
De overheid wil de eerste lijn versterken, dan moet men geen drempels maken voor een relatief goedkope eerste lijns voorziening als fysiotherapie. Daarmee blokkeert men het voorgenomen beleid. Wil men dit beleid toch uitvoeren en tevens de patient confronteren met de kosten, dan zijn er twee mogelijkheden. Een financiele drempel naar tweede lijns voorzieningen of een systeem van eigen risico aan de voet, zoals de IZA kent.

Willem Huiskes

DE DIENST FYSIOTHERAPIE

Ter gelegenheid van haar 10-jarig bestaan heeft de LVFD besloten tijdens een congres aandacht te schenken aan de funktie van de dienst fysiotherapie in de intramurale gezondheidszorg. Vooral omdat die diensten onder zeer grote, vooral financiele druk staan, terwijl tegelijkertijd een ieder het belang en het nut ervan onderkent. Congresvoorzitter Graafland leidde het congres als volgt in:

'Intramuraal werkende fysiotherapeuten treden vaak naar buiten om de beroepsinhoudelijke zaken van het vak aan anderen duidelijk te maken via congressen, lezingen en publicaties.
Ze vervullen hierin meestal een voortrekkersfunktie, omdat ze sneller moeten anticiperen op medische en medisch-technologische ontwikkelingen. De niet beroepsinhoudelijke zaken kwamen en komen vaak op het tweede plan. Als eerste willen ze graag hun karwei afmaken. Dat wil zeggen hun patienten zo goed en zo snel mogelijk weer op het voor de patient haalbare niveau brengen. In het ziekenhuis zal dat vertaald worden in : snel naar huis of verpleeghuis en zo snel als verantwoord weer aan het werk. In een revalidatiecentrum of een verpleeghuis zal dat met eenvoudige woorden vertaald worden in: De patient zoveel als mogelijk zelfstandig maken. Economisch gezien zal dat zeker bezuinigingen opleveren. Wat het verder aan meerwaarde zal opleveren is niet in geld uit te drukken. Daarom zijn veel maatregelen

Graafland,
Uit de tegenvallende opkomst tijdens dit congres blijkt hoe onmisbaar fysiotherapeuten zijn voor het funktioneren van de instellingen.

die ons getroffen hebben en die ons nog zullen treffen in de uitoefening van ons beroep, voor ons onbegrijpelijk. Zaken als: vergrijzing, verkorte opnameduur, vergrote turn-over, budgettering en A.D.V. zonder of met minimale herbezetting, treffen de fysiotherapeuten even hard, zo niet harder dan andere disciplines.
We zulen daarom duidelijk moeten maken waarvoor we staan, wat onze mogelijkheden zijn en welke mogelijkheden ons geboden worden, aan instellingsdirecties, aan de NZR en aan de politiek.'
Op de volgende pagina's vindt u enkele van de inleidingen die tijdens het congres werden gehouden. Heel duidelijk is dat cijfers op tafel moeten komen om verdere afkalving van de diensten fysiotherapie te voorkomen. Uit de bijdrage van Gerhartl blijkt hoe nuttig die cijfers kunnen zijn.
Na afloop verklaarde Lansink zich bereid ervoor te bepleiten dat gelden ter beschikking worden gesteld ten einde cijfers te verzamelen. ■

FYSIOTHERAPIE EN POLITIEK

'Er zijn geen ziekten, doch enkel zieke mensen' zeggen sommige doktoren, en ik zeg dat er geen meningen zijn, doch enkel mensen die iets menen'. De Spaanse aforist Miguel de Unamuno relativeerde al jaren geleden gezondheidszorg en politiek. Enige relativering is nooit weg, ook niet 'onder fysiotherapeuten'. Hoewel: gezondheidszorg en politiek kunnen niet om elkaar heen. De stelling, dat politici zich niet met de volksgezondheid en de werkers in de zorgsector zich niet met politiek moeten inlaten, wordt dagelijks weerlegd, in de media en daarbuiten.

Over recht gesproken: het recht op gezondheidszorg is een vanzelfsprekend grondrecht geworden. De samenleving beleeft de tegenhanger van dat grondrecht – de plicht tot gezond leven – niet zo sterk als het recht op zorg wordt geeist. Dat recht staat op zichzelf niet ter discussie. Maar aan de invulling worden steeds meer beperkingen gesteld, vooral in financiële zin. De afstand tussen wensen en mogelijkheden neemt toe, doordat de grenzen van de zorg verschuiven. Nieuwe medische technologieën dienen zich aan, evenals een toenemend aantal hulpverleners. De fysiotherapeuten kunnen daarover meepraten, en doen dat ook. De zorgvraag groeit, vooral door de vergrijzing van de bevolking en door ziekten als gevolg van leefstijl en leefklimaat. Die soms autonome ontwikkelingen lopen vervolgens vast in de financiële onmacht van de overheid, die een (te?) groot deel van de zorg moet financieren. De kollektieve middelen laten bij het te hoge financieringstekort geen verruiming van voorzieningen meer toe. De politiek wordt daardoor tot moeilijke keuzen gedwongen.
Die politiek lijkt wel raad te weten met het spanningsveld van het nauwelijks te begrenzen recht op zorg en de financiële machteloosheid. De betrekkelijke eensgezindheid over de aanpak van het vraagstuk van de zorg, op weg naar 2000, betreft echter de globale doelstellingen zoals kwaliteit, kostenbeheersing, echellonnering en preventie, veel minder de instrumenten. Ook over de wegen waarlangs de gezondheidszorg betaalbaar en toch toegankelijk kan blijven, lopen de meningen uiteen. Bovendien verliest de politiek zich te vaak in de vragen van vandaag zonder acht te slaan op de problemen van morgen. Ad hoc beleid leidt dan tot dito reacties en tot onbevredigende oplossingen. Discussies over eigen bijdragen, over de beperking van het aantal verrichtingen – applicaties bij voorbeeld – en over algemene budgettering halen het nieuws, niet de structurele meningsvorming over de herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen, met de principiële vraag of de samenleving bereid is zelf enige risico's te dragen, ook in de sector van de fysiotherapie. En evenmin de nog belangrijker discussie over de grenzen van de zorg.

ONVOLDOENDE INZICHT

Intussen bestaat nog steeds onvoldoende inzicht in de factoren, die de grenzen en

het volume van de zorg bepalen. Een kenmerkend dilemma betreft bij voorbeeld de kwalitatieve en financiële gevolgen van de beperking van het aantal fysiotherapeuten cq. applicaties. En ingaand op het thema van het LVFD-congres: onzeker blijft, in hoeverre de fysiotherapie in de intramurale zorg een zodanige bijdrage geeft aan de zorg, dat en kostenbeheersing en kwaliteit worden bereikt. Met andere woorden: de vraag klemt of de fysiotherapeut in dienst van een ziekenhuis of instelling een positieve invloed heeft op de kwaliteit van de zorg en op de factoren, die tesamen het volume bepalen. Zou het gemiddelde aantal ligdagen verminderen met enige procenten, dan zou zulks in moeten houden, dat bij de budgettering van de ziekenhuisdiensten afzonderlijk met dergelijke effecten rekening wordt gehouden.

Onduidelijk blijft vaak, wanneer in het driehoeksbeeld van vraag, aanbod en geld de kost voor de baat uitgaat. Elk van de hoekpunten van die driehoek dient afzonderlijk te worden beschouwd, terwijl tegelijk de samenhang moet worden onderkend. Daarbij moet worden nagegaan in hoeverre de eigenlijke doelstellingen zoals de preventie, de verschuiving van tweede naar eerste lijn, de bevordering van zelf- en mantelzorg worden waargemaakt. Indien een gerichte financiering daaraan bijdraagt, dan moet daartoe een beleid worden ontwikkeld. De budgetfinanciering is daartoe een goede aanzet, een flexibel maar rechtvaardig vestigings- en aanstellingsbeleid eveneens. Dat betekent echter, dat generieke budgetteringsmaatregelen hun doel voorbij schieten, wanneer binnen de instellingen de specifieke betekenis van een aantal diensten niet of onvoldoende worden onderkend. Naast de dienst fysiotherapie hebben ook de ziekenhuisapothekers al eens aan de bel getrokken. En de klinisch-chemici zullen ongetwijfeld nog volgen.

FUNCTIONELE BUDGETTERING

Wanneer de algemene budgettering wordt vervangen door een systeem van functionele budgettering inclusief de toewijzing van middelen voor diagnose-gebonden sectoren – ik verwijs naar ervaringen in de Verenigde Staten – dan zou daarbij ook ruimte moeten worden gemaakt voor specifieke ziekenhuisdiensten zoals de fysiotherapie en de apotheek. Het onderzoeksrapport 'Toepassing COTG-richtlijn fysiotherapie en de exploitatie in de diensten fysiotherapie in algemene ziekenhuizen in 1982', in opdracht van de LVFD uitgevoerd door Van Dien en Co, geeft daartoe al enkele aanwijzingen. De claim op een deel van de budgetteringsgelden – zowel bij generieke als functionele budgettering – heeft pas inhoud, wanneer niet alleen de intenties maar ook de werkelijkheden via registratie worden vastgelegd.

De voorstellen van de LVFD - ook weergegeven in het al genoemde rapport - verdienen dan ook, met enkele kanttekeningen, ondersteuning. Ik vat de voorstellen eerst samen:

- op korte termijn wijziging van de COTG-richtlijn, op zodanige wijze, dat een sluitende exploitatie van de diensten fysiotherapie mogelijk wordt, in een normale werkweek en een normale werkdruk;
- op middellange termijn een deugdelijke analyse van de gewenste inzet van de intramurale fysiotherapie, op macro-, meso- en micronivo.

Mijn kanttekeningen betreffen de volgorde van deze actiepunten - bijstelling van de richtlijn vergt immers inzicht in de gewenste inzet van de fysiotherapie - en de onduidelijkheid over de normering van de salariskosten. Mijn stelling is wellicht al te prikkelend: maar ik durf te beweren, dat de in de folder voor het LVFD-congres neergeschreven tegenstelling - meer fysiotherapeuten nodig voor de verkorting van de opnameduur en minder fysiotherapeuten beschikbaar om aan die wens te voldoen - tenminste gedeeltelijk zou worden opgelost, wanneer het uitgangspunt 'werk boven inkomen' enige ondersteuning zou krijgen.

Aan de werkers komt terecht de eerste verantwoordelijkheid toe inzake de zorg voor de patiënt. Die verantwoordelijkheid mag en moet natuurlijk worden beloond, ook financieel. Maar van de werkers mag en moet ook oog en oor gevraagd worden voor de problemen waarmee de politiek worstelt, ook wanneer die problemen van financiele aard zijn. Het verzet tegen dienstverbanden - bijvoorbeeld - is begrijpelijk, maar daarmee nog niet terecht, zeker niet wanneer financiele motieven een rol spelen. En de politieke vraag om het werk te delen geldt ook voor de gezondheidszorg, dus ook voor de vrij gevestigde en voor de fysiotherapeuten in dienstverband, extramuraal en intramuraal. De handhaving van het voorzieningenstelsel vergt de inzet van overheid en samenleving, van hulpvragers en hulpverleners. De werkers hebben daarbij meer dan een sleutel in handen, wanneer de sleutels van dienstbaarheid, verantwoordelijkheid en solidariteit de lopers zijn. Ik beklemtoon de solidariteit vanwege de actualiteit van het 'werk boven inkomen', ook in de fysiotherapie.

MANPOWERPLANNING

Hoewel de meeste fysiotherapeuten extramuraal actief zijn, is toch een betrekkelijk groot aantal fysiotherapeuten intramuraal werkzaam. Recente cijfers geven aan, dat meer dan 3500 fysiotherapeuten aan instellingen of ziekenhuizen zijn verbonden. Uit onderzoek is komen vast te staan, dat te weinig informatie beschikbaar is om tot een zorgvuldige manpowerplanning te kunnen komen. Dat zulks wel nodig is, blijkt uit het toenemend aantal werkloze fysiotherapeuten. Tegen die achtergrond acht ik het teleurstellend, dat in de Nota 2000 'Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens' de paragraaf over de paramedische opleidingen, inclusief de fysiotherapie, zo weinig inhoud heeft. Het is dringend nodig, dat meer inzicht gaat ontstaan over de inzet, werkwijze, taak en functie van paramedici - ook en vooral fysiotherapeuten. Van de beroepsorganisaties mag nadrukkelijk een bijdrage worden verwacht.

- De actuele cijfers alsmede de huidige rol van intra- en extramurale fysiotherapeuten nopen wel tot enige beperking van de instroom van fysiotherapeutische studenten, ook bij een flexibele toepassing van het arbeidsmarktkriterium. Ook moet als eis worden gesteld, dat vormen van 'manpowerplanning' slechts aanvaardbaar zijn, wanneer die manpowerplanning past in een samenhangend en evenwichtig beleid inzake de gezondheidszorg. Zulk een samenhangend beleid vergt inzicht in de vraag-aanbod relatie. De behoefte aan fy-

10 JAAR LVFD

ONTSTAAN VAN DE LVFD

In 1972 werd binnen de toen bestaande Commissie Sociale Belangen (COSOBEL) een sectie dienstverband opgericht, naast de sectie vrijgevestigden. De COSOBEL hield zich bezig met de sociaal maatschappelijke belangen.
Omdat het behartigen van alle uiteenlopende belangen binnen één vereniging als het Genootschap niet meer doenlijk bleek werd aan de Nederlandse Accountants Maatschappij (NAM) advies gevraagd. In het uitgebrachte advies werd aanbevolen aparte verenigingen voor dienstverbanders en vrijgevestigden op te richten.
Dit leidde in 1976 tot de oprichting van de LVFD, waarbij het toenmalige Hoofdbestuurslid van der Lingen de oprichtingsvergadering voorzat. Rooders stelde zich beschikbaar als voorzitter, andere bestuursleden waren voor het grootste deel afkomstig uit de VHF.

siotherapeuten hangt natuurlijk mede af van de taak en functie van de fysiotherapie in de intra- en extramurale zorg.
Eigenlijk zijn nog geen doeltreffende criteria voorhanden om de werkelijke behoefte aan beroepsbeoefenaren vast te kunnen stellen. En wanneer al - op grond van globale ervaringscijfers - gekomen wordt tot enige normering (ter illustratie wijs ik op de vaststelling van de verhoudingsgetallen van 1:3000 voor de fysiotherapie in het kader van de toepassing van Art. 47, derde lid van de Ziekenfondswet), dan wordt een discussie daarover vertroebeld door inkomenspolitieke en sociaal-economische aspecten. Ook is moeilijk vast te stellen - ik wees daar al op - of de toepassing van fysiotherapeutische behandelingsmethoden kostenbesparend werken, binnen en buiten de sector van de gezondheidszorg. De fysiotherapeuten is door allerlei omstandigheden een speerpuntfunctie opgedrongen, in politieke zin. Argumenten daarvoor mocht de overheid ontlenen aan de te forse toename van het aantal applicaties. De keerzijde van de medaille verplicht de overheid de nog openstaande vragen zo goed mogelijk te beantwoorden.

Lansink,
Het is dringend nodig, dat meer inzicht gaat ontstaan over de inzet, werkwijze, taak en funktie van paramedici, ook en vooral fysiotherapeuten.

• Die vragen betreffen de onderbouwing van de norm van een fysiotherapeut op 1750 c.q. 3000 inwoners voor de gehele resp. extramurale zorg. Ook moet worden nagegaan welke bijdrage de fysiotherapie levert aan de kostenbeheersing. Het is niet uitgesloten, dat de beperking van het aantal verrichtingen leidt tot kostenverhogingen elders, extramuraal maar vooral ook intramuraal. Ik heb al eens eerder aangetoond, dat de versterking van de plaats van de fysiotherapie in de eerstelijnszorg, in de bedrijfsgeneeskunde, de zwakzinnigenzorg en de preventie kan leiden tot een vermindering van de maatschappelijke kosten met behoud - wellicht groei - van het aantal arbeidsplaatsen. Ik denk, dat die telling ook opgaat voor de intramurale fysiotherapie, wanneer aangetoond kan worden, dat ook binnen - en mogelijk buiten - de sector van intramurale gezondheidszorg een meetbare kostenbeheersing wordt bereikt. ■

Dr. A. Lansink,
Tweede Kamerlid CDA.

FUNCTIES EN TAKEN VAN DE DIENST FYSIOTHERAPIE IN EEN ACADEMISCH ZIEKENHUIS

Er zijn in Nederland acht Medische Faculteiten, elk met een academisch ziekenhuis (A.Z.). Deze acht Academische Ziekenhuizen behoren tot de relatief kleine groep zeer grote ziekenhuizen en wel met een gemiddeld aantal van ongeveer 900 bedden. Deze acht ziekenhuizen produceren 10% van de totale kosten en hebben eveneens 10% van de totale capaciteit van de ziekenhuizen in Nederland. Tenslotte verzorgen deze acht ziekenhuizen 60% van alle opleidingen van artsen tot medisch specialisten. Het zijn zelfstandige rechtspersonen, doch juridisch en financieel geheel afhankelijk van het Ministerie van O & W. De begroting is dan ook geheel ingepast in de rijksbegroting van dat Departement.

De begroting van het AZL bedraagt bijvoorbeeld de laatste jaren ongeveer *f* 275 miljoen. De inkomsten komen voor 75% uit de tarieven, vastgesteld door de Commissie Overleg Tarieven in de Gezondheidszorg (C.O.T.G.). De resterende 25% wordt gefinancierd door de zogenaamde Rijksbijdrage van het Ministerie van O & W. Ook is het verder nog afhankelijk van vele (doch niet alle) regels, uitgevaardigd door het circuit van de Volksgezondheid, zoals de verschillende voorschriften en beperkingen op het gebied van uitbreiding van functies, bouwactiviteiten etc.
Dit is de bestuurlijke en (wettelijke) achtergrond waarvan uit een academisch ziekenhuis zijn hoofdfuncties uitoefent, t.w.:
• werkplek voor de medische faculteit ter plaatse,
• topfuncties ziekenhuis in de regio,
• topreferentie-functie regionaal en supra-regionaal.

Uit deze drie functies zijn de drie volgende taken geresulteerd:
• patiëntenzorg,
• onderwijs van medische studenten (en de opleiding van a.s. medisch specialisten),
• wetenschappelijk onderzoek.
In de loop van de laatste 25 jaar zijn de academische ziekenhuizen sterk gegroeid en uitgerust qua formatie, apparatuur en diversiteit van activiteiten. De grote omvang van de personeelsformaties in de academische ziekenhuizen inclusief de zeer dure geavanceerde apparatuur, is ontstaan in de zogenaamde rijke tijd, maar vooral ook door het feit dat het Ministerie van O & W vanuit de werkplekfunctie voor de medische faculteit het juist oordeelde om hier vorm aan te geven. Dit deed het departement door ruim te financieren.

EEN ACADEMISCH ZIEKENHUIS

Gezien de visie destijds van de Rijksoverheid om de know-how te concentreren in academische ziekenhuizen, vooral om de gelegenheid te geven dat wetenschappers zich voornamelijk konden richten op de ontwikkeling van de geneeskunde, heeft dit als gevolg gehad dat inderdaad die concentratie in de academische ziekenhuizen van onderzoektalent en vandaaruit veel geavanceerde behandelwijzen in de patiëntenzorg zijn te vinden. Dit betekent echter genedele dat dergelijke kwaliteiten niet te vinden zijn onder specialisten en

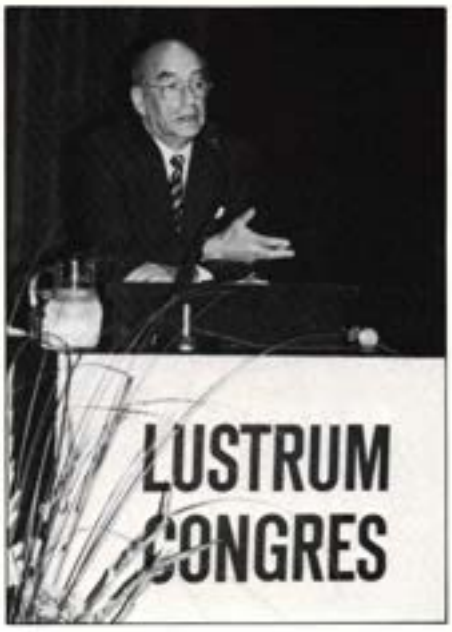
anderen in algemene ziekenhuizen. Ook daar zijn topfunctie en topreferentiefuncties te vinden. Ook zijn daar vaak medisch studenten in hun co-assistentschap werkzaam. Toch is het onmogelijk voor grote algemene ziekenhuizen en zijn medische specialisten om op grote schaal ontwikkelingswerk in de geneeskunde te doen, laat staan dat medisch onderwijs gegeven wordt aan jongejaars medische studenten. Alleen al het financieringssysteem van algemene ziekenhuizen, die primair gericht is op productie van patiëntenzorg, is een belemmering hiervoor. Geen enkele medische specialist in een algemeen ziekenhuis heeft als bijzondere taak wetenschappelijk onderzoek te 'moeten' doen, laat staan dat men daarvoor door de universiteit wordt betaald! Men ziet dan ook vaak dat specialisten van hoog niveau in een algemeen ziekenhuis, wanneer zij speciale prestaties (blijven) verrichten op researchgebied, naar de universiteit geroepen worden voor bijvoorbeeld een hoogleraarplaats. Het is dus niet zo zeer een principieel verschil, als wel een gradueel verschil van mogelijkheden, die in de wetgeving en het financieringssysteem zijn gelegen, waar de verschillen tussen academische ziekenhuizen en niet-academische ziekenhuizen uit bestaan.

DE DIENST FYSIOTHERAPIE IN EEN ACADEMISCH ZIEKENHUIS

Organisatorisch is vaak de dienst Fysiotherapie in de organisatie naast andere paramedische diensten en patiëntenafdelingen onafhankelijk operationeel. Toch zijn er ook academische ziekenhuizen waar de dienst is ingebed in een patiëntenafdeling, zoals de revalidatie. In dat geval is het hoofd geen fysiotherapeut, maar een arts. Ik ben van mening dat dit in de huidige tijd achterhaald is. De deskundigheid en het werk van de fysiotherapie is zodanig geëvolueerd, dat dit ook uiting dient te hebben in een zelfstandigheid in de organisatie van een ziekenhuis.

Organisatorisch is een diensthoofd en een afdelingshoofd (in een AZ bijna altijd een hoogleraar) equivalent en gelijk bevoegd ten opzichte van andere afdelingen en diensten. De diensten in een AZ zijn vaak groot, d.w.z. elke dienst heeft meer dan 10 fysiotherapeuten, afgezien dat sommige diensten ergotherapeuten en andere deskundigen herbergen. Sommige academische ziekenhuizen hebben een dienst fysiotherapie die tevens een open polikliniek houdt voor verwijzingen van buiten. Andere niet, zoals het AZL.

Wel worden poliklinisch patiënten in Leiden behandeld, doch deze zijn alleen verwezen door de specialisten binnen het AZ. Door de grootte van de diensten zijn deze vaak intern gedifferentieerd georganiseerd vanaf de positie van het diensthoofd. Subhoofden, eerste fysiotherapeuten en secties in bepaalde clusters van patiëntenafdelingen, zijn daarvan het gevolg. Gezien het feit dat fysiotherapeuten evenals andere paramedici (zoals maatschappelijk werk, diëtetisten etc.) individualistisch zijn ingesteld, hebben zij met een dergelijke organisatie nogal wat moeite. Het draagt echter bij in de levendigheid van de omgangsvormen in een academisch ziekenhuis!



Schweizer
Naast de patiëntenzorg dient ook de dienst fysiotherapie deel te nemen aan onderwijs, opleiding en wetenschappelijk onderzoek.

FUNCTIES EN TAKEN VAN DE DIENST FYSIOTHERAPIE

De functies en de taken van de dienst fysiotherapie behoren m.i. te zijn afgeleid van die van het gehele academisch ziekenhuis. Toegepast op deze dienst luiden deze:

- functies: binnen de deskundigheden van de Dienst Fysiotherapie een bijdrage leveren aan die van het gehele ziekenhuis en soms aan de medische faculteit (dus participatie in de werkplaats, top- en referentiefunctie);
- taken: naast de patiëntenzorg dient óók de dienst fysiotherapie deel te nemen aan onderwijs, opleiding en wetenschappelijk onderzoek. Hieronder wordt nader ingegaan op deze taken.

PATIËNTENZORG

Deze is voor een niet onbelangrijk deel gelijk aan soort en ingewikkeldheid aan die van een ander algemeen ziekenhuis. Medebehandeling bij fractuurtherapie, traumatologische en/of neurologische letselbehandeling, CARA-therapie, enz. Ook het gebruik van moderne apparatuur hoort hierbij. Daarnaast dient echter onderscheid te worden gemaakt voor fysiotherapeutische interventies bij nieuwe verworvenheden van de reeds genoemde topzorg (dit zijn dus toepassingen van de zgn. ontwikkelingsgeneeskunde). Het gaat hierbij om een fysiotherapeutische bijdrage, bijv. bij de behandeling van alle mogelijke soorten van transplantatiepatiënten, openhartchirurgie, proefbehandelingen bij motorische revalidatie van jonge kinderen, bijdragen in de behandeling van motorisch gehandicapten die met experimentele prothesen worden behandeld etc.

ONDERWIJS EN OPLEIDING

Hier gaat het dus over de werkplekfuncties voor de medische faculteit en wel in de eerste plaats om een bijdrage leveren in het onderwijsprogramma van medische studenten. Dit is zeer belangrijk, ook voor de fysiotherapie omdat bij deze a.s. artsen een goede bodem gelegd kan worden voor het begrip, wat de fysiotherapie allemaal betekenen kan voor de patiënten. Dit uitstralingseffect geldt overigens ook voor de samenwerking met assistenten in opleiding voor alle specialismen. Daarnaast dient gedacht te worden aan bijdragen in het onderwijs aan paramedici, verpleegkundigen (ik denk in het bijzonder aan de specialistische opleidingen hierbij) en niet in het minst in het bieden van stagemogelijkheden voor a.s. fysiotherapeuten. Dit laatste is echter niet een specifieke taak voor een academisch ziekenhuis alleen. Onder onderwijs en opleiding dient ook verstaan te worden het zelf houden van voordrachten over moderne ontwikkelingen in de fysiotherapie en in de geneeskunde. Fysiotherapeuten dienen hier volgens mij een groot gebruik van te maken. Hetzelfde geldt voor publicaties op hun vakgebied ter informatie van andere medici, verpleegkundigen en andere paramedici. Men is misschien nogal wat te bescheiden. Ook het post-graduate onderwijs voor fysiotherapeuten dient nog meer aandacht te krijgen. Ik denk in het bijzonder aan de steeds nieuwe ontwikkelingen op het gebied van intensive care voor volwassenen en pasgeborenen. Daarnaast blijft het belangrijk dat fysiotherapeuten ook deelnemen aan postgraduate onderwijs voor medici, verpleegkundigen etc. Ook hier dient een actieve rol weggelegd te zijn voor de dienst fysiotherapie door het houden van voordrachten.

Wat betreft deelname aan research maak ik onderscheid tussen twee grote gebieden. In de eerste plaats de ontwikkeling van het eigen vak. Hiervoor zijn vaak basale research in een fysiologisch laboratorium etc. nodig naast toegepast wetenschappelijk onderzoek, dat vaak uitgaat van medische specialisten. Daar tot nu in de hogere beroepsopleiding het doen van wetenschappelijk onderzoek geen plaats heeft, mist vaak de abituriënt de mogelijkheid om zelf wetenschappelijk onderzoek in zijn vak te doen. Dit geldt ook voor fysiotherapeuten meen ik te constateren.

Wil zich dit ontwikkelen, dan zal men actief moeten aansturen op samenwerking met medici uit de zogenaamde préklinische en klinische vakken.
Men kan zelf met onderwerpen aankomen of aanhaken bij onderwerpen die de medici reeds uitvoeren of gaan uitvoeren. Men dient dus te zorgen voor optimale contacten. Ik vind overigens echter ook dat de medici een bijdrage voor deze communicatie dienen te leveren. Een actief beleid van hoofden van de dienst fysiotherapie is daarbij zeer nuttig.
In het AZL zijn wij zo gelukkig dat deze ontwikkeling groeiende is en de dienst fysiotherapie participant is in een aantal wetenschappelijke projecten; men heeft zelf ook onderzoek geëntameerd bijvoorbeeld bij T.N.O. op het gebied van een vraagstelling over eigen apparatuur die eventueel negatief zou intefereren met pace-makers.

10 JAAR LVFD

LVFD VOOR COLLECTIEVE BELANGENBEHARTIGING

Voor wat betreft de arbeidsvoorwaarden van fysiotherapeuten werkzaam in dienstverband in instellingen en gezondheidscentra is de LVFD aangesloten bij het Ambtenarencentrum (AC) en de Federatie van verenigingen van Hogere Functionarissen in de Gezondheids- en bejaardenzorg (FHZ). Zo is de LVFD betrokken bij de tot standkoming van het CAO-Z, CAO-G en ambtenaren rechtspositie regeling. Zowel het AC als de FHZ treden namens de LVFD op als onderhandelingspartner bij fusies. Via de FHZ is de LVFD erg druk met de Functiewaardering Gezondheidszorg.
In samenwerking met de Vereniging van Hoofden Fysiotherapie (VHF) maakt de LVFD zich hard voor het verwerven van een juiste positie van de dienst fysiotherapie in ziekenhuizen en een noodzakelijke uitbreiding van het aantal arbeidsplaatsen voor fysiotherapeuten intramuraal.

ACTUELE ORGANISATORISCHE PROBLEMATIEK

Een hoofd van een dienst over een patiëntenafdeling in een academisch ziekenhuis heeft het tegenwoordig buitengewoon moeilijk, omdat eensdeels de directie aankomt met veel regelgeving, bezuiniging, A.D.V. problematiek, die extra druk geeft op de werkbelasting en anderzijds de motivering van de eigen medewerkers op peil te houden.
En dat gezien tegen de nieuwe dreiging volgens het regeeraccoord richting academische ziekenhuizen en medische faculteiten: Een tweede taakverdelingsoperatie is op komst, terwijl het academisch ziekenhuis driedubbel gepakt wordt door de ook aangekondigde bezuiniging van WVC door korting van 2 ½% op de tarieven! Ik wil overigens de aantekening maken dat in het AZL de dienst fysiotherapie bepaald niet meer of erger wordt aangepakt door een directie, dan andere deelorganisaties in zo'n groot ziekenhuis.
Erg belangrijk zijn dan inderdaad de managerscapaciteiten van een diensthoofd. Bijen nascholing op dit gebied is soms ook wel nodig. De leiding van het academisch ziekenhuis dient dit mogelijk te maken. De budgettering is een geheel nieuwe manoeuvre, waarbij heel wat organisatieproblemen gaan opdoemen, ook voor een dienst fysiotherapie. Eensdeels is het zeer aantrekkelijk dat een budget, mits fair en op reële gronden vastgesteld binnen bepaalde kaders door de dienst zelf mag worden beheerd en 'uitgegeven'. Anderszijds komen er nieuwe problemen voor in de plaats bij overschrijding, afgezien van nog niet opgeloste problemen in vele academische ziekenhuizen, hoe diensten aan andere intern gebudgetteerde afdelingen dienen te worden doorgerekend. Ook een dienst fysiotherapie zit reeds uit te kijken op de burchtmuur hoe het probleem zoveel mogelijk naar een andere dienst verschoven kan worden, opdat er het meeste overblijft ten eigen nutte. Het dient de kwaliteit van een directie te zijn om al deze belangen en deelbelangen goed tegenover elkaar af te wegen, met als uitgangspunt dat iedere onderafdeling zijn eigen behoorlijke mogelijkheden moet krijgen. Voorwaar een opgaaf. Zeer belangrijk wordt daarbij dan de communicatie tussen de diensten en het centraal management. Hier kan inderdaad nogal wat aan verbeterd worden, hoewel het niet een eenvoudige taak is voor een academisch ziekenhuis om hier een goede communicatie tot stand te brengen. Men dient bijvoorbeeld te bedenken dat er naast een directie al gauw 27 afdelingshoofden, 15 diensthoofden, afgezien van tientallen hoofdverpleegkundigen in het geding zijn. Desalniettemin zal de participatie van diensthoofden en afdelingshoofden groter dienen te worden al was het alleen maar om de huidige moderne conceptie van decentralisatie vanuit een directie levensvatbaar moeten worden. Een kritisch volgen van een ziekenhuisdirectie is niet alleen een leuke arbeid, doch is ook noodzakelijk opdat iedereen er beter van kan worden!
Wat de a.s. bezuinigingen betreft, dient mijns inziens ook nog een opmerking worden gemaakt. De vorige bezuiniging heeft althans in het AZL een actie op gang gebracht, waarbij alle diensten en afdelingen in hebben gedeeld, doch met dien verstande dat degenen die bezig waren met directe patiëntenzorg waaronder dus de dienst fysiotherapie, minder gekort werden dan niet-medische diensten. Mijns inziens zal nu getracht moeten worden dit model te handhaven.

TOEKOMST

Gezien de principiële functies en taken die kort samengevat uitgedrukt kunnen worden in één kernwoord, te weten'modelboerderij'-functie, kan ondanks alle speculaties één ding zeker zijn: of de patiëntenzorg niet meer mag groeien en misschien zelfs hier en daar haar taken ingekort moeten worden of niet, er dient in ieder geval alle ruimte geboden te worden van het schaars wordende geld met de prioriteiten op nieuwe ontwikkelingen geneeskunde en dus meer taken op het gebied van research en eveneens op het gebied van onderwijs. Dit geldt ook voor een dienst fysiotherapie, dat men de prioriteit mede moet stellen op medewerking en research en onderwijs, omdat dat de pilaren zijn waarop de overheid bereid is om de bijzondere functies van academische ziekenhuizen en zijn deelorganisaties te handhaven. Lukt dit niet goed, dan zal de neiging ontstaan bij de overheid, om het academische van de academische ziekenhuizen minder serieus te nemen en ze te gaan beschouwen als algemene ziekenhuizen. Wat er dan over gaat blijven van de diensten fysiotherapie zoals die letterlijk en figuurlijk zijn gegroeid in de academische ziekenhuizen, laat zich raden.
Fysiotherapeuten echter kennende, zal men gaarne deze taken in toenemende mate willen vervullen omdat men door het werk geleerd heeft creatief en enthousiast te zijn. Zo niet: patiënten lopen dan weg bij de individuele fysiotherapeut. Directies van academische ziekenhuizen lopen dan weg van diensten fysiotherapie, zoals de overheid dat doet bij de directies van academische ziekenhuizen! ■

Prof. A. Th. Schweizer
direkteur Gezondheidszorg
Academisch Ziekenhuis Leiden

TAAK EN FUNKTIE VAN EEN DIENST FYSIOTHERAPIE IN EEN ALGEMEEN ZIEKENHUIS MET EEN TOPFUNKTIE

Over plaats en funktie van een dienst fysiotherapie in instellingen voor gezondheidszorg is op meerdere plaatsen gepubliceerd. In 1983 heeft Voermans op het congres 'fysiotherapie 2000' de dienst fysiotherapie in de ziekenhuisorganisatie nader belicht. Tot 1983 was er, naar zijn mening, in de meeste diensten fysiotherapie in algemene ziekenhuizen nauwelijks sprake van een doelgerichte organisatie.
Voermans stelt dat de invoering van het budgetteringssysteem iedere dienst fysiotherapie dwingt zijn funktiepakket te vertalen in een nota organisatiewerkwijze. Thans, in 1986, bestaat de indruk dat veel diensten fysiotherapie in instellingen voor gezondheidszorg in hun ontwikkeling zijn gegroeid en beschikken over een meer doelgerichte organisatie. Dit komt o.a. tot uitdrukking in de op vele plaatsen geautomatiseerde produktie-registratie en een betere coördinatie van vele verschillende aktiviteiten gericht op het organisatiedoel.

Het proces van professionalisering van de dienst fysiotherapie wordt versneld door de grote druk die op de instellingen voor gezondheidszorg is ontstaan. Het handhaven van een optimale kwaliteit van de zorg en de dienstverlening bij beperkte financiele middelen vormt het belangrijkste probleem. De Vereniging Hoofden Fysiotherapie, thans 165 leden, heeft in afgelopen jaren zo'n 50 nieuwe leden erbij gekregen. De belangrijkste motivatie voor het aanvragen van het lidmaatschap vormt in bijna alle gevallen het vinden van ondersteuning bij de uitvoering van de managementtaak. De VHF voert een beleid dat erop gericht is haar leden en de onder hen resorterende diensten te stimuleren tot verbetering van de beroepsuitoefening en de hoofden van dienst te ondersteunen in hun leidinggevende taak.
In dit beleid past ook de participatie van de VHF in een gezamenlijke commissie met de LVFD, welke als opdracht had de plaats en funktie van de dienst fysiotherapie in instellingen voor gezondheidszorg te beschrijven en voorwaarden op te stellen ten aanzien van de organisatie van de dienst en de plaats binnen de organisatie van de instelling. Voor een meer gedetailleerde omschrijving van een dienst fysiotherapie verwijs ik graag naar bovenbedoelde notitie. In deze opdracht wil ik het accent meer leggen op het praktisch funktioneren van een dienst fysiotherapie en met name in een algemeen ziekenhuis met een topfunktie. De rol daarin van de individuele fysiotherapeuten wordt benadrukt.

Na afloop van zijn inleiding beantwoordt van Wijnen vragen. Naast hem dagvoorzitter Graafland.

CENTRUM ZIEKENHUIS

Een voorbeeld van een dergelijk ziekenhuis is het Sophia ziekenhuis in Zwolle. Dit is een algemeen ziekenhuis van 606 bedden, dat samen met het ziekenhuis de Weezenlanden (506 bedden) een centrumfunktie vervult binnen de regio Zwolle. Voor wat betreft de speerpuntspecialismen fungeert het ziekenhuis als referentie ziekenhuis voor een groter verzorgingsgebied. Speerpuntspecialismen die deel uitmaken van het funktiepakket van de beide Zwolse ziekenhuizen zijn: – traumatologie – chirurgie – kindergeneeskunde – neonatologie – radiotherapie – neurochirurgie – plastische chirurgie – gastero-enterologie. In 1987 zal na realisering van een uitbreidingsplan in De Weezenlanden de funktie hartchirurgie worden opgenomen en in

verband hiermee zal neurochirurgie, die nu over de Zwolse ziekenhuizen is verdeeld in het Sophia ziekenhuis worden geconcentreerd. De taakverdeling binnen het Zwolsch medisch centrum is als volgt:

Ziekenhuis de Weezenlanden	Sophia-ziekenhuis
Cardio-chirurgie	Neurochirurgie
Nierdialyse	Neonatologie
	Radiotherapie
	Computer tomografie

In algemene zin is er geen onderscheid in taak en funktie aan te geven. De complexiteit van een centrumziekenhuis heeft echter direkte invloed op de organisatie en het funktiepakket van de dienst fysiotherapie. Deze complexiteit wordt met name bepaald door:

- het aantal bedden
- het aantal bedden voor acute en intensive zorg
- het aantal specialismen
- de speerpuntspecialismen
- het aantal professionele werkers
- het veelzijdige patiëntenaanbod
- de opleidingstaak is vaak groter
- het funktioneren als referentie ziekenhuis

Het centrumziekenhuis onderscheidt zich van het basisziekenhuis door zijn grootschaligheid en specialistisch takenpakket. Dit is ook op de dienst fysiotherapie van toepassing.
De taakuitvoering van de dienst fysiotherapie wordt inhoudelijk bepaald door:

- het beleid van de instelling
- het medisch beleid
- het beleid van de dienst fysiotherapie
- de eisen die de beroepsgroep stelt

BELEID

Over de diverse beleidsnivo's wil ik het volgende zeggen:
De invoering van de budgetfinanciering en de noodzaak tot bezuinigingen in de gezondheidszorg dwingt alle betrokkenen haast te maken met het realiseren van beleidsplannen. Poeisz en De Jager publiceerden in Het Ziekenhuis over een handleiding voor een medisch beleidsplan in de ziekenhuizen.

Zij maken onderscheid tussen het medisch ziekenhuisplan en het medisch beleidsplan.
In een medisch ziekenhuisplan ligt de nadruk op het beleid dat de direktie voert ten aanzien van de verwachte medische ontwikkelingen, getoetst aan de voor het ziekenhuis als geheel belangrijke kriteria, zoals:

- de gewenste positie van het ziekenhuis in de regio
- de beoogde kwaliteit van de zorg
- de haalbaarheid gezien de konsekwenties van de voorgestane ontwikkelingen voor de interne organisatie.

Om te komen tot een door de organisatie gedragen medisch ziekenhuisplan is voorwaarde dat de direktie op voorhand zorgt voor een helder beeld van de klinische aktiviteiten waarover het beleid wordt voorbereid. En van de aard van dat beleid. Het medisch ziekenhuisplan beschrijft het funktiepakket van het ziekenhuis in de regio, de aktiviteitenpakketten van de diverse specialisten, alsmede alle aktiviteiten welke de kwaliteit van de hulpverlening aan individuele patiënten bevorderen c.q. bewaken.
Bij het opstellen van het medisch beleidsplan ligt de nadruk op het beleid dat de medische staf uit hoofde van haar professionele verantwoordelijkheid voorstaat. Deze zal primair getoetst worden aan de professionele norm, gewenste positie en de beoogde kwaliteit van de te verlenen zorg door de afzonderlijke professionele groepen. Dit beleid reikt medische ontwikkelingen aan en geeft de noodzakelijke condities weer. Bij de opstelling van het medisch beleidsplan wordt aan de medische staf gevraagd prioriteiten aan te geven bij medische ontwikkelingen en daarbij rekening te houden met voor het ziekenhuis als geheel belangrijke kriteria en voorwaarden. De medische staf dient keuzen te doen en aan te geven waar volgens hen zwaartepunten moeten worden gelegd, rekening houdend met een beperkter wordend financieel budget. De opstelling van het fysiotherapeutisch beleidsplan wordt voorbereid door de fysiotherapeuten van de afdeling. Per aandachtsgebied worden voorstellen gedaan en besproken met de coördinerend fysiotherapeuten en het hoofd van de dienst fysiotherapie. In het stafoverleg wordt het beleidsplan definitief vastgesteld. Het hoofd van de dienst fysiotherapie is uiteindelijk verantwoordelijk voor het te voeren beleid binnen zijn dienst. Bij de ontwikkeling van het fysiotherapeutisch beleidsplan en het voorstel voor een budget is een goede informatiestroom tussen hoofd van de dienst en de medewerkers noodzakelijk.
Gewenste informatie naar het hoofd:

- nieuwe ontwikkelingen op specialistische deelgebieden van het vakgebied
- het huidige aktiviteitenplan met daarin ook opgenomen een prognose voor de ontwikkelingen in het volgend jaar

Gewenste informatie van het hoofd:

- stand van de budgettering in het gehele ziekenhuis
- het aangeven van prioriteiten
- het aangeven van kosten- en aktiviteiten ontwikkeling en de konsekwenties ervan voor het te voeren beleid

Het fysiotherapeutisch beleid is een afgeleide van het medisch beleid en moet passen in het medisch ziekenhuisbeleid. Het fysiotherapeutisch beleid dient waarborgen te geven voor de beoogde kwaliteit van de zorgverlening en te voldoen aan de normen en kriteria die de beroepsgroep stelt. De beroepsomschrijving fysiotherapeut en het professioneel statuut dienen hierbij als leidraad. De fysiotherapeuten dienen in hun regelmatig overleg met de medisch specialisten, daar waar mogelijk, een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van het medisch beleid. Als voorbeeld in ons ziekenhuis kan genoemd worden, het bijdragen aan de totstandkoming van een sporttraumatologisch centrum. Een aktiviteit waaraan traumatoloog en/of orthopaed en fysiotherapeut gezamenlijk gestalte moeten geven. Een ander voorbeeld is de bijdrage van de fysiotherapie aan de behandeling van patiënten met cranio-mandibulaire dysfunkties. Samenwerking tussen fysiotherapeut, kaakchirurg en arts-prothetist kan leiden tot een nieuwe poliklinische funktie van de dienst fysiotherapie.
Andere ontwikkelingen zijn:

- de opzet van een goede intake van patiëntjes met sensomotorische problemen
- het opzetten van een reactiveringsprogramma voor longpatiënten
- het opzetten van een educatief en instruktief programma voor rugpatiënten, zowel klinisch als poliklinisch

Deze voorbeelden geven aan dat de dienst fysiotherapie een aktieve rol vervult bij het tot stand brengen van bepaalde ontwikkelingen c.q. veranderingen in de medische zorgverlening. In verband hiermee kan het voordelen hebben wanneer het hoofd van de dienst fysiotherapie als buitengewoon lid deel uit maakt van de medische staf. Het aktiviteitenpakket van de dienst fysiotherapie wordt opgenomen in het medisch ziekenhuisplan. De complexiteit van een centrumziekenhuis met een top-klinische funktie stelt hoge eisen aan de vakbekwaamheid van de fysiotherapeuten. Gespecialiseerde kennis en kunde wordt op meerdere plaatsen vereist. Het aktiviteitenpakket van de dienst fysiotherapie moet gerealiseerd worden door het collectief. Dit houdt in dat elke medewerker/fysiotherapeut naast de basis klinische fy-

10 JAAR LVFD

DIENSTVERBAND? LVFD!

In 10 jaar tijd is de LVFD gegroeid, zowel inhoudelijk, als in ledental, echter het is nog niet genoeg. Slechts de helft van alle fysiotherapeuten in dienstverband is lid van het Genootschap en van die leden heeft slechts 80% zich aangemeld bij de LVFD. Wil de LVFD iets in te brengen hebben, dan is het zaak dat in de getalsverhoudingen verandering komt. Eigenlijk zou iedere fysiotherapeut werkzaam in dienstverband lid moeten zijn van de LVFD.

siotherapie een aandeel moet kunnen leveren in de totaal benodigde specialistische (top-klinische)kennis.

ORGANISATIE EN WERKWIJZE VAN DE DIENST FYSIOTHERAPIE

Zoals reeds gezegd, heeft de complexiteit van een centrumziekenhuis invloed op de organisatie van de dienst fysiotherapie. Voor een goed funktioneren van een dienst fysiotherapie is het een vereiste dat er duidelijkheid bestaat ten aanzien van de specifieke taken en verantwoordelijkheden van fysiotherapeuten, coördinerend/eerste fysiotherapeuten en het hoofd van de dienst fysiotherapie. Een vergaande delegatie van vooral beroepsinhoudelijke taken is naar mijn mening een absolute noodzaak. En wel om twee redenen:

- De complexiteit van de fysiotherapie in een algemeen ziekenhuis met een top-klinische funktie vraagt om specialisatie en medeverantwoordelijkheid van de fysiotherapeuten met betrekking tot één of meerdere deelgebieden.
- Het geven van medeverantwoordelijkheid werkt motiverend op de fysiotherapeuten en heeft een positieve invloed op de uitvoering van het afdelingsbeleid.

HOOFD DIENST FYSIOTHERAPIE

Plaats en funktie in de organisatie:
Het hoofd van de dienst fysiotherapie is rechtstreeks verantwoording schuldig aan de medisch direkteur, voor wat betreft het fysiotherapeutisch beleid en de integratie ervan in het medisch beleid. Ten aanzien van de algemene en dagelijkse leiding is hij verantwoording verschuldigd aan de direktie of diens gedelegeerde.
Het hoofd van de dienst fysiotherapie geeft leiding aan de afdeling, organiseert en coördineert de werkzaamheden. Hij geeft uitvoering aan het personeelsbeleid. Hij bepaalt uiteindelijk het beleid van de afdeling zowel professioneel als organisatorisch. Hij is slechts voor een klein deel uitvoerend en wel voornamelijk op specialistische deelgebieden van de fysiotherapie.

Taken van het hoofd dienst fysiotherapie zijn:

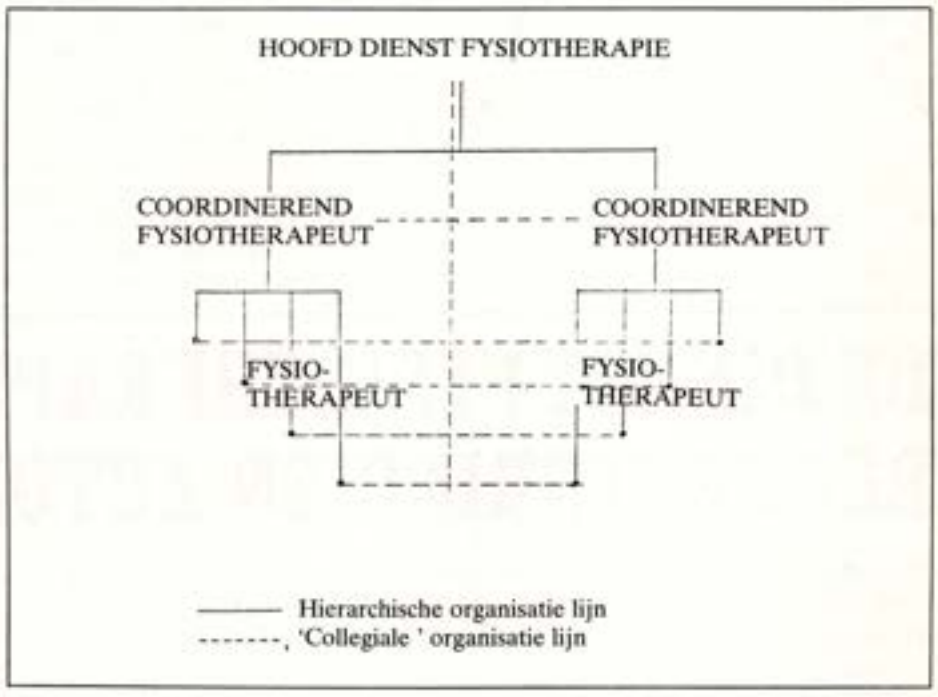
- Verlengde arm van de top in de organisatie
- Uitvoering geven aan het beleid van de instelling
- Heeft het beheer over het sub-systeem fysiotherapie, waarbij hij recht heeft op toewijzing van adequate middelen en de bevoegdheden om deze zo zelfstandig mogelijk te beheren binnen een bepaald budget.

Voorwaarden voor de taakvervulling zijn:

- Hij dient zich te richten naar de strategie van het topmanagement
- Hij zal efficiënt dienen om te gaan met de door de direktie ter beschikking gestelde middelen
- Zijn taken dienen te zijn afgestemd op de andere leden van het managementteam in budgettaire en vooral ook in organisatorische zin
- Er moet voldoende ruimte in de taakstelling bestaan om bij het beleidsvormingsproces van de instelling betrokken te zijn

Het hoofd van de dienst fysiotherapie dient een beleid te voeren waarbij fysiotherapeuten gestimuleerd worden hun vakbekwaamheid te onderhouden c.q. te verbeteren en een bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling van hun vak.

ongeloofwaardig. In dit roldilemma wordt veel tact van het hoofd gevraagd. Leiding geven is een complexe taak, die zowel technische vaardigheden vereist als het bezitten van de eigenschappen om met mensen om te kunnen gaan, en te motiveren en te enthousiasmeren. Hoofden fysiotherapie zijn meestal niet geschoold om deze taak te realiseren, dat het hen toch vaak lukt is een kwestie van natuurlijk talent. Het hoofd fysiotherapie dient het takenpakket van de dienst fysiotherapie te beschrijven en voldoende onderbouwing te geven van het aktiviteitenplan. Een en ander is slechts te realiseren wanneer er sprake is van een voortdurend proces van wederzijdse informatie en discussie tussen de fysiotherapeuten onderling en met de medisch specialisten.



De organisatorische struktuur en werkwijze van de dienst fysiotherapie dient zodanig te zijn dat het hoofd zicht houdt op de gang van zaken en de ontwikkelingen binnen de diverse deelgebieden. Hiervoor is gestruktureerd overleg nodig met de coördinerend fysiotherapeuten en de betrokken fysiotherapeut. Het hoofd van de dienst fysiotherapie heeft in dit opzicht een controlerende, ondersteunende en stimulerende taak. Hij attendeert de fysiotherapeuten op mogelijke budgettaire konsekwenties van bepaalde door hen gewenste ontwikkelingen c.q. veranderingen in de zorgverlening.

Het hoofd van de dienst fysiotherapie kan bij de uitvoering van zijn taak in een bepaald spanningsveld terechtkomen. Gaat hij mee met de opinie van de groep dan komt zijn positie als hoofd in gevaar. Gaat hij mee met het totaalbeleid dan wordt hij gezien als verlengstuk van de direktie en maakt zijn rol als fysiotherapeut/collega

Naar mijn mening dient de taakopvatting van het hoofd fysiotherapie voldoende ruimte te laten aan de horizontale (collegiale) organisatielijnen. De hierarchie binnen de dienst fysiotherapie mag niet overheersen. In deze taakopvatting past het de fysotherapeuten meer verantwoordelijkheid te geven ten aanzien van bepaalde deelaspekten van de fysiotherapeutische dienst. Deze deelaspekten kunnen betrekking hebben op:

- aandachtsgebieden met betrekking tot verbijzonderingen binnen het vakgebied, zoals manuele therapie- myofeedback-sport-fysiotherapie- sensomotoriek, etc.
- aandachtsgebieden met betrekking tot de werkplek, zoals de verpleegafdeling, gekoppeld aan 1 of 2 specialismen en de polikliniek fysiotherapie.

Fysiotherapeuten krijgen een omschreven taak als kontakt - fysiotherapeut van de dienst fysiotherapie voor een bepaalde werkplek.

- Deze fysiotherapeut onderhoudt de primaire kontakten met betrokken verpleeg-

kundigen, artsen en eventueel andere disciplines.

- Hij /zij ziet toe op de efficiëntie van de werkzaamheden van de dienst fysiotherapie op de betrokken verpleegafdeling.
- Hij /zij heeft een signalerende funktie ten aanzien van wenselijke veranderingen of ontwikkelingen in het behandelbeleid op de betreffende verpleegafdeling.

Fysiotherapeuten krijgen een omschreven taak als projektleider van de dienst fysiotherapie voor wat betreft specifieke vakinhoudelijke aandachtsgebieden. Deze fysiotherapeut dient er zorg voor te dragen dat samen met andere specifiek geschoolde of geïnteresseerde fysiotherapeuten de kwaliteit van dat deel van de zorg wordt onderhouden c.q. verbeterd.

Een dergelijke taakverdeling geeft meer duidelijkheid binnen een team van fysiotherapeuten. Elke fysiotherapeut is aanspreekbaar op een bepaald deelaspekt. Hij fungeert als voortrekker binnen een duidelijk begrenst aandachtsgebied. Dit geeft een grotere verantwoordelijkheid, werkt stimulerend en motiverend.

Voorstellen van de kontakt-fysiotherapeuten ten aanzien van wijzigingen in het behandelbeleid en/of de werkorganisatie worden in eerste instantie besproken met de coördinerende fysiotherapeuten en nader uitgewerkt. Eventueel noodzakelijk vooroverleg met hoofdverpleegkundigen, specialisten of andere disciplines wordt gevoerd door de coördinerend fysiotherapeut samen met de kontak-fysiotherapeut. In het stafoverleg rapporteert de coördinerend fysiotherapeut en krijgt advies van het hoofd van de dienst fysiotherapie.

Voorstellen van projektleiders over gewenste ontwikkelingen binnen het vakgebied worden in eerste instantie besproken met het hoofd van de dienst en komen daarna in het stafoverleg aan de orde. Deze werkwijze zal ook zijn voordelen opleveren nu de budgetteringsproblematiek in de ziekenhuizen verantwoording van de inhoud van het werk nog meer noodzakelijk maakt. De fysiotherapeuten op de werkplek staan het dichtst bij de praktijk. Zij zijn degenen die het best kunnen beoordelen of de indicatie voor fysiotherapie wel zorgvuldig genoeg en juist wordt gesteld. In besprekingen met de poortspecialisten over de vaststelling van aktiviteitenbudgetten is het van belang dat naast het hoofd van de dienst fysiotherapie en de coördinerend fysiotherapeut van de betrokken sektie ook de kontakt-fysiotherapeut hierbij aanwezig is. Voor deze besprekingen dient voldoende gedifferentieerde produktie-informatie voor handen te zijn.

Bij de interpretatie van die gegevens dient de kontakt-fysiotherapeut nadrukkelijk betrokken te zijn. In dit overleg wordt zowel produktiegericht als vakinhoudelijk gericht gesproken. De kontakt-fysiotherapeut wordt hierdoor nadrukkelijk betrokken bij de beleidsvoorbereiding en zal eerder geneigd zijn de uitvoering van dit beleid te bewaken.

Aangezien in deze tijd fysiotherapeuten lange tijd op een afdeling fysiotherapie werkzaam blijven, door de krapte in de arbeidsmarkt, is het van groot belang hen voortdurend te stimuleren en te motiveren zodat zij hun taak met enthousiasme en creativiteit blijven doen. Het geven van meer verantwoordelijkheden, ruimte geven aan persoonlijke initiatieven kan hierbij een hulp zijn.

Ervaringen met deze werkwijze in de komende jaren moeten duidelijk maken wat de voordelen zijn voor zowel organisatie als individuele fysiotherapeut. ■

R. van Wijnen
Hoofd afdeling fysiotherapie
Sophia ziekenhuis Zwolle

DE DIENST FYSIOTHERAPIE: BUDGETTERING EN AUTOMATISERING

Evenals in het verleden maken sommige mensen ook nu nog gebruik van een portemonnaie. De inhoud van zo'n portemonnaie is goed te overzien. Kortom in een opslag weet je waar je financieel aan toe bent. De laatste jaren heeft ondermeer de betaalkaart het gebruik van de portemonnaie verdrongen. Tevens kregen we daardoor minder overzicht in ons uitgavenpatroon. Kijken we nu naar de portemonnaie van de ziekenhuizen in de jaren vóór 1983, dan leek dit een geldbuidel te zijn, waarvan de bodem bijna niet te zien was. Iedereen in de gezondheidszorg graaide er in; men maakte maar verrichtingen/produktie, en als men voldeed aan de C.O.Z.-richtlijn, dan kreeg men geld voor uitbreiding. Toch bedroog ook hier de schijn.

In 1982 werden we geconfronteerd met het begrip budget. Budget is het engelse begrip voor begroting of onder begroting brengen. In de gezondheidszorg werd dan ook vóór het jaar 1983 over begrotingen gesproken. De term budget komt uit de bedrijfseconomie. Daar is budget een overzicht van geplande aktiviteiten en verwachte resultaten van die aktiviteiten van een onderneming, gedurende een bepaalde periode. In de gezondheidszorg is het budget een instrument van kostenbeheersing of anders gezegd van bezuiniging geweest.

Al lang voor de invoering van de budgettering konden diensten fysiotherapie niet goed werken door te krappe C.O.Z.-richtlijnen. Dit werd in 1985 bevestigd door een onderzoek naar 'Toepassing C.O.T.G.-richtlijn fysiotherapie en de exploitatie in de diensten fysiotherapie in algemene ziekenhuizen in 1982.' Dit onderzoek werd in opdracht van de L.V.F.D. door het organisatiebureau Van Dien en Co uitgevoerd. Het leverde echter geen direkte resultaten op in de sfeer van verandering van C.O.T.G.-richtlijn en/of verruiming in het budget ten gunste van de fysiotherapie.

Naast de kostenbeheersing moet de budgettering ook een instrument zijn voor beleidsvoering. Bij budgettering gaat het erom hoe de ter beschikking staande geldmiddelen zodanig verdeeld kunnen worden over de afdelingen, dat de primaire doelstellingen van het ziekenhuis, namelijk de patiëntenzorg, zoals onderzoek, behandelen, verzorgen en begeleiden van patiënten zo goed mogelijk kan worden gerealiseerd. Essentieel in de budgetgedachte was de eigen verantwoordelijkheid voor het kwaliteitsvraagstuk en de daarmee gepaard gaande afwegingen van kosten versus kwaliteit. Dit is slechts mogelijk als het ziekenhuis daartoe voldoende beleidsruimte wordt geboden. Echter de politiek bepaalt het budget en dus de bezuiniging, maar durft niet de verantwoordelijkheid van beslissingen in de gezondheidszorg te nemen. Hierdoor is er geen beleidsruimte binnen de ziekenhuizen. De informatievoorziening in de ziekenhuizen in de tijd vóór de invoering van de budgettering maar ook nog daarna heeft betrekking op verrichtingen en verpleegdagen. Deze gegevens vormen geen juiste afspiegeling voor de kwaliteit van de zorg.

Welke gegevens dat wel zijn is nog steeds de vraag. Vast staat dat de informatievoorziening een hoofdvoorwaarde is voor het funktioneren van het interne budgetteringsgebeuren.

De overzichten ten behoeve van de informatievoorziening moeten:

- overzichtelijk zijn
- kompakt zijn
- cijfers moeten te herleiden zijn

- resultaat moet snel afleesbaar zijn
- regelmatig verschijnen

Voorlopig krijgen wij nog steeds van de financieel economische dienst van het ziekenhuis de gegevens over de fysiotherapie volgens overzicht 1.

Verrichtingen fysiotherapie	1984	1985	procent. afw. t.o.v. 1984 +	−
Klinisch	50801	53163	4.64	
Poliklin.	9824	7936		−19.21
Totaal	60625	61099	0.78	

Overzicht 1

Deze gegevens zeggen totaal niets over de arbeidsinbreng en de kwaliteit van de verleende therapeutische zorg. Toch werden en worden deze cijfers gebruikt voor het C.O.T.G. en nu voor de interne budgettering.
Het verhaal achter deze cijfers zullen we als diensten fysiotherapie moeten verduidelijken. We kunnen dan ook niet volstaan met te zeggen dat we het als dienst fysiotherapie zo druk hebben; dat heeft elke dienst in de gezondheidszorg. We zullen de werkdruk van onze diensten moeten verduidelijken, liefst met harde gegevens.

AUTOMATISCHE GEVEVENSVERWERKING

Om deze gegevens te verzamelen is een automatische gegevensverwerking de oplossing. Het oorspronkelijke automatiseringsprogramma van onze dienst werd eind 1980 ontwikkeld en in januari 1982 operationeel. Dit programma werd in eerste instantie door het ziekenhuis uit eigen middelen betaald.
Redenen om de fysiotherapie te automatiseren waren de verschillen van mening van het hoofd van de afdeling met de direktie en de ekonomische dienst met betrekking tot produktie en financiële administratie. Dit eerste automatiseringsprogramma voor de fysiotherapie was gericht op het all-out systeem en werd later aangepast aan het all-in systeem.
In 1983 besloot de Vereniging Informatieverwerking Ziekenhuizen het programma van het R.K. Ziekenhuis over te nemen en een werkgroep fysiotherapie in het leven te roepen, welke het programma moest vervolmaken en verbeteren.
Sinds begin 1986 maken twintig afdelingen fysiotherapie van de 43 ziekenhuizen welke aangesloten zijn bij de vereniging gebruik van het programma, al dan niet met het volledig pakket.
Momenteel registreren we de volgende gegevens:
- patiëntengegevens zoals patiëntnummer, naam, geslacht, geboortedatum, adres, woonplaats en telefoon,
- aanvragen, klinisch/poliklinisch,
- verzekering, polisnummer,
- machtiginggegevens, indien noodzakelijk.

De fysiotherapeut is verantwoordelijk voor de registratie van:
- behandeldatum,
- code van het dagdeel waarop de behandeling wordt verricht, bijvoorbeeld overdag, avond, nacht en weekend,
- behandeling bijv. oefentherapie, massage, applikatie,
- tijdsduur van behandeling,
- naam behandelaar,
- verpleegafdeling,
- behandellokatie, bijvoorbeeld de oefenzaal,
- diagnose(n) met een maximum van drie, de eerst vermelde diagnose is altijd de diagnose waarop de fysiotherapeutische behandeling primair betrekking heeft.

Al deze gegevens kunnen we met elkaar kombineren waardoor we ondermeer de volgende overzichten kunnen verkrijgen.

Periodieke overzichten
- overzicht behandelingen per fysiotherapeut/sektie, gesplitst naar behandeling, tijdkode, tijd, klinisch/poliklinisch,
- overzicht behandelingen per specialist of specialisme, gesplitst naar diagnose, behandeling, tijdkode, tijd, klinisch/poliklinisch,
- overzicht behandelingen per locatie, gesplitst naar specialisme, behandeling, aantal, tijd en tijdkode.

Signaleringsoverzichten
- overzicht machtigingen nog in te voeren (klinisch/poliklinisch),
- overzicht machtigingen naar aanvrager en naar betalende instantie,
- overzicht nog aan te vragen vervolgmachtigingen,
- overzicht laatste behandeling welke twee maanden of langer geleden plaatsvond,
- overzicht probleemgevallen met betrekking tot de machtiging,
- overzicht openstaande series.

Een goede en juiste interpretatie van al deze gegevens is erg belangrijk. Door de werktijden te registreren is het mogelijk de menskracht per specialisme te berekenen. Overzicht 2 geeft een verdeling van menskracht naar specialisme te zien.

Overzicht menskracht over periode 01-01/31-07		
Specialisme	1984	1985
Interne	0.96	1.15
Cardiologie	1.32	1.49
Pulmologie	0.86	0.98
Chirurgie	1.86	2.22
Orthopaedie	2.54	2.45
Neurochirurgie	1.34	1.40
Neurologie	2.28	2.41
Totalen	14.52	15.44

Overzicht 2

De arbeidsinbreng achter de cijfers van overzicht 2 wordt duidelijker als daarnaast

bekend is hoeveel personeel hiervoor noodzakelijk is. Tevens is het van belang te weten hoe hoog het ziektepercentage is, en welk percentage uitzendkrachten wordt ingezet.
Uit de administratiegegevens kunnen we daarnaast nog beschikken over het overzicht van het gemaakt aantal overuren wegens bereikbaarheidsdienst. Door de hierbovengenoemde gegevens bij het aantal verrichtingen van overzicht 1 te plaatsen, krijgen de verrichtingen al wat kleur. Aan de hand van twee praktijkvoorbeelden wil ik u schetsen hoe de automatische informatieverwerking meer achtergrondinformatie kan geven, naast kille cijfers over aantallen verrichtingen. In ons ziekenhuis heeft het een bijdrage geleverd aan de oplossing van de problemen.

PRAKTIJKVOORBEELD OVERUREN

In 1983, het eerste budgetjaar treedt op bijna alle afdelingen een daling van de produktie op. Hetgeen niet zo verwonderlijk is, elke organisatie kan bezuinigen. In september 1984 krijgen we als afdeling fysiotherapie de opdracht aan te geven waar verdere bezuinigingen zouden kunnen plaatsvinden. In de kliniek kunnen de fysiotherapeuten wegens tijdgebrek niet alle behandelingen meer uitvoeren. De reden hiervan is o.a. de toename van het aantal overuren. Om uitbreiding van de klinische werktijd te verkrijgen, wordt de poliklinische werktijd teruggebracht naar die werktijden, waarbij we niet in de kliniek terecht kunnen.
De poliklinische aktiviteiten worden gericht op specialistische en postklinische behandelingen. Het terugbrengen van de polikliniek is een reële bezuiniging. Echter de oorzaak van de overbelasting in de kliniek, nl. de overuren, moet door middel van mindering van oproepen tijdens bereikbaarheidsdienst tot staan worden gebracht. Het ziektepercentage stijgt in dat jaar tot 10,8%. Alle specialisten in het huis ontvangen een brief, waarvan de strekking luidt dat het aantal overuren van de afdeling fysiotherapie te sterk stijgt, ondanks het feit dat bijvoorbeeld het aantal beademingsuren gelijk blijft. Dit veroorzaakt grote problemen aangezien het aantal fysiotherapeuten niet voor uitbreiding in aanmerking komt. De stijging van de overuren gaat ten koste van de dienstverlening overdag. Deze overuren moeten beleidsmatig worden teruggebracht. Gevraagd wordt dan ook dringend terughoudendheid te betrachten in het voorschrijven van bronchiaaltoilet bij patiënten, in het bijzonder buiten de normale werkuren. Drie maanden later geven de overuren een verdere, zij het lichte stijging aan. De maatregel heeft geen positief effekt bewerkstelligd. Er wordt een rapport over de overuren opgesteld. Overzicht 3 geeft een overzicht van de overuren.

Overuren Jaar	1981	1982	1983	1984	1985*
Overuren incl. compensatie	1894	2129	2085	2203	1530*

* Betreft de maanden januari tot en met juli

Overzicht 3

De 1530 overuren van het jaar 1985 zijn gemaakt in zeven maanden, de andere cijfers hebben betrekking op een heel jaar.
Overzicht 4 toont ons de overuren van het jaar 1984 en 1985 welke ontstaan zijn in de avonddienst, tussen 17.15 en 24.00 uur.

Overzicht verrichtingen tijdens bereikbaarheidsdienst over periode 01-01/31-07
Avonddienst
17.15-24.00 uur

Specialisme	1984	1985	Afw. in proc.
A	172	250	43.35
B	237	319	34.60
C	151	238	57.61
D	57	148	159.65
E	8	88	1100.00
Etc.			
Totalen	858	1208	40.79

Overzicht 4

De verrichtingen in de avonddienst in 1985 zijn gestegen met ruim 40 procent vergeleken met dezelfde periode in 1984. Overzicht 5 toont de overuren welke in de nacht ontstaan en wel tussen 0.00 en 8.00 uur.

Overzicht verrichtingen tijdens bereikbaarheidsdienst over periode 01-01/31-07
Nachtdienst
0.00-08.00 uur

Specialisme	1984	1985	Afw. in proc.
A	80	164	105.00
B	144	276	91.66
C	69	133	92.75
D	5	141	2720.00
Etc.			
Totalen	450	838	86.22

Overzicht 5

De stijging van de verrichtingen tussen 0.00 en 8.00 uur in 1985 bedroeg ruim 86 procent ten opzichte van dezelfde periode in 1984. Ter illustratie het volgende; in het gehele jaar 1984 vonden 's nachts 752 verrichtingen plaats. In de eerste zeven maanden van 1985 waren dit 838 verrichtingen. De stijging van het aantal verrichtingen buiten de normale werkuren maken een nadere beschouwing wenselijk. Overzicht 6 geeft de avond- en nachtverrichtingen, verdeeld naar de lokatie, van respectievelijk 1984 en 1985 over eenzelfde periode.

Overzicht avond- en nachtverrichtingen naar lokatie over periode 01-01/31-07

	17.15-24.00 Avond		0.00-08.00 Nacht	
Lokatie	1984	1985	1984	1985
A	388	588	303	543
B	16	45	11	25
C	80	154	18	38
D	8	88	5	141
E	41	113	23	41
Etc.				
Totalen	806	1208	400	838

Overzicht 6

Gerhartl,
We zullen de werkdruk van onze diensten moeten verduidelijken, het liefst met harde gegevens.

Overzicht 7 laat enkele specialismen zien waar de afdeling fysiotherapie een groter aantal verrichtingen maakt dan andere specialismen.

Overzicht verrichtingen ontstaan tijdens bereikbaarheidsdienst 1984 per specialisme

Specialisme	Avond	Nacht	Weekend
A	265	123	499
B	390	253	586
C	282	127	624
D	150	54	277
E	69	33	318
Etc.			
Totalen	1448	752	2964

Overzicht 7

Uitgaande van de specialismen, die procentueel de sterkste stijging te zien geven, in samenhang met het aantal verrichtingen, hebben we een overzicht gemaakt met daarin vermeld de diagnose per specialisme. In dit overzicht zijn de diagnosen gekozen met het grootste aantal fysiotherapeutische verrichtingen tijdens de bereikbaarheidsdienst. Overzicht 8 is een voorbeeld van één specialisme.

Overzicht specialismen naar diagnose en avond-/nachtverrichtingen

Specialisme	Diagnose	Avond-	Nacht-
		Verrichtingen	
A	Carcinoma tractus respir.	84	86
	Aspiratiepneumonie	56	94
	Longinsufficientie na trauma/operatie	50	33
	Thoracotomie/lobectomie	60	36
	Totaal	250	249
	Werkelijk aantal verrichtingen	319	276

Overzicht 8

Het gaat om een relatief kleine groep patënten waarop deze diagnosen van toepassing zijn. De groep patiënten heeft wegens de aard van het ziektebeeld, vaak gecombineerd met andere ziektebeelden en/of andere operaties, een intensieve behandeling nodig. Het aanbod van deze patiënten is een gevolg van het ziekenhuisbeleid waarbij ernaar wordt gestreeft het R.K.Z. een centrumfunctie in de regio te laten vervullen. Daarnaast ontstaat een groter aanbod door afdelingen waarbij intensieve behandeling een kenmerk is, bijvoorbeeld het Brandwondencentrum en Intensive Care. Als gevolg van dit beleid wordt de afdeling fysiotherapie zwaar belast. Deze belasting vloeit mede voort uit CAO-regelingen ten aanzien van de compensatie wegens overwerk. De compensatie wegens overwerk staat nl. niet in verhouding tot het aantal verrichtingen. Door dit praktijkvoorbeeld moge blijken dat het aantal verrichtingen op een afdeling fysiotherapie geen goede maatstaf is om hieruit het budget af te leiden.

PRAKTIJKVOORBEELD NIEUWE SPECIALISTEN

Ook in ons ziekenhuis kwam het verzoek om een instroomarts binnen een bestaande specialistenmaatschap op te nemen. Tussen de N.Z.R. en de L.S.V. is een intentieverklaring opgesteld, waarin over 'een garantie van gelijkblijvende kosten voor het ziekenhuis wordt gesproken'.
In het gesprek met de directeur worden de volgende opmerkingen hierover gemaakt.

- Uitgaande van de intentieverklaring tussen N.Z.R. en L.S.V. zou de instroomarts tijdens afwezigheid van de zittende specialisten van dat specialisme geen gebruik maken van de operatiekamers, indien het budget van de afdeling fysiotherapie gelijk moet blijven.
- De beide betrokken specialisten van dat specialisme zijn samen zestien weken per jaar afwezig in verband met vakantie en congressen. In die periode vindt er altijd een duidelijke daling van het aantal patiënten c.q. fysiotherapeutische verrichtingen plaats. In deze periode geven we ook meer personeel vrij van dienst. Deze perioden zouden bij de komst van een instroomarts voorbij zijn. Immers deze opereert nu in de plaats van de afwezige collega's.

De fysiotherapeutische verrichtingen zouden stijgen, en de afdeling fysiotherapie kan dit niet binnen het budget opvangen.
Het blijkt dat ook de ondernemingsraad niet zondermeer wil aannemen dat er geen verhoging van de werkdruk in het ziekenhuis zou ontstaan. Ongeveer een half jaar later hebben wij de opdracht gekregen te berekenen met hoeveel extra formatieplaatsen de afdeling fysiotherapie zou moeten worden uitgebreid om de verhoging van de werkdruk op te vangen.
De verzorging van de fysiotherapeutische verrichtingen van dat specialisme bedroeg in 1984 2.03 formatieplaats, waardoor de volgende eenvoudige rekensom is ontstaan

$$\frac{16 \text{ weken}}{52 \text{ weken}} \times 2.03 = 0.62 \text{ menskracht.}$$

Het budget werd verhoogd.
Natuurlijk zal in de toekomst bekeken moeten worden of de argumentatie klopt met de werkelijkheid. Is dat niet het geval dan zal het budget aangepast moeten worden, zowel in negatieve als in positieve zin.

F. G. Gerhartl
Hoofd Fysiotherapie
R.K. Ziekenhuis Groningen

DE LINKERHAND, DIE WEET

Als Fysiotherapeut weet u maar al te goed dat uw handen instrumenten zijn die gecoördineerd dienen te werken. Rust en concentratie in uw praktijk zijn van essentieel belang. U dient niet gehinderd te worden door administratieve rompslomp. Maar weet u alles van uw administratie? Loopt die gesmeerd? Want een goede administratie is als een rechterhand. Daarom heeft Logic Data een software-programma samengesteld "op maat gesneden" voor de praktijkvoerende fysiotherapeut. Een unieke oplossing om snel en efficiënt orde op zaken te stellen in uw administratie. Met als prettige bijkomstigheid een stabielere liquiditeitspositie.

Wat doet het LogicData Fysio-Basis-Pakket voor u?

Het uitgekiende gebruikersvriendelijke systeem maakt allereerst uw administratie efficiënt en overzichtelijk. Perfecte declaraties aan de ziekenfondsen en particuliere patiënten voorkomen stagnatie of strubbelingen bij betalingen. Zeer bevordelijk dus voor uw liquiditeitspositie. Maar ook andere financiële zaken zijn geknipt voor dit systeem. Vlot en foutloos wordt uw debiteuren-administratie bijgehouden. Omzetoverzichten "rollen" met één druk op de knop uit de printer. Ideaal. En zekerheid staat voorop.

EEN NIEUW SYSTEEM DAT DE LIQUIDITEITSPOSITIE VAN DE FYSIOTHERAPEUT EEN STUK STABIELER MAAKT.

Een flexibel meegroeisysteem van Logic Data.

Door de modulaire opzet kan het systeem moeiteloos meegroeien met uw bedrijf. Flexibiliteit in het systeemgebruik vormt een van de aantrekkelijkste voordelen voor u. En het tempo waarin nieuwe funkties worden toegevoegd wordt door u zelf bepaald. Bij dit unieke softwareprogramma hoort een passende computer. Er is zoveel keus dat bijna niemand door de bomen het bos meer ziet. Daarom heeft Logic Data 't kaf van het koren gescheiden en het aanbod teruggebracht tot een keus uit alleen de beste 16 bits merken. Systemen die draaien onder cp/m86 en ms-dos. U bent dus niet hard-ware gebonden.

LOGICDATA
F·Y·S·I·O
BASIS-PAKKET

Wat kost het Logic Data Fysio-Basis-Pakket?

Het Logic Data systeem is geschikt voor zowel grote als kleine praktijken. Logic Data heeft het systeem zo ontwikkeld, in nauwe samenwerking met fysiotherapeuten, dat ook de startende fysiotherapeut er mee kan werken. Een Fysio-Basis-Pakket wat bestaat uit hard- en software, afgestemd op de praktijk van de fysiotherapeut heeft u al vanaf c.a. f 10.000,-. Voor dit bedrag legt u de basis voor een meegroeisysteem waar u de toekomst mee tegemoet kunt treden. Ook voor leasing zijn alle mogelijkheden aanwezig.

WAT DE RECHTER DOET.

Demonstratie in uw praktijk.

't Kan zijn dat u niet zelf, maar b.v. uw secretaresse met het systeem gaat werken, of misschien wel meerdere participanten. Daarom komt Logic Data voor een uitgebreide demonstratie naar uw praktijk zodat u kunt kennismaken met het systeem en z'n vele voordelen.

Dat kan vaak al heel veel problemen voorkomen.

Service verlening is het vak van Logic Data

Als u met het Logic Data systeem gaat werken is 't van groot belang dat u verzekerd bent van continuïteit. Logic Data geeft u die zekerheid.
Is er eens een probleempje, één telefoontje en wij staan voor u klaar en verhelpen het een en ander. Uiteindelijk zijn wij weer uw rechterhand.

LOGICDATA

HET KOMPLETE SYSTEEM VOOR DE FYSIOTHERAPEUT

Logic Data kènt de kneepjes van de Fysiotherapeut.

BON

voor die onontbeerlijke rechterhand.

☐ Stuur mij gratis en vrijblijvend documentatie
☐ Maak een afspraak voor een bezoek van uw adviseur
☐ U kunt mij bellen voor het maken van een afspraak voor een demonstratie.

Naam: _____
Praktijknaam: _____
Adres: _____
Postcode: _____
Woonplaats: _____
Telefoon: _____

S.v.p. opzenden in gesloten, gefrankeerde envelop aan Logic Data bv, Rijswijkseweg 31, 2516 ED Den Haag

LOGICDATA

Rijswijkseweg 31, 2516 ED Den Haag,
Telefoon 070-88 73 28

DE ONTWIKKELING VAN DE INTRAMURALE FYSIOTHERAPIE

HET BELEID VAN DE LVFD

De LVFD vervult ook buiten de intramurale gezondheidszorg een taak; denk bijvoorbeeld aan gezondheidscentra en vrijgevestigde praktijksituaties waar in dienstverband wordt gewerkt en het speciaal onderwijs. Gelet op het thema van deze dag beperk ik me tot de intramurale zorg. Bovendien zal ik me, gezien de tijd, grotendeels beperken tot een vogelvlucht.

Naar mijn mening wordt algemeen te generaliserend gedacht over intramurale zorg. Te veel wordt intramurale zorg geconcentreerd rond uitsluitend de ziekenhuiszorg. Intramurale zorg omvat nog veel meer; verpleeghuizen, revalidatiecentra, zwakzinnigen inrichtingen, enz. De fysiotherapeuten moeten er naar streven dat ze een positieve bijdrage leveren tot de gezondheidszorg, dan gaat het over zeer genuanceerde bijdragen. Fysiotherapie is op zich al een oude aktiviteit, die zich historisch heeft ontwikkeld vanuit de heilgymnastiek met later massage en nog weer later fysiotechniek in engere zin. In 1989 wordt dan ook 100-jaar fysiotherapie in Nederland opgetekend in de annalen. Heeft de fysiotherapie dus sterke wortels in het verleden, de fysiotherapie als volwassen bij wet geregeld beroep is echter zeer jong en dat is te merken.

De fysiotherapie als herkenbaar deelgebied binnen de geneeskunde heeft zich met name de laatste 25 jaar sterk ontwikkeld. Deze ontwikkeling kan via het aanduiden van enkele verschillende lijnen geschetst worden.

ONTWIKKELING

Ik wil de volgende noemen, waarbij ik demografische factoren niet expliciet zal maken. Als eerste mag dan gewezen worden op de snelle ontwikkeling van medische kennis en kunde. Parallel daaraan verliep een evensnelle ontwikkeling van de deelgebieden, dus ook de fysiotherapie. De fysiotherapie ontwikkelde haar eigen, in potentie aanwezige, mogelijkheden. Steeds meer indicaties bleken door fysiotherapie op efficiente wijze behandeld te kunnen worden. De inzet van fysiotherapie groeide navenant.

Een tweede te onderscheiden ontwikkelingslijn is die van toenemende professionaliteit. Dit geldt voor nagenoeg alle beroepen in de gezondheidszorg, dus zeker ook voor de fysiotherapie. In het proces van volwassen worden gaat de fysiotherapie zich in toenemende mate manifesteren als een afzonderlijk herkenbaar beroep met een eigen professioneel bepaald terrein en een eigen beroepsindentiteit. De hieraan inherente erkenning werd niet alleen in legislatieve zin verkregen, maar ook in de dagelijkse praktijk van het samenspel van de verschillende beroepen in de gezondheidszorg.

In de derde plaats wil ik de aandacht vestigen op de in de achterliggende decennia sterk wijzigende opvattingen in de samenleving over gezondheid en ziekte. Het gaat hierbij om begrippen als 'kwaliteit van leven', 'kwaliteit en wijze van functioneren in een samenleving'. Andere en zwaardere eisen werden gesteld aan de fysieke en psychische mogelijkheden om op bevredigende wijze in de verschillende samenlevingsverbanden te functioneren. Ook geven de veranderingen in de samenleving en de eisen die daarvan op de mens inwerken aanleiding tot het 'ontstaan' van meer cultuurbepaalde ziektebeelden, zoals hart- en vaatlijden en insufficienties ten gevolge van bewegingsarmoede. De fysiotherapie bleek in de benadering in deze zowel in preventieve als in curatieve zin tot een, wellicht voor buitenstaanders verrassende, maar wel wezenlijke voorzieningen uit te groeien.

BEROEPSOMSCHRIJVING ALS BASIS

Wat bij de fysiotherapie centraal staat is in de onlangs verschenen Beroepsomschrijving Fysiotherapeut als volgt onder woorden gebracht:

Binnen de gezondheidszorg richten hulpverleners zich op de zorg voor een gezond bestaan. Gezondheidszorg is streven naar lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. Dit geeft een in principe niet statische toestand van een individu aan, waarvan het functioneren geen reden tot klachten geeft, zowel naar eigen oordeel en/of volgens deskundigen. Het gaat daarbij om zowel het geestelijk als lichamelijk functioneren, afgemeten naar de vermogens van het individu en bezien vanuit de situatie waarin het individu zich bevindt. Dit alles getoetst aan bestaande inzichten afhankelijk van de stand van de wetenschap, de doeleinden in de gezondheidszorg, de tijd waarin men leeft, cultuurpatronen en maatschappelijke opvattingen.

Fysiotherapie omvat het met behulp van behandelmethoden als massagetechnieken, bewegingstechnieken en fysiotechnische middelen, gericht beïnvloeden, op basis van een positieve intermenselijke relatie, van een in zijn functioneren belemmerde medemens. Hierbij is het lichamelijk facet van zijn belemmerd zijn het primaire aangrijpingspunt. Fysiotherapie is een wijze van begeleiden in de zin van voorzorg (preventie), zorg en nazorg. Voor

10 JAAR LVFD

LVFD VOOR INDIVIDUELE BELANGENBEHARTIGING

De individuele belangenbehartiging bestaat uit het geven van informatie en advisering.

In het kader van informatieverstrekking heeft de LVFD een aantal brochures beschikbaar gesteld ten behoeve van haar leden

- De fysiotherapeut en de OR
- Dienstverband? LVFD!
- Loondienst

LVFD-leden krijgen periodiek een ledenbrief. Verder kunnen LVFD-leden kosteloos juridische adviezen inzake dienstverband kwesties ontvangen, omtrent o.a.:

- arbeidskontrakten
- salarissen
- CAO-aangelegenheden
- geschillen tussen werknemer en werkgever (schorsing, e.d.)
- pensioenkwesties

een belangrijk deel is dit samen te vatten in de vaststelling dat de fysiotherapie zich bezighoudt met het bewegend functioneren van de mens.
De achterliggende jaren gaven dus ontwikkelingen en groei aan. Groei in het beroep; groei in de mogelijkheden; groei dus ook in het te bestrijken vraaggebied; groei ook in het gebruik van de voorziening fysiotherapie. Kortom groei van het aantal werkzame fysiotherapeuten.

Er is geen enkele aanleiding om te veronderstellen dat de fysiotherapie thans haar grenzen heeft bereikt. Ook los van de preventie, waar de feitelijke toepassing van de fysiotherapie in wezen nog in de kinderschoenen staat, geeft de dagelijkse praktijk te zien dat de mogelijkheden nog niet uitgeput zijn. Indicatie daarvoor mag bijvoorbeeld zijn de ontwikkelingen in de richting van verbijzonderingen. Verdere ontwikkeling is ook logisch. Fysiotherapie is immers een jong beroep.

DE LVFD IS NOG JONG

De beroepsvereniging voor dienstverbanders LVFD is, met haar 10 jaar, zelfs nog jonger. Opgericht in oktober 1976. Waarom juist toen.
Voor een belangrijk deel om de volgende reden.
De ontwikkelingen waarop ik wees leidden in de 60-er en 70-er jaren in sociaal maatschappelijke zin tot een zeer grillig en onoverzichtelijk geheel in de intramurale gezondheidszorg, om te beperken tot het thema van vandaag.
De sterke groei ging immers niet volgens mooie en overzichtelijke, over het gehele land gelijke patronen. Er was een situatie ontstaan van een wirwar van regelingen ondermeer op arbeidsvoorwaardelijk c.q. rechtspositioneel gebied, maar ook wat betreft de inzet van de verschillende beroepen in de verschillende instellingen.
Er werd een sterke behoefte gevoeld aan structurering in 1976 mede uitmondend in de eerste CAO voor het ziekenhuiswezen en afspraken over een voor de hele sector te hanteren functiewaarderingssysteem.
In de eerste jaren van haar bestaan richtte de LVFD zich dan ook op het zo goed mogelijk bijdragen tot die structurering en consolidatie, waarbij het streven erop gericht was de belangen van de fysiotherapeuten in dienstverband op verstandige wijze uit de verf te laten komen. Een belangrijke aktiviteit was daarbij het vinden van een plaats in die organen en overlegstructuren die daarbij van wezenlijke betekenis zijn.
Hoewel de werkzaamheden vele waren kon de LVFD daarbij in een aantal opzichten opereren in de luwte. Immers de beroepsinhoudelijke ontwikkeling werd gekanaliseerd in het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, waarbij de LVFD aangesloten is.

Van Leeuwen,
Onderzoek van de LVFD wees uit dat het gemiddeld aantal verrichtingen in 1982 was gegroeid tot het te hoge aantal van circa 5000; door het COTG wordt circa 4200 als normaal beschouwd.

Doordat de gezondheidszorg een duidelijke groeisector was in de 60-er en 70-er jaren leverde het arbeidsplaatsenbeleid geen echte problemen op.
In het eerste deel van mijn bijdrage heb ik een aantal zaken de revue laten passeren. Het zal u opgevallen zijn dat woorden als 'ontwikkeling' en 'groei' vaak voorkwamen. Dit gebeurde niet per ongeluk.
Voor de hele sector was dat de typering. Bovendien gaf alles aan dat verdere groei in de lijn der verwachtingen lag.
En dan bedoel ik niet groei in de zin van het ongelimiteerd volstoppen van het land met gezondheidszorgvoorzieningen. Wel bedoel ik het evenwichtig verder ontwikkelen van goede zorgverlening, passend bij de behoefte daaraan.
De realiteit is echter anders gebleken. Vanaf het begin van de 80-er jaren werd in toenemende mate de indruk gewekt dat 'het te dol was geworden', dat er 'beheerst moest worden' etc.
Vanaf dat moment werd de gezondheidszorg en werd de fysiotherapie geconfronteerd met allerlei maatregelen ter beheersing. Ontdaan van alle franje moet vastgesteld worden dat er vanaf dat moment sprake was van platweg bezuinigen en beperken. Vastgesteld moet ook worden dat de motieven daarvoor zeker niet te maken hebben met gezondheidszorg, maar alles met financiële problematiek van de overheid.

HET AANBOD ONDER DRUK

De vraag ging, overigens terecht, gewoon door met zich te ontwikkelen. Frappant genoeg bleken de mensen nog wel behoefte te hebben aan genezing en voorkoming van klachten.
Ik zal u niet lastig vallen met gedetailleerde opsommingen van maatregelen en effekten. Ik beperk me ook hier tot het aangeven van enkele hoofdlijnen.
Als eerste wijs ik op zaken als rigoreuze beddenredukties en, daarmee samenhangende, ligduurverkorting en fusies.
Gegeven een toenemende vraag betekent dit in feite een beperking van de beschikbaar gestelde behandelcapaciteit.
Daarnaast is sprake van een vergrote behandelintensiteit in de klinische fase, waarbij overigens in toenemende mate patiënten het ziekenhuis te vroeg moeten verlaten. Ten gevolge hiervan komen extra accenten te liggen op de noodzakelijke postklinische behandeling in de polikliniek. De praktijk van de laatste jaren wijst inderdaad uit dat dit aandeel in de poliklinische aktiviteit sterk gegroeid is.
Zulks overigens, zoals ook het NZI laat zien, bij een procentuele daling van de totale poliklinische aktiviteit. Uit de praktijk blijkt dat de verklaring hierin is gelegen dat de poliklinische aktiviteit tengevolge van direkte verwijzing uit de eerste lijn gedaald is. Niet alleen omdat de vraag er niet is, maar deels omdat er geen tijd meer voor is en deels doordat verschillende ziekenfondsen verkleining van de polikliniek als beleid kozen.
Als tweede wijs ik op de systematiek van de budgettering. In 1983 ingezet. Op zich als systeem door de LVFD niet afgewezen. De budgettering moet echter wel op de goede wijze worden toegepast.In de

periode voor 1983 gold het systeem van COTG-richtlijnen. Plat gezegd kwam dit neer op: meer produktie betekent meer inkomsten. Niet voor de fysiotherapeut overigens, maar voor de directie. Vastgesteld moet worden dat niet iedere fysiotherapeut bestand was tegen de neiging van directies om de produktie fors op te voeren.
Onderzoek van de LVFD wees uit dat het gemiddelde aantal verrichtingen in 1982 was gegroeid tot het te hoge niveau van ca. 5000. Ter vergelijking: door het COTG werd ca. 4200 als normaal beschouwd.
Bij juiste toepassing van het budgetteringssysteem kon eindelijk weer op basis van reële behoefte en voorzien van normale kwaliteitscriteria fysiotherapie worden bedreven. De fysiotherapeuten en de LVFD wilden die slag graag aan en willen dat nog steeds. Toedeling van middelen op basis van interne prioriteitskeuzen geeft iedereen gelijke kansen. Uiteraard met bevoegdheden en verantwoordelijkheden.
De realiteit is echter anders. Tot nu toe is de budgettering immers een zeer effectief bezuinigingssysteem gebleken. Bovendien bleken fysiotherapeuten 'ingeschaald' te worden op het te hoge produktieniveau van de oude situatie. Via de interne budgetteringssystematiek werd geen soelaas geboden. U zult zeggen: Waar minder is kan minder gegeven worden. Op zich is dat begrijpelijk. Jammer is wel dat gebleken is dat deze pijn niet evenredig verdeeld wordt. Nadeel is dat fysiotherapie kennelijk voor de politiek niet zo'n hot item is.
Feit is dat, en de praktijk wijst dit uit, de budgettering in elk geval voor de fysiotherapie geen oplossing biedt.
De neergaande spiraal is versterkt door de zo genoemde arbeidsduurverkorting die, hoewel voor meer dan 100% betaald door de werknemers, althans bij de fysiotherapie niet of nauwelijks tot herbezetting heeft geleid. Ook nu geldt dat de behandelvraag toeneemt. De fysiotherapeut mag door een grotere arbeidsinspanning zijn eigen herbezetting verzorgen. Daar wellicht op inspelend heeft de NZR bevorderd dat zaken waar vroeger verlof voor werd gegeven, zoals studie, doktersbezoek en ander buitengewoon verlof thans in eigen tijd c.q. ADV-tijd geschieden; een wel erg subtiele wijze van herbezetting.
Steeds duidelijker blijkt dat, om de kwaliteit van de zorgverlening althans enigszins op peil te houden, fysiotherapeuten in hun idealisme bereid zijn om gratis over te werken.

Wellicht zult u denken dat een dergelijke attitude verwacht mag worden van functionarissen op niveau met een ongetwijfeld daarbij passend salaris. Het zij zo. Het is echter wel interessant om te bedenken dat de beginnend fysiotherapeut een netto maandsalaris ontvangt dat ca. *f* 200,— hoger is dan het minimumloon. Na 10 jaar noeste arbeid is zijn salaris in de huidige situatie gegroeid tot het duizelingwekkende bedrag van ca. *f* 3.600,— bruto per maand. Nog ongerekend de pakketvergelijking een boeiende zaak. Het zal u wellicht niet verwonderen dat de NZR in het kader van de CAO-onderhandelingen een algemene salarisdaling niet uitsloot als mogelijkheid om eruit te komen.

LVFD AKTIEF

Op al deze punten is de LVFD als beroepsvereniging op zoveel mogelijk niveaus aktief. Zowel bij de overheid als in de particuliere sector. Een groot deel van de inspanning is gericht op het beleidsveld arbeidsplaatsen. Maatgevend is daarbij dat in een normale werktijd op kwalitatief verantwoorde wijze fysiotherapie moet kunnen worden bedreven. Niet meer en ook niet minder. Indien met de huidige capaciteit derhalve in de feitelijke vraag niet voorzien kan worden liggen de keuzemogelijkheden voor de hand. De keuze moet dan echter wel gemaakt worden, ook al zou het betekenen dat bepaalde specialisten niet of althans minder en later geholpen kunnen worden. Ook kan natuurlijk de capaciteit op niveau gebracht worden.
Ook het beleidsveld arbeidsvoorwaarden vraagt aandacht. Het zal u niet ontgaan zijn dat het overleg in de particuliere sector 'moeizaam' verloopt. De overheidssector is anders, daar is immers van echt gelijkwaardig tweezijdig overleg nooit sprake geweest, zodat moeilijk gesteld kan worden dat dat moeizaam verloopt. Ook daar echter problemen.
In wezen is het simpel. Wanneer de beschikbaargestelde ruimte zelfs onvoldoende is om de huidige arbeidsvoorwaarden te financieren is er geen overlegbasis. Ik spreek dan nog niet eens over rechtvaardige wensen in het kader van de overwerkregeling voor deeltijders, echte herbezetting van ADV-tijd, professionele statuten, het op peil brengen van primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden etc.
Over dergelijke zaken hoeft niet gesproken te worden. In de ambtenarensector gloeit overigens een klein lichtpuntje: deeltijders zullen in de uren na 18.00 uur een overwerkvergoeding ontvangen, ook al hebben ze de 40 uur nog niet volgemaakt.
Het voorgaande betekent niet dat het hoofd in de schoot gelegd moet of zal worden. Integendeel de LVFD gaat onvermoeid verder. Voorkomen moet immers worden dat er – om de voorzitter van de FHZ te citeren – in Nederland blijvend vier soorten mensen ontstaan n.l.:

- werkers in de marktsector
- ambtenaren
- werkers in de gepremieerde en gesubsidieerde sector
- en uitkeringstrekkers.

TENSLOTTE

Ik weet dat het Jan Hein Donner was, die sprekend over een verblijf in een instituut voor gezondheidszorg zei: 'Je hebt hier maar één vriend en dat is de fysiotherapeut. Niet omdat alle fysiotherapeuten zo vriendelijk zijn, maar omdat ze uit hoofde van hun vak met grote regelmaat een tijd daadwerkelijk met hun patient bezig zijn, vrijwel altijd vereist een fysiotherapeutische behandeling de lijfelijke aanwezigheid.'
Minder fysiotherapeuten betekent dan ook, minder patiënten behandelen. Dat moet dan ook maar gebeuren, dan bewijst de behoefte zichzelf.

H. J. van Leeuwen,
Hoofd Paramedische Dienst
Revalidatiecentrum 'Blixembosch'.

Blank, direkteur van het adviesbureau van de VVAA, biedt de LVFD een boekje aan dat handelt over praktische zaken waarmee degenen die in dienstverband werken in aanraking komen. Dit boekje is het resultaat van een samenwerking tussen VVAA en LVFD en is door leden van de LVFD op te vragen.

PRIJS VOOR DE BESTE PUBLICATIE

Op vrijdag 10 oktober werd voor de vierde maal de 'Van Reijsen Stimulans' uitgereikt. Deze prijs is bestemd voor de auteur of auteurs van het beste artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, gebaseerd op eigen onderzoek.
Voor 1985 kende de jury de prijs toe aan de heren W. J. Adriaanse en A. W. van Nugteren voor hun artikel 'Het effekt van het enkeltapen op de M. Peroneus Longus tijdens het lopen'.
De vele belangstellenden bij deze prijsuitreiking, waaronder de initiatiefnemer, het ex-hoofdbestuurslid Van Reijsen, werden ondermeer toegesproken door de heer Helders, hoofdredakteur van het Tijdschrift. Hij stelde in zijn inleiding:

In de afgelopen vier jaar heeft het de fysiotherapie niet aan belangstelling ontbroken. Naast de minder populaire maatregelen die met betrekking tot de fysiotherapie zijn genomen, zijn er heel duidelijk ook positieve ontwikkelingen gaande. Als belangrijkste kan wellicht genoemd worden de intentieverklaringen die op verschillende plaatsen zijn geuit om te komen tot meer samenwerking tussen het HBO en het Wetenschappelijk Onderwijs. AIO-schappen behoren waarschijnlijk in de zeer nabije toekomst tot de mogelijkheden, waarmee het promoveren van fysiotherapeuten in zicht lijkt te komen. De roep om meer wetenschappelijk onderzoek kan daar voor een gedeelte mee worden beantwoord. Of dat alleen verdieping en fundering van het vakgebied betekent waag ik te betwijfelen. Daar lijkt veel meer voor nodig.
Zijn we oorspronkelijk voortgekomen uit de lichamelijke opvoeding, thans moeten wij ons nog steeds ontworstelen uit de omklemming van verschillende medische disciplines, waarbij neurologie, orthopedie en revalidatie-geneeskunde als belangrijkste voogden kunnen worden genoemd. Het gegeven dat fysiotherapeuten veel patiënten uit deze deelgebieden behandelen, maakt de fysiotherapie nog niet tot een gedeelte van het deelgebied zelf. De inhoud van het vak wordt door zijn beoefenaren voor een groot deel zelf bepaald en niet door de verwijzers. We raken hiermee aan de identiteit, de eigenheid van de fysiotherapie als vak. Als we kijken naar datgene dat het fysiotherapeutisch onderzoek wordt genoemd, moeten we vaststellen dat het eigenlijk bestaat uit onderdelen van het algemeen lichamelijk onderzoek, waarbij het biometrisch aspect de overhand heeft en gedeelten uit het specialistisch neurologisch en orthopedisch lichamelijk onderzoek.
Hiermee wordt de fysiotherapie bewust of onbewust in het verlengde van genoemde medische specialismen geplaatst en blijft het gevaar van chaparoneren aanwezig, terwijl bovendien het specifieke karakter van het lichamelijk onderzoek door de fysiotherapeut voor niemand duidelijk wordt, dus ook niet voor de verzekeraars. Waarom zou de verzekeraar een consult fysiotherapie betalen, als dat geen andere, specifieke gegevens oplevert dan een grondig uitgevoerd algemeen lichamelijk onderzoek door de arts?
Een consult logopedie wordt om reden van zijn specifieke karakter immers wèl gehonoreerd.

Drs. P.J.M. Helders: wetenschappelijk onderzoek door fysiotherapeuten vanuit de universiteiten.

FYSIOTHERAPEUTISCH ONDERZOEK

Het argument dat artsen niet voldoende tijd nemen of hebben voor een grondig onderzoek van het houdings- en bewegingsapparaat is mijn inziens niet relevant en niet steekhoudend. Het gaat er om of de medicus de mogelijkheid heeft. Wanneer wij als beroepsgroep vinden dat zulks onvoldoende het geval is, dienen wij een eigen patiëntenonderzoekmodel te ontwikkelen.
De methodologie van het fysiotherapeutische onderzoek dient naar mijn idee niet bepaald te worden door het feit of men in het bezit is van de aantekening manuele therapie, NDT, haptonomie of Cyriax.
Wil men zich bovendien nog bezighouden met research naar de effecten van fysiotherapie, dan zal men een algemeen, door iedere fysiotherapeut te hanteren lichamelijk onderzoek dienen te ontwikkelen. Hierbij dient de eigenheid van de fysiotherapie gestalte te krijgen, zodat het voor de andere medische beroepsbeoefenaren in diagnostische zin verrijkend wordt de fysiotherapeut te konsulteren. Medisch en fysiotherapeutisch onderzoek van de patiënt kunnen elkaar dan aanvullen, waardoor niet alleen een beter begrip ontstaat van een ieders kennis en kunde, maar eveneens een betere afstemming van het gezamenlijk therapeutisch beleid worden verkregen.
Opleidingen voor fysiotherapie dienen de curricula wat dat betreft beter op elkaar af te stemmen, zodat iedere fysiotherapeut in Nederland hetzelfde onderzoekmodel van de patiënt hanteert. Dan pas wordt het ook mogelijk gegevens voortkomend uit het patiëntenonderzoek op grotere schaal nader te analyseren en te vergelijken en het daaruit voortvloeiend therapeutisch beleid aan methodologische richtlijnen te onderwerpen.
Dat is naar mijn gevoel ook het gevaar van de huidige tendens iedereen warm te maken voor onderzoek naar de effecten en/of invloed van fysiotherapie. Zolang iedere therapeut op een geheel eigen manier naar bepaalde problemen kijkt en een eigen problem-solving model hanteert, wordt het vergelijken van onderzoeksgegevens zeer moeilijk, zo niet onmogelijk.
De beroepsgroep zou, wanneer alleen gefocust wordt op effect-onderzoek, wel eens bezig kunnen zijn een pyramide op zijn kop te bouwen, met alle risico's van dien.
Een specifiek fysiotherapeutisch onderzoek van de patiënt is een absolute voorwaarde voor het verkrijgen van fysiotherapeutische gegevens, waarop het beleid is en wordt afgestemd. Naast de ontwikkeling van een patiënten-onderzoek model, lijkt de vraag aktueel wie onderzoek moet verrichten naar effecten van fysiotherapie. Los van het feit dat de huidige HBO-er niet of onvoldoende is toegerust voor het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, (is een HBO-er eigenlijk wel een wetenschapper?) lijkt het mij belangrijk dat toch door fysiotherapeuten het voortouw wordt genomen. Zeker tegen het licht van de huidige vrijage van het WO naar het HBO, en de huidige bezuinigingsoperaties in het WO, ontstaat het niet ondenkbare gevaar dat op oneigenlijke gronden de fysiotherapie wordt gebruikt als middel om de verloren gegane mogelijkheden voor onderzoek in het WO aan te vullen.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

De beroepsgroep dient zich dan ook af te vragen of het nu geen tijd wordt voor een wetenschappelijke 'think-tank' fysiotherapie.
Een college waarin academisch gevormde fysiotherapeuten zich bezig houden met het vaststellen van prioriteiten ten aanzien van toekomstig wetenschappelijk onderzoek in de fysiotherapie. Alleen op deze wijze is er door de beroepsgroep nog sturing mogelijk. Een dergelijk adviescollege zou eveneens betrokken moeten worden bij de beoordeling van onderzoekaanvragen ZWO en derde geldstroom. Het wetenschappelijk gezien nog jonge vak is niet gediend met scattering in het onderzoeksveld, maar heeft alleen profijt van bundeling van onderzoeksgegevens en sturing van wetenschappelijk onderzoek. Nogmaals wil ik benadrukken dat fysiotherapeuten hierin het voortouw dienen te nemen, wel gesteund door basiswetenschappers, maar zeker niet aan de hand lopend van deze disciplines. Ontwikkeling leidt immers onvermijdelijk tot het zelfstandig op beide benen kunnen staan. De tijd lijkt rijp om te laten zien of het in de fysiotherapie gaat om een gezond dan wel een gehandicapt kind. Hoewel het in beide gevallen gaat om de ontwikkeling van een volwaardig individu, dient men in het laatste geval te beseffen dat ontwikkeling naar optimale zelfstandigheid niet of slechts met grote moeite realiseerbaar zal zijn. In deze groei naar vakmatige zelfstandigheid, komt eveneens de vraag op ons af of alles onderzocht moet worden in de fysiotherapie. Men zou op dit moment al eens kunnen beginnen met de integratie van die wetenschappelijke gegevens, welke uit andere onderzoeken bekend zijn geworden en welke relevantie hebben voor het fysiotherapeutisch handelen. Nog te weinig wordt fysiotherapeutisch beleid onderbouwd met literatuurgegevens en daarmee wordt handelen tot een dogmatische bezigheid. Als voorbeeld moge dienen het tapoteren, waarvan momenteel voldoende literatuurgegevens voorhanden zijn om een vraagteken te plaatsen bij de effecten daarvan. Ofschoon in relevante medische tijdschriften publicaties verschijnen waarin geen effect van het tapoteren kan worden aangetoond, gaan toch zeer veel fysiotherapeuten door met het als uiterst effectvol verkopen van deze verrichting. Integratie van literatuurgegevens, ook als blijkt dat het niet strookt met de gevestigde opvattingen in het vak, getuigt van volwassenheid van het vak fysiotherapie en legt de basis van wetenschappelijk denken en handelen. Intercollegiale toetsing kan nooit van de grond komen wanneer wij blijven vasthouden aan oude ideeën en opvattingen. Collegae kunnen elkaar niet toetsen wanneer zij niet alléen een totaal verschillende, maar soms ook een obsolete basis hanteren waarop zij hun handelen rechtvaardigen. Het fundament van de fysiotherapie dient voor iedere fysiotherapeut gelijk te zijn, anders leidt toetsing tot divergeren en versplinteren van het vak. De integratie van de literatuurgegevens moet aan de basis beginnen, in de opleidingsfase dus. Afgestudeerden zouden goed thuis moeten zijn in de relevante literatuur, weten waar ze wat kunnen vinden, hun handelen daar waar mogelijk met literatuurgegevens te onderbouwen, in hun correspondentie met verwijzend medici daar naar te verwijzen, en beslissingen van verzekeraars waar nodig met literatuur te beargumenteren.

V.l.n.r. De initiator, van Reijsen en de prijswinnaars Nugteren en adriaanse.

VAN REIJSEN STIMULANS

Met deze vaststelling t.a.v. bekendheid en omgaan met literatuur ben ik weer terug bij mijn uitgangspunt: De uitreiking van de Van Reijsen stimulans naar aanleiding van een publicatie in het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie (door sommigen hardnekkig 'het blaadje' genoemd).
Als eindredakteur is het mij een bijzonder genoegen om hier vanmiddag aanwezig te zijn. Publiceren is belangrijk voor beroep en beroepsgroep, het betekent je nek uitsteken, zowel voor insiders-vakgenoten als outsiders-lezers. Het betekent op zijn minst dat de auteur het idee heeft een boodschap te hebben. Toetsing vindt dan ook niet plaats door de redaktie; misschien moet ik zeggen, zou niet alleen plaats moeten vinden door de redaktie. Het is juist de discussie tussen auteur en insider-vakgenoot die in het Tijdschrift plaats kan vinden, die de boodschap verheldert en al dan niet consolideert. Het publiceren zou dan ook niet alleen richtlijnen voor auteurs moeten bevatten, maar ook voor het lezerspubliek. Kritisch lezen van zowel wetenschappelijke als vakpublicaties in het eigen Tijdschrift is een van de belangrijkste elementen voor het leggen van een stabiele basis in de fysiotherapie. Het kan bijdragen aan het beargumenteren van het hoe en waarom (problem-oriented en problem solving), en aan het verlaten van 'omdat ik het zo geleerd heb' of 'ik weet dat het werkt'. Echt therapeutisch beleid kan alleen maar tot stand komen, na het grondig afwegen van de 'voor' en 'tegens' en dat op basis van de gegevens, verkregen uit medische diagnose en fysiotherapeutisch onderzoek (u weet wat ik daaronder versta). De outsider-lezer beoordeelt mede op grond van de kwaliteit van het Tijdschrift het nivo van het beroep en de plaats van de beroepsgroep.
De criteria die gelden ten aanzien van het inzenden van kopy, alsmede ten aanzien van de review-procedure dienen daarom garant te staan voor deze kwaliteit. Het op inhoudelijke gronden afwijzen van een publicatie is dan ook geen plagerij van de redaktie of het niet honoreren van het lidmaatschap van het Genootschap, maar een bewaking van het kwaliteitsnivo van het Tijdschrift en daarmee bewaking van ons gezicht naar buiten. In dat licht bezien is het verheugend te kunnen vaststellen dat de jury weer uit een aantal publicaties heeft kunnen kiezen. Alle overige auteurs hier aanwezig wens ik te feliciteren met het feit dat publicaties van hun hand in het afgelopen jaar in het Nederlands Tijdschrift zijn verschenen. Het gaat hierbij om een niet onaanzienlijk aantal, waarmee wellicht bewezen zij dat de fysiotherapie in Nederland inderdaad op weg is naar volwassenheid. De stormachtige perioden die het daarin kent, kunnen, mits goed geëvalueerd, aan deze evenwichtige volwassen wording een belangrijke bijdrage leveren.

FYSIOFISCUS EN FYSIOFINANCIS

UW INKOMEN NA PENSIONERING

De meeste Nederlanders moeten het na pensionering doen met minder dan zeventig procent van het laatst verdiende salaris. Dat is AOW en eventueel verzekerd pensioen (bijvoorbeeld een beroepspensioenregeling) samen. De terugval bedraagt vaak duizenden netto guldens, waarmee van een financieel goed verzorgde 'oude dag' beslist geen sprake meer is.

Ook dit jaar zult u in november en december van diverse kanten worden gestimuleerd om uw eigen financiële vooruitzichten bij pensionering eens goed onder de loupe te nemen en zo nodig maatregelen te treffen. Uw bestaande pensioenregeling vraagt wellicht om een aanvullende voorziening en daar spelen vrijwel alle levensverzekeringsmaatschappijen via media en mailings op in met het aanbieden van zogenoemde lijfrenteverzekeringen. Een zorgvuldige beoordeling van uw situatie nu en straks èn van de verschillende mogelijkheden die verzekeraars kennen, is bepaald geen overbodige moeite. Net zo min als het tijdig zorgen voor voldoende zekerheid voor u en uw gezin een overbodige luxe is!

AOW EN AWW

De volksverzekeringen Algemene Ouderdomswet AOW en Algemene Weduwen- en Wezenwet AWW vormen de basis voor iedere pensioenregeling.
In 1957 is de AOW in werking getreden, die in beginsel alle ingezetenen van vijfenzestig jaar en ouder voorziet van een periodieke uitkering. Over 1986 bedraagt de totale AOW-uitkering inclusief vakantieuitkering:

voor gehuwden met toeslag*	: *f* 20.282,70
voor gehuwden zonder toeslag	: *f* 10.141,41
voor ongehuwden	: *f* 14.086,55

* De toeslag geldt voor gehuwden wier partner nog geen vijfenzestig jaar is en is tot 1 april 1988 inkomensonafhankelijk.
De AOW kent een omslagstelsel, wat wil zeggen dat werkenden nu betalen voor de gepensioneerden van vandaag, maar niet voor de eigen uitkering voor morgen. Door onder meer de sterk toenemende vergrijzing staan de uitkeringen onder druk, en rijst de vraag of de AOW (zeker op het huidige niveau) nog wel te handhaven is.
De AWW is in 1959 in werking getreden en voorziet in een periodieke uitkering na overlijden van een verzekerde. De AWW kent drie soorten uitkeringen:

1. een periodieke uitkering aan de weduwe, als zij ten tijde van het overlijden van de verzekerde veertig jaar of ouder is, en/of als zij een ongehuwd kind heeft. De uitkering eindigt op vijfenzestigjarige leeftijd van de weduwe en bedraagt over 1986 (inclusief vakantieuitkering):
   - voor een weduwe zonder kind : *f* 14.086,55
   - voor een weduwe met een ongehuwd kind jonger dan achttien jaar : *f* 20.282,70
2. Weduwen voor wie het bovenstaande niet van toepassing is, ontvangen een tijdelijke periodieke uitkering. Deze duurt zes maanden als de weduwe bij het ingaan van de uitkering jonger is dan zevenentwintig jaar; voor elk jaar dat zij ouder is duurt de uitkering één maand langer, tot maximaal negentien maanden (voor een negenendertigjarige weduwe). Over 1986 bedraagt de tijdelijke uitkering inclusief vakantie-uitkering *f* 14.086,55.
3. Volle wezen tot zeventien jaar en studerende wezen tot zevenentwintig jaar, ontvangen inclusief vakantie-uitkering een wezenpensioen, dat per 1 januari 1986 bedraagt:
   - tot tien jaar : *f* 4.507,76
   - van tien tot en met vijftien jaar : *f* 6.761,36
   - van zestien tot zevenentwintig jaar : *f* 9.015,34

(BEROEPS)PENSIOENREGELING

In de loop der jaren zijn tal van extra pensioenregelingen getroffen. Daarbij denken wij onder andere aan Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen/Medisch Specialisten, Stichting Pensioenfonds voor Fysiotherapeuten, Stichting Pensioenfonds voor Tandartsen en Tandartsspecialisten, Stichting Pensioenfonds voor Dierenartsen, het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds ABP, Stichting Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen PGGM.

Er wordt veelal van uitgegaan dat de hoogte van het pensioen inclusief AOW-uitkering zo'n zeventig procent van het laatst verdiende inkomen moet bedragen; een percentage dat in veertig dienstjaren kan worden opgebouwd (dat is dus 1,75% per jaar). Overigens is het de vraag of de gestelde kosten van (maximaal!!) zeventig procent van het laatst verdiende inkomen voldoende is om na pensionering op vergelijkbare voet door te kunnen leven. Vrije tijds-bestedingen brengen immers ook hun kosten met zich mee, en daar is eigenlijk geen rekening mee gehouden.

Zoals eerder vermeld wordt het percentage van 70% van het laatstverdiende inkomen alleen behaald indien veertig dienstjaren kunnen worden volgemaakt. Bij minder dienstjaren geldt een evenredig lager percentage. Ter illustratie:

	40 dienstjaren	30 dienstjaren
Stel, bruto jaarinkomen	*f* 100.000,—	*f* 100.000.—
Franchise*, i.v.m. inbouw AOW-uitkering	*f* 28.571,—	*f* 28.571,—
Pensioengrondslag	*f* 71.429,—	*f* 71.429,—
Jaarlijkse opbouw (1,75% van de pensioengrondslag)	*f* 1.250,—	*f* 1.250,—
Totaal op te bouwen in resp. 40 en 30 dienstjaren	*f* 50.000,—	*f* 37.500,—
Stel, AOW-uitkering	*f* 20.000,—	*f* 20.000,—
Totaal inkomen na pensionering	*f* 70.000,—	*f* 57.500,—

* 10/7 AOW-uitkering ad. *f* 20.000,— (fictief)

Bij dertig dienstjaren ontstaat dus al een tekort, t.o.v. het gestelde norminkomen van 70% van het laatstverdiende inkomen, ter grootte van *f* 12.500,—.
Er zijn ook pensioenregelingen waar geen procentuele opbouw (bijvoorbeeld de aangehaalde 1,75%) per jaar geldt, maar waar een vast bedrag per jaar wordt genomen. Bijvoorbeeld de pensioenregeling van de

Stichting Pensioenfonds voor Medische Specialisten waar momenteel een jaarlijkse opbouw van *f* 1.000,80 geldt. Bij dertig dienstjaren wordt hierbij dan een totaal inkomen (inclusief AOW) na pensionering bereikt van ruim *f* 50.000,—, hetgeen vergeleken met ons eerste voorbeeld zelf een tekort oplevert van bijna *f* 20.000,—.
Verder dient goed in het oog te worden gehouden dat bij pensionering vóór de vijfenzestigjarige leeftijd voor een overbrugging van de AOW moet worden gezorgd. Immers de AOW-uitkering gaat in na het bereiken van de vijfenzestigjarige leeftijd.

LIJFRENTEVERZEKERINGEN

Een zogenoemde lijfrenteverzekering is een vorm van levensverzekering met lijfrente-clausule. Dat wil zeggen dat u met het storten van premie een bepaald bedrag (kapitaal) spaart, dat op de door u gewenste einddatum van de verzekering (bijvoorbeeld uw vijfenzestigste verjaardag) tot uitkering komt. Deze uitkering wordt vervolgens gebruikt voor aankoop van een lijfrente. dit is een levenslange periodieke uitkering, die u als aanvullend pensioen kunt zien. Een lijfrenteverzekering is een relatief goedkope manier om te zorgen voor een aanvullend pensioen; de premie is bovendien fiscaal (in 1986 tot *f* 16.697,—) aftrekbaar.
Wellicht besluit u nu dan ook, dat u zo'n levensverzekering met lijfrente-clausule wilt afsluiten.

Het is uitermate belangrijk dat u er dan even de tijd en moeite voor neemt om tussen alle veschillende aanbiedingen van verzekeringsmaatschappijen die verzekeringsvorm te vinden, die u en uw gezin het beste past.

Factoren die daarbij een rol kunnen spelen zijn:
- welk bedrag kan ik aan premie inleggen, en wat krijg ik daarvoor te zijner tijd?
- is het met mijn inkomen wel interessant om het maximaal aftrekbare premiebedrag te storten, of kan ik beter voor minder kiezen?
- kan ik nu wel bepalen of ik tot de einddatum ieder jaar een vaste premie stort, of wil ik een flexibele verzekering die me per jaar vrij laat de storting te verhogen, te verlagen of zelfs helemaal over te slaan?
- welke winstdelingsregeling hanteert de verzekeringsmaatschappij en wat betekent dat in combinatie met het uiteindelijk op te bouwen kapitaal?
- wil ik premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid meeverzekeren, zodat de verzekeringsmaatschappij bij eventuele arbeidsongeschiktheid voor mij de premiestorting overneemt en het beoogde kapitaal toch wordt opgebouwd?
- wat is er nodig als ik voor de einddatum zou komen te overlijden: een uitkering aan mijn erven ter grootte van de tot dan gedane stortingen, ter grootte van het werkelijk opgebouwde kapitaal, ter grootte van het kapitaal dat op de einddatum zou zijn opgebouwd, of helemaal niets?
- kan ik de lijfrente ook gebruiken voor andere doeleinden dan aanvullend pensioen?

U doet er goed aan over deze zaken deskundig advies te vragen aan uw vertrouwenspersoon in financiële en fiscale zaken of uw accountant. Vanzelfsprekend kunt u hiervoor ook altijd terecht bij uw adviseur van de VVAA, die volledig op de hoogte is van alle mogelijkheden. ■

STICHTING WETENSCHAP EN SCHOLING FYSIOTHERAPIE

AUTOMATISERING

Op 4 oktober j.l. werd in de Jaarbeurs Congreszaal het SWSF-symposium 'Automatisering in de fysiotherapiepraktijk' gehouden, dat in samenwerking met het NGF en de VVAA werd georganiseerd. Deskundigen op het terrein van de informatica en medische informatiesystemen namen de ongeveer 350 deelnemers mee in het automatiseringsproces: de voorbereidingen, de stappen en de struikelblokken, de financiële aspecten en de toekomstplannen. Daarnaast konden deelnemers kennis maken met computerbedrijven en hun produkten.

Het bezielende voorzitterschap van prof. G. C. Nielen uit Tilburg bepaalde tijdens het symposium in sterke mate de sfeer. De hier en daar taaie stof verluchtigde hij met vele illustraties, kanttekeningen en vergelijkingen. In zijn inleiding tot het symposium deelde hij o.a. als zijn mening mee, dat het de hoogste tijd was dat de mensen die een computer gaan aanschaffen zich realiseren, dat zij geen kant- en klaar produkt in huis halen. Hij hechtte zeer veel waarde aan de betrokkenheid van beroepsorganisaties om de individuele beroepsbeoefenaar te kunnen beschermen bij de aankoop van computers en software en om de ontwikkeling te helpen sturen in de richting die voor de beroepsgroep aangewezen lijkt.
De heer J. Verburg, informatica-adviseur van Pandata BV te Rijswijk, schetste de verschillende stappen die gezet moeten worden als men verantwoord te werk wil gaan bij het overgaan tot automatische gegevensverwerking in zijn praktijk, welke vragen in elk geval moeten zijn beantwoord alvorens men zelfs maar op zoek kan gaan naar apparatuur en software.
De heer L. Jetten, huisarts en vice-voorzitter van de Stichting Medische Telematica, liet zien welke hindernissen en struikelblokken progressieve fysiotherapeuten wachten als zij over gaan tot automatische gegevensverwerking in hun praktijk. Gelukkig gaf hij ook zeer praktische tips om een aantal van de problemen te voorkomen.
De heer E. J. M. de Louwere, hoofd van de belastingadviesdienst van de VVAA, lichtte de financiële aspecten van automatisering in de fysiotherapiepraktijk toe aan de

SWSFEITEN

hand van enkele gefingeerde omzetbedragen. Een belangrijke conclusie: men moet niet verder investeren dan men aan risico kan dragen. De investering in de aanschaf en invoering van een computer met software moet eigenlijk geen invloed hebben op het noodzakelijk geacht besteedbaar inkomen.
Prof. A. Hasman, hoogleraar medische in-

formatica aan de Rijksuniversiteit van Limburg, liet zien hoe het automatiseringsproces bij de huisartsen – als min of meer vergelijkbare doelgroep – tot nu toe is verlopen. Het motto daarbij was: wat kunnen fysiotherapeuten van hen leren. Enkele belangrijke punten waren: er zijn in ieder geval gebruikersgroepen nodig; in eerste instantie zal slechts een kleine groep gaan automatiseren waardoor er maar plaats is voor 1 of 2 software-firma's, door beroepsorganisaties georganiseerde voorlichtingsbijeenkomsten zijn van groot belang.
Vervolgens discussieerden deelnemers en inleiders over aspecten als privacy, inzagerecht, supertechnische zaken, compatibiliteit of niet, en de betekenis die toegekend moest worden aan het feit dat een aantal bedrijven in de wandelgangen hun hard- en software demonstreerden. Een expositie die overigens grote aantrekkingskracht bleek te hebben op de deelnemers, te oordelen naar de belangstelling bij de verschillende stands. Een feit is dat de kritische noten van de inleiders de deelnemers in staat stelden op hun beurt kritische vragen te stellen aan de exposerende firma's.
De heer J. van Eykeren, secretaris van het bestuur van het NGF, zette uiteen wat de plannen zijn van het NGF met betrekking tot de automatisering. Het NGF verklaarde zich opnieuw te zullen bezinnen op de mogelijkheden die er in deze voor een beroepsorganisatie liggen. Het beleid dat SWSF tot nu toe heeft gevolgd en de ontwikkelingslijnen voor de toekomst onderstreepte het NGF en tevens werd toegezegd dat beide organisaties, waar mogelijk, de handen ineen zullen slaan ten behoeve van de fysiotherapie en de fysiotherapeuten in Nederland. De meest voor de hand liggende activiteit leek te zijn het oprichten van een gebruikersvereniging.
Mevrouw M. G. Dijkstra-de Weys, directeur van SWSF legde vooreerst de relatie tussen dit beroepsinhoudelijk gericht instituut en automatisering in de fysiotherapiepraktijk. Geautomatiseerde gegevensverwerking zag zij als hulpmiddel in de dagelijkse praktijk. De oprukkende automatisering als maatschappelijke ontwikkeling stelt de fysiotherapeuten voor een aantal praktische problemen. Eén oorzaak daarvan is het ontbreken van een algemeen en op zijn waarde getoetst registratie- /classificatiesysteem.
Voor de ontwikkeling van zo'n systeem heeft SWSF een aantal lijnen uitgezet, te weten

- de ontwikkeling van een Basisregistratie- en Informatiesysteem voor de Fysiotherapie;
- de ontwikkeling van een werkbaar systeem voor de dagelijkse fysiotherapiepraktijk (FRIS);
- de ontwikkeling van een verdergaand systeem voor beroepsinhoudelijke aspecten en onderzoek (FRISBO).

Voor de ontwikkeling van het FRIS is in-

Van Eijkeren, secretaris van het Genootschap, geeft aan wat de rol van de beroepsorganisatie is bij automatisering.

zicht nodig in dat wat men in de dagelijkse praktijk nodig acht. Daarnaast is inzicht wenselijk in de knelpunten en onmogelijkheden van geautomatiseerde gegevensverwerking, die fysiotherapeuten reeds ervaren in de praktijk.

VERSLAG SYMPOSIUM

Van het symposium zal geen verslag verschijnen in de normale zin van het woord. Op dit moment zijn verkrijgbaar: de deels uitgebreide samenvattingen van de diverse voordrachten en de financiële berekeningen die de heer De Louwere van de VVAA presenteerde. Dit materiaal is verkrijgbaar door overmaking van *f* 6,— op giro 2313262 t.n.v. Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie te Amersfoort onder vermelding van 'Automatiseringsinformatie'. Daarnaast zullen artikelen en interviews worden opgenomen in Issue 4, 1986, in Fysiovisie en in Arts en Auto.

VERDERE FOLLOW-UP

Op 20 november a.s. houdt SWSF een follow-up-bijeenkomst in het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht. Belangstellenden kunnen zich opgeven voor deelname, bij SWSF, het liefst zo spoedig mogelijk in verband met de voorbereidingen van het programma. Het doel van de bijeenkomst is het uitwisselen en inventariseren van zowel positieve als negatieve ervaringen met automatisering in de fysiotherapie-praktijk. De achterliggende doelstelling is o.a. dat een meer systematische inventarisatie van ervaringen kan helpen bij het zoeken naar oplossingen voor problemen en knelpunten. Daarnaast is voor de ontwikkeling van registratiesystemen, als uiteengezet door mevrouw Dijkstra, de medewerking van fysiotherapeuten nodig die hiervoor belangstelling hebben. Aan deelname zijn geen kosten verbonden. ■

Voor meer informatie verwijzen wij naar het SWSF-scholingsprogrammaboekje. Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie, Van Oldenbarneveltlaan 30, Postbus 1161, 3800 BD Amersfoort. Tel 033-622980.

OPROEP

Voor medewerking aan een onderzoek naar interessante ontwikkelingen in de fysiotherapie binnen verpleeghuizen.
Als gevolg op het bijna afgeronde, onderzoek naar 'kenmerken van fysiotherapie in verpleeghuizen' is gestart met de voorbereiding van een onderzoek naar 'Interessante ontwikkelingen in de fysiotherapie binnen verpleeghuizen'. Voor dit onderzoek wordt gezocht naar afdelingen fysiotherapie in verpleeghuizen die met 'iets bijzonders' bezig zijn. Hierbij kan worden gedacht aan:

- 'nieuwe' taakstellingen (bijvoorbeeld met betrekking tot zwemmen, rolstoelen, orthesen);
- bijzondere benaderingswijzen (bijvoorbeeld met betrekking tot psychogeriatrische bewoners en/of dagbehandelingspatiënten en hun 'thuissituatie');
- interessante behandelmethoden, naar inhoud en naar organisatie (bijvoorbeeld de invoering van het NDT-concept of het werken met groepen);
- goed funktionerende organisatievormen (bijvoorbeeld per afdeling één fysiotherapeut, of juist niet);
- vruchtbare interne en of externe samenwerkingsverbanden (bijvoorbeeld met de verpleging/ziekenverzorging of met verzorgings- en ziekenhuizen);

Afhankelijk van de uitkomsten van het onderzoek zal er te zijner tijd over worden gepubliceerd.
Iedereen die met iets dergelijks bezig is of die een afdeling fysiotherapie kent die een 'interessante ontwikkeling' doormaakt, wordt vriendelijk verzocht, binnen veertien dagen kontakt op te nemen met

Jan van Kampen
fysiotherapeut
Het Karnhuis 21
7335 LE Apeldoorn
055-421670 (privé)
055-330844 (werk)
1844 (werk)

LIDVERENIGINGEN

Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten • Landelijke Vereniging van Fysiotherapeuten in Dienstverband • Landelijke Vereniging van Studenten Fysiotherapie • Vereniging van Multidisciplinair Samenwerkende Fysiotherapeuten • Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in Verpleeghuizen • Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Pré- en Postnatale Gezondheidszorg • Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie • Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg • Nederlandse Vereniging van Fysiotherapie bij Hart- en Vaatziekten.

VMSF

BELEIDSPLAN NIEUW BESTUUR

Na de relatieve rust die ontstond gedurende de interimperiode waarin de opvolging van de aftredende bestuursleden geregeld moest worden, wil het nieuw gevormde bestuur de komende bestuurstermijn gebruiken om het gezicht van de V.M.S.F. duidelijker te profileren. Als funktiegerichte lidvereniging van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie heeft de V.M.S.F. altijd een bijzondere positie ingenomen binnen de struktuur van de beroepsorganisatie. Door de specifieke knelpunten op sociaal-maatschappelijk terrein zowel t.a.v. financiëring van de meerkosten van samenwerking, als de tot stand koming van de C.A.O. gezondheidscentra staan er de komende jaren belangrijke ontwikkelingen te wachten, waarop de V.M.S.F. als lidvereniging, de belangen van de leden zo goed mogelijk zal behartigen. Eén en ander zal in nauw overleg dienen plaats te vinden met de L.V.V.F. en de L.V.F.D. die in eerste instantie de entree voor onderhandelingsmogelijkheden hebben voor zaken aangaande honorering c.q. salariëring van de fysiotherapeuten in de eerste-lijnsgezondheidszorg. Voor de financiële aspekten die te maken hebben met het totale samenwerkingsverband zal er overleg dienen plaats te vinden met de L.V.G. Heeft het accent de laatste jaren meer veelal op beroepsinhoudelijk terrein gelegen, zoals ontwikkelen van een funktieomschrijving, integrale gezondheidszorg, registratie fysiotherapeutisch handelen, de komende periode zal er meer tijd worden gestoken in de voorwaardenscheppende en sociaal-maatschappelijke aspekten, die verbonden zijn aan het werken in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste-lijnsgezondheidszorg. Zeker nu er een struktuurwijziging binnen het Genootschap op handen is, zal de V.M.S.F. ook op sociaal-maatschappelijk gebied aktief blijven, te meer daar het om specifieke en ingewikkelde, meestal financiële problematiek gaat. Er zullen duidelijke werkafspraken met zowel L.V.F.D. als L.V.V.F. gemaakt worden om deze belangenbehartiging te doen funktioneren in de nieuwe struktuur.

De vorming en samenstelling van het huidige bestuur heeft u summier kunnen lezen in de Fysiovisie van september 1986. De volgende taakverdeling is in onderling overleg tot stand gekomen en luidt als volgt:
Voorzitter V.M.S.F: Albert van der Toolen, Nieuwegein
Vice-voorzitter, tevens H.B. lid: Hans Groen, Amsterdam
Sekretaris: Henny in 't Veld, Rotterdam
2e sekretaris: Anita Pijnenburg, Nijmegen
Penningmeester: Jacqueline Steenkiste, Spijkenisse.
Er is nog één vakante zetel waarvoor gegadigden zich kunnen melden bij de sekretaris.
Postadres: Sekretariaat Briandplaats 15, 3068 JJ Rotterdam of Centraal Bureau, Postbus 248, 3800 AE Amersfoort.
Gezien de inwerkperiode van een bijna nieuw bestuur is er besloten de volgende Algemene Vergadering in het a.s. voorjaar te beleggen. Intussen wordt er in bestuurlijke zin niet stilgezeten en worden daar waar noodzakelijk de standpunten van de V.M.S.F. onder de aandacht gebracht. De jaarlijkse themadag die meestal in oktober wordt georganiseerd, bleek op zo'n korte bestuurstermijn niet te realiseren. Toch zijn wij verheugd te kunnen meedelen dat er een thema-middag zal worden gehouden in december a.s. die zeker de moeite waard zal zijn om te bezoeken (zie de aankondiging hieronder).

THEMAMIDDAG VMSF

Vrijdag 12 december 1986.
Alle leden worden hierbij uitgenodigd deel te nemen aan de eerstvolgende thema-middag, welke gehouden zal worden in het V.N.Z. vergadercentrum, Driebergseweg 3 te Zeist, aanvang 13.30 uur.

Als thema is dit keer gekozen:
De toekomstige financieringsstruktuur fysiotherapie in gezondheidscentra.
Hiertoe zal de heer E. v. d. Veen, medewerker van het sekretariaat van de Ziekenfondsraad een toelichting geven. Hierop aansluitend volgt een discussie die voor zowel de dienstverbanders als de vrijgevestigde samenwerkende fysiotherapeut van belang zal zijn om de juiste koers te bepalen in de nabije toekomst. Wij rekenen op uw aanwezigheid en verwachten rondom 16.00 uur de discussie af te ronden. Hierna is er gelegenheid in informele sfeer wat na te praten, onder het genot van een drankje, aangeboden door het nieuwe bestuur.
Fysiotherapeuten die een toekomstig lidmaatschap van de V.M.S.F. overwegen zijn natuurlijk ook van harte welkom op deze middag.

LVSF

BESTUUR BLIJFT AKTIEF

De bestuursleden van de LVSF trokken begin mei het land in. Gewapend met de nieuwe brochure: 'De LVSF doet wat voor de student fysiotherapie' gingen wij bij alle academies langs. Nu, enkele maanden later, kunnen we gaan inventariseren wat deze promotie-campagne ons heeft opgeleverd; dankzij nauwkeurige telling op het Centraal Bureau werd het aantal vastgesteld op 293 nieuwe leden. Deze 293 leden dragen bij aan het totaal dat nu (1 oktober) op 2856 staat.
Ook hebben we op onze 'noodkreet' naar alle leden toe welgeteld tien reacties gekregen. Dit houdt in dat we drukdoende zijn om uit deze tien mensen de nog te bekleden functies binnen de LVSF op te vullen. Op de eerstvolgende kaderdag op 1 november hopen we het allemaal voor elkaar te hebben en we houden jullie natuurlijk op de hoogte!
Ook moeten we jullie nog vertellen wat er veranderd is aan het rapport 'praktijkleerperiode' van het NGF en de VOF. Ondanks duidelijke kritiek, vooral op de financiële paragraaf van dit rapport, tijdens de Hoofdbestuursvergadering van het NGF èn tijdens de ledenvergadering van de VOF is het rapport nauwelijks bijgesteld. 'De bijstellingen in het rapport hebben betrekking op het technisch handelen van de student in zijn PLP en niet op de sociaal-maatschappelijke problemen die hij tegenkomt.
De financiële paragraaf is dus ondanks die kritiek niet veranderd. Dit vinden wij een uiterst treurige zaak en we hopen dan ook dat er in de toekomst beter naar ons geluisterd wordt! 'We laten het er trouwens niet bij zitten. Naar aanleiding van deze zaak zijn in het hoofdbestuur al vragen gesteld door de LVSF afgevaardigde en ook bij de VOF willen we meer duidelijkheid hebben over het weglaten van de door ons aangedragen problemen.'

Bij de VOF hebben we al wel bereikt dat er een onderzoek wordt ingesteld naar onkosten die een stagiair(e) maakt. Aan de ene kant worden de inkomsten voor de student verlaagd terwijl het collegegeld wordt verhoogd.
Als je als stagiair(e) dan ook nog zo'n 500-600 gulden kwijt bent voor het stagelopen, dan blijft er niet veel meer over.
'Hopelijk kunnen we binnenkort ook wat begrip krijgen van onze toekomstige collega's en gezamelijk tot een goede oplossing komen.'

NVFP

NAJAARSBIJEENKOMST

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de pre- en postnatale gezondheidszorg (NVFP) organiseerde 4 oktober 1986 een najaarsbijeenkomst voor haar leden en andere belangstellenden in de Academie voor Fysiotherapie te Leiden.
De titel van deze bijeenkomst was: 'Fysiotherapie bij pathologie tijdens en na de zwangerschap'.
Voor zowel de collega, die zich bezighoudt met het begeleiden van groepen, als de collega werkzaam in de eigen praktijk, had deze dag veel te bieden. Door de bijzonder enthousiaste inzet van drie collega', die ieder vanuit hun eigen achtergrond een inleiding gaven over mogelijkheden van behandelen tijdens en na de zwangerschap, is deze dag in het algemeen als zeer positief ervaren, gezien ook de grote opkomst van 140 deelnemers.
Na een welkomstwoord van onze voorzitter, mevrouw Jet Schut-de Pont en enige uitleg van onze dagvoorzitter mevrouw Marjan Rakers-Bergijk, gaf collega mevrouw Irene Sachs-Piët een duidelijke inleiding over de reflexzonetherapie tijdens de zwangerschap en in de kraamperiode. Collega de heer Geert Aufdemkampe vertelde ons boeiend over de indicaties en contra-indicaties voor fysiotherapeutische applicatie bij klachten in de zwangerschap.
Na een korte koffiepauze werden alle deelnemers in groepen van circa 25 mensen verdeeld en kreeg elke groep een eigen lokaal met als opdracht te discussiëren over de inleidingen en vragen voor de inleiders op te stellen. Elke zogenaamde workshop werd begeleid door een groepsleider die ook namens de groep verslag uitbracht.
Ondanks het krappe tijdschema voor de workshop werden er toch veel vragen gesteld aan beide inleiders die naar ieders tevredenheid zeer enthousiast werden beantwoord.
Na een goed verzorgde lunch gaf collega mevrouw Annemiek Bedet een prima inleiding over fysiotherapie bij symphysiolysis. Helaas was de tijd voor de workshop nu te beperkt dus werden er vanuit de zaal vragen gesteld.
Als afsluiting was er een voordracht van de heer M.F. Schutte, gynaecoloog verbonden aan het O.L.V. Gasthuis te Amsterdam, met als titel: 'Gynaecologie en Fysiotherapie'. Deze voordracht bood tijdens de thee veel gesprekstof.
Terugkijkend op deze zonnige zaterdag is het bestuur van de NVFP zeer verheugd over de inzet van de inleiders en deelnemers en kan deze dag als zeer vruchtbaar beschouwd worden. Het in kleinere groepen werken en praten werd als zeer positief ervaren. Door de beperkte tijd is dit jammergenoeg niet geheel uit de verf gekomen, maar de opzet met de zogenaamde workshops is zeker voor herhaling vatbaar.
Er zal van deze dag een verslag worden gemaakt dat u tijdens de volgende bijeenkomst in april zult ontvangen. Deze voorjaarsbijeenkomst in april 1987 zal worden gecombineerd met de algemene jaarvergadering en meer gegevens daarover zult u in de volgende Fysiovisie lezen.
Tevens was er in Leiden naast de gebruikelijke boekenstand van Dekker en v.d. Vegt een informatiestand van de publiciteitscommissie, waar u o.a. een verslag kreeg van onze voorjaarsbijeenkomst, tevens ons eerste lustrum, van 8 maart 1986 te Utrecht. Leden die verhinderd waren en alsnog dit verslag willen ontvangen, kunnen dit telefonisch aanvragen bij mevrouw Yvonne van Lijf-Nuijtinck, telefoon 030-887615.

INTERCOLLEGIALE BEZOEKEN

Op 16 september jl. is de begeleidingscommissie ingesteld op een bijeenkomst in het Diakonessen Ziekenhuis te Utrecht, waarvoor alle belangstellenden een aanschrijving kregen. Ook werd besloten ten aanzien van de methodiek door te gaan op de ingeslagen weg. De commissie bestaat uit Simone van Dijk (adviseur), Yvonne van Lijf (tevens bestuurslid NVFP), Mary Leber (secretaris, tevens regio-coördinator) en de leden Francis de Bruyne (Maartensdijk), Ockje Krediet (De Meern) en Jolanda Kragten (Hilversum).
De begeleidingscommissie is z'n werk intussen begonnen met het op schrift stellen van een taakomschrijving, waarvan alle belangstellenden te zijner tijd kennis kunnen nemen, en het ontwerpen van een tekst om de geheimhoudingsplicht van bezoekers te regelen. Degenen die al een begin hebben gemaakt met het bijwonen van elkaars lessen wordt verzocht daarvan opgaven te doen bij de regio-coördinator; er wordt dan een formulier toegezonden.
Wat betreft het bezoeken van elkaars les wordt het volgende aangeraden: Formeer een drietal in je woon- of werkomgeving en bezoek elkaar over en weer (twee personen steeds te gast bij één). Dit is een goed aantal voor een onderlinge discussie en afronding van een rapportage. Zie hiervoor ook blz. 176 uit het Tijdschrift voor Fysiotherapie, no. 7/8. Uit juridisch oogpunt is het verstandig de groep cursisten vooraf toestemming te vragen. Een uitgebreide aandachtspuntenlijst is handig bij het afwerken van de rapportage; deze zijn ook te verkrijgen bij de regio-coördinator: M. Leber-Scheenloop, Sophialaan 27, 3761 DJ Soest. Tel. 02155-13534.

MEDEDELINGEN

- 22-26 maart 1987 in Jeruzalem, Israel. International conference on childbearing and perinatal care: implications for childbirth education. Voor verdere inlichtingen mevrouw Yvonne van Lijf-Nuijtinck 030-887615.

- Adreswijziging van de voorzitter van de NVFP, mevrouw Jet Schut-de Pont. Nieuw adres: Tijmhof 1, 4907 BC Oosterhout, telefoon 01620-26304. ■

NVMT

ALGEMENE VERGADERING

De Algemene Vergadering van de NVMT zal op 27 november om 19.30 uur in Hoog Brabant te Utrecht plaatsvinden. De vergaderstukken worden aan de leden toegezonden.

ALGEMENE VERGADERING

Voor alle duidelijkheid: de Algemene Vergadering van het Genootschap op 15 november zal plaatsvinden in

Hotel Amersfoort te Amersfoort.

De vergadering begint om 11.00 uur. ■

POST-AKADEMIALE SCHOLING KINDERFYSIOTHERAPIE

Op maandag 15 september 1986 is het tweede curriculum postakademiale scholing kinderfysiotherapie gestart. Bij de openingsbijeenkomst spraken een aantal inleiders hun verheugende instemming uit met deze post-H.B.O. opleiding. Namens de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde sprak prof. dr. C. Versluijs, hij benadrukte het 'partnerschap' tussen kinderarts en kinderfysiotherapeut in de behandeling van kinderen. Hiervoor is een speciale belangstelling en scholing van belang, maar ook een attitude van de behandelaar die gericht is op het kind.
De heer R. F. Jansma hield, als voorzitter van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, een uiteenzetting over het verbijzonderingenbeleid van het Genootschap. In dit beleid past heel goed een gerichte scholing in een deelgebied van de fysiotherapie, het hele veld van de fysiotherapie is inmiddels zo breed geworden dat dit niet meer door één persoon overzien kan worden. De ethische normen zullen fysiotherapeuten noodzaken om bepaalde behandelingen over te dragen aan meer geschoolde fysiotherapeuten op een bepaald gebied, zonder dat we komen tot 'opdeling' van het beroep van fysiotherapeut.
De hoofdinspecteur paramedische beroepen de heer A. de Wit, hield een warm pleidooi voor het belang van het post-hogerberoepsonderwijs, zo lang dit niet leidt tot een afzondering van het basisberoep fysiotherapeut. Hij sprak zijn vertrouwen uit in deze opzet, die duidelijk meer zijn instemming had dan het idee van de fysiotherapeut voor kinderen.
De directeur van het organiserend instituut, drs. B. L. H. van Berkel, gaf een uitleg over de paramedische academie 'de Uithof', welke meerdere nascholingsprogramma's organiseert. Als onderwijs-man benadrukte hij het kritisch blijven staan t.a.v. een onderwijsprogramma; welke kwaliteit wordt geboden en tegen welke prijs. Een subsidiëring door het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen met betrekking tot het post-H.B.O. programma zou zeer welkom zijn.
Namens de Stuurgroep kinderfysiotherapie sprak de heer R. van Empelen over de inhoud van de opleiding en de relatie met de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de kinder- en jeugdgezondheidszorg. Hij bedankte de inleiders en de gasten voor hun komst.
Met name de heer W. Imandt, die namens het bestuur van de pas opgerichte Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de kinder- en jeugdgezondheidszorg aanwezig was; dr. Lansberg, als voorzitter van het bestuur van de paramedische academie 'de Uithof' en mevrouw M. C. van Lambalgen-Brouwer namens het College van Advies.

Het derde curriculum kinderfysiotherapie zal starten in 1988 en vooraf worden gegaan door een voorbereidend jaar voor belangstellende 'niet N.D.T.'ers'.

NIEUWE LEDEN

Afdeling Achterhoek (33)
Geelink, H. J. Spoorstraat 65 Winterswijk 05430-13807

Afdeling Amsterdam (91)
Remmen, mevr. G. C. P. J. Elisabeth Wolfstraat 12/II Amsterdam 020-183559

Afdeling Arnhem (35)
Vuuren, mevr. C. C. van Woerdstraat 2 Didam 08362-1539

Afdeling Deventer (37)
Haagen-Harmsen, mevr. M. Heemskerkstraat 67 Twello 05712-75459
Langen, C. A. H. van Sanatoriumdwarsstraat 37 Deventer 05700-36087

Afdeling Dordrecht (53)
Lamore, mevr. P. G. Spuistraat 479 Ridderkerk 01804-16960

Afdeling Eindhoven (43)
Borsboom, R. W. W. M. Baelschot 14 Eindhoven 040-815738

Afdeling Friesland (11)
Abma, mevr. I. S. Drakenstraat 9 Sneek

Afdeling 's-Gravenhage (72)
Goei T. L. Julias Rontgenstraat 11 Den Haag 070-250698

Afdeling Groningen (12)
Barendsen, mevr. C. J. Noorderbinnensingel 21/A Groningen 050-180617
Franssen, mevr. G. Marjoleinstraat 88 Groningen 050-411722
Kuiper, mevr. E. J. v. Galenstraat 10/a Groningen 050-131918

Afdeling Haarlem (83)
Bretin-Beugeling, mevr. D. K. Doormanlaan 52 Uithoorn 02975-61319
Houtenbos-Kromhout, mevr. L. Piratenweg 21 Hoofddorp

Afdeling Hengelo (23)
Buchholz, I. Trijpstraat 21 Hengelo 074-436212

Afdeling 's-Hertogenbosch (42)
Martens, G. A. B. M. Lange Dam 17 Vught 073-561044

Afdeling Leiden (72)
Dorlas, mevr. S. Sijpestein 7 Leiderdorp 071-891013
Rijsbergen, mevr. M. A. T. Leeuwenstraat 10 Leiden 071-175075

Afdeling Nijmegen (36)
Onna, mevr. B. van Burg. Gerardtslaan 22 Beuningen 08897-73013
Wojakowski, mevr. M. J. G. H. Groesbeekseweg 73 Nijmegen 080-235159

Afdeling Rotterdam (52)
Scholtes, F. G. A. M. J. van Riebeecklaan 91 Gouda 01820-32357

Afdeling Utrecht Noord West (61)
Hartog, W. H. M. den Graspieper 16 Nieuwegein 03402-47021
Kouwenhoven, mevr. N. Wagenstraat 23/bis Utrecht 030-512422

Afdeling Utrecht Noord West (62)
Liefferink, H. N. Utrechtseweg 56 Amersfoort 033-630898
Steenbeek, mevr. L. A. Griffensteijnseplein 11 Zeist 03404-16004

Afdeling Zeeland (51)
Lijke, K. v.d. Van Dishoeckstraat 256 Vlissingen 01184-10769

Afdeling Zwolle (21)
Lankhorst, mevr. E. A. M. Pr. Hendrikstraat 1 Zwolle 038-212195

Leden woonachtig in het buitenland
Baake J. F. St. Sct. Pederstreede 7 8800 Viborg Denemarken
Bernink, mevr. E. H. M. St. James Hospital P. O. Box 3 Mantsonyane Lesotho Zuid-Afrika
Bye-de Miranda, mevr. I. T. Cattleyastraat 9 Paramaribo Suriname
Schoenmacker, mevr. I. Veia Granda 51 7440 Andeer Zwitserland
Schreuders, A. R. McKean Rehabilitation Institute P.O. Box 53, Chiang Mai 50 000 Thailand
Vinkenvleugel, P. B. M. P.O. Box 484 Mutare Zimbabwe
Vries, G. C. de Erling Saevareid 4320 Hommersak Noorwegen

Aangemeld als buitengewoon lid
Rechtspersonen:
Kadijkerkoog Spinnenkop 5 Purmerend 02990-31311
Verpleeghuis Marienhaven Postbus 6 Warmond 01711-19300
Ziekenhuis De Weezenlanden Groot Wezenland 20 Zwolle 038-299231
Degenen die vermeld staan in het juni nummer van Fysiovisie zijn aangenomen als lid.

AGENDA

GENOOTSCHAP

7 november 1986
Najaarscongres
Fysiotherapie en Tandheelkunde
Jaarbeurs te Utrecht.

11 november 1986
Algemene Vergadering LVVF
Jaarbeurs te Utrecht.

15 november 1986
Algemene Vergadering Genootschap
Hotel Amersfoort te Amersfoort.

AFDELINGEN

AMSTERDAM

11 november, 20.00 uur
Cerebro vasculair accident: epidemiologie en natuurlijk verloop.
Door: G. Kwakkel, fysiotherapeut
Plaats: Projektiezaal, audiovisuele dienst, polikliniek AZVU (t.o. hoofdingang Ziekenhuis) Boelelaan 1117, Amsterdam

12 november, 20.15 uur
Ledenvergadering
1. Opening
2. Notulen van 10 maart 1986
3. Bestuursmededelingen/ingekomen stukken
4. Bespreking agenda 208e A.V. van 15 november
5. A.V.Z.F.
6. Wat verder ter tafel komt
7. Sluiting
Plaats: Krasnapolsky

APELDOORN

11 november, 20.00 uur
Ledenvergadering
Agenda:
1. Contracten medewerkers
2. BVG
3. Evaluatie A.G. Ziekenfondsen t.a.v. 1-4/1-6 maatregel
4. Agenda voor de 208e A.V.
Plaats: Keizerskroon

LEIDEN

6 november, 20.00 uur
Algemene Ledenvergadering
Naast de gebruikelijke onderwerpen willen wij met elkaar van gedachten wisselen over de gedragsregels voor fysiotherapeuten, welke u kunt vinden in de Fysiovisie van oktober.
Plaats: Medische bibliotheek Diaconessenhuis, Leiden.

NOORD HOLLAND NOORD

25 november, 20.30 uur
De dikke knie
Door: Dr.R. Benink, orthopedisch chirurg
Plaats: Verpleeghuis 'Den Koogh', Drs. F. Bijlweg 4, Den Helder

8 januari, 20.30 uur
Capita Selecta
Door: W.J. v.d. Ham, orthopedisch chirurg
Plaats: Verpleeghuis 'Den Koogh', Drs. F. Bijlweg 4, Den Helder

17 maart, **19.00 uur**
Informatie avond over
Lymfedrainage en oedeemtherapie
Door: A. Siemens en W. ter Horst
Plaats: Verpleeghuis 'Den Koogh', Drs.F. Bijlweg 4, Den Helder.

OVERIGEN

KURSUS PERIOSTMASSAGE

28 en 29 november 1986
Inhoud: 15 uur
Theorie:* neurofysiologische,
basis bioregulatoire,
biochronologische aspecten
Praktijk:* onderzoek, registratie, toetsing
* basistechnieken
* toepsssing bij interne indicaties
* toepassing bij traumatologische, orthopedische indicaties
Door: A. Simens, fysiotherapeut, sportleraar, docent T.A.F.
Plaats: Twentse Academie voor Fysiotherapie
Kosten: *f* 235,-
Inschrijving: Schriftelijk bij A. Simens, groepspraktijk fysiotherapie Stroinkslanden, Veldhoflanden 86, 7542 LX Enschede.

ADVERTENTIES IN FYSIOVISIE

Ziekenfondskontrakten en praktijkuren zijn persoonsgebonden en niet rechtstreeks overdraagbaar aan anderen. Praktijkuren en ziekenfondskontrakten kunnen dan ook niet verhandeld worden. Advertenties waarin praktijkuren of ziekenfondskontrakten worden aangeboden of gevraagd, zullen dan ook geweigerd moeten worden. ■

WIJ ZOEKEN WERK

Praktijk voor fysiotherapie **zoekt fysiotherapeut** werkzaam in het gebied van het RZLA
Brieven onder no FV861108 aan Tijl Tijdschriften. Postbus 9943-1006 AP Amsterdam.

Fysiotherapeute, 26 jr., afgest. '82 met 3 jr. ervaring, waarvan 2 jr. in het buitenland, **zoekt vast werk.** Liefst in het zuiden/midden of westen van het land. Gevolgde curs.: Bindw. mass., psychomotoriek. I.b.v. auto. Rian v. Vlucht, Vondelln. 184, 5702 AP Helmond. Tel. bereikbaar 09-3225375998 of via 04723-1732

Gevraagd in partikuliere praktijken te Den Haag.
'Fysiotherapeuten'.
Part- of fulltime in het bezit van een modelovereenkomst met het Z.F. Den haag en Omstreken of als werkend hiervoor en geregistreerd.
Br. o. nr. FV 861102 aan Tijl Tijdschriften. Postus 9943, 1006 AP Amsterdam.

Welke collega-fysiotherapeut(e) wil in mijn snelgroeiende praktijk (met hometeam samenwerking) **meebouwen aan een zekere toekomst.** Alléén kan ik het werk niet meer aan. Een R.Z.R. overeenkomst of hierbij geregistreerde uren zijn een vereiste. Discretie gewaarborgd. Brieven onder nummer F.V. 861107 aan Tijl Tijdschriften.

Enth. fysiotherapeut 29 jr. afgest. '86 **zoekt werk.** Stage- en waarneem-ervaring in p.p. en z.huis. In bezit van auto. Afstand/verhuizen geen bezwaar. 1e jaars MT/Eindhoven. Ruime interesse in andere cursussen. Max Hartvelt, Lindenln 59, Woerden, 03480-10262.

Fysiotherapeut met ruime ervaring in particuliere praktijk en in het bezit van ziekenfondskontrakt RZG **zoekt nieuwe werkkring.** Br.o.nr. FV 861110 aan Tijl Tijdschriften, pb 9943, 1006 AP Amsterdam.

Ter overname gevraagd: **deel van ziekenfondspraktijk R.Z.T.** Prijs n.o.t.k. Brieven onder nr. FV 861111 aan Tijl Tijdschriften, Postbus 9943 – 1006 AP Amsterdam.

Fysiotherapeut – acupuncturist (lid NVA) zoekt naast huidige part-time baan samenwerking binnen part-praktijk Z-Limburg of Noord-Brabant ter behandeling van acupunctuur-patiënten; R. Mekel. Tel. 04493-4256.

Enthousiaste fysiotherapeute, part-time werkzaam in verpleeghuis, **zoekt part-time waarneming, baan of medewerkerschap** in Z.H. Volgt cursus Maitland. C. Vloemans, R'dam, tel: 010-4856169.

Fysiotherapeut/Manueel therapeut (Opleiding Utrecht) met 6 jaar ervaring in part. praktijk **zoekt verandering van werkkring.** Brief onder no. FV 861112 aan Tijl Tijdschriften.

VRAAG EN AANBOD

fysioth. met specialisaties o.a. **Manuele ther.** (E.hoven) in bezit van **zelfst. contr. Z.A.O.** zoekt werk(ruimte), overn. of assoc. in/of buiten Amsterdam
Br.o.nr. FV 861106 aan Tijl Tijdschriften, Postbus 9943, 1006 AP Amsterdam

---

Ter overname gevraagd: praktijk of ged. van praktijk in regio Noord-Brabant door twee fysiotherapeutes met ervaring in binnen- en buitenland. Tel.: 073-890971 (na 18.00 uur)

Ter overname gevraagd: **Ged. van praktijk** in regio Den Haag en/of regio Delft. Prijs: n.o.t.k. Reakties: tel.: 015-141658.

Te koop gevraagd **Ultraschall**
Reacties 05920-88519/45953 of asserstr. 139, 9336 TA Norg.

Wie wil met mij van baan ruilen? Ben als fysiotherapeute, vanaf '79 werkzaam in part.prak. in gezondheidscentrum Maarn. Zoek i.v.m. verhuizing een werkkring ten westen van Utrecht en Zuid-Holland. Ben gespecialiseerd in vzr massage + ontspanning en heb o.m. 1 jaar Manuele Therapie gedaan. Ben Full-time werkzaam. Br.o. nummer FV 861106 aan Tijl Tijdschriften, Postbus 9943, 1006 AP Amsterdam.

WIJ ZOEKEN WERK/VRAAG EN AANBOD

zijn service-rubrieken voor de leden van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
De kosten bedragen *f* 40,00 voor 7 regels (minimaal aantal). Elke regel meer kost *f* 10,00. Het aantal leestekens per regel is ± 35. Een advertentie in de rubriek 'Wij zoeken werk' of 'Vraag een aanbod' kunt u door middel van onderstaande bon opgeven onder bijsluiting van en geldig betaalmiddel (girokaart, bank- of Europcheque). U dient deze in een gesloten, ongefrankeerde enveloppe te zenden aan: Tijl Tijdschriften, Antwoordnummer 16014, 1000 SE Amsterdam.

BON

De reglementen met betrekking tot adverteren in de rubriek **'Wij zoeken werk'** en **'Vraag en aanbod'**:
1. Uitsluitend schriftelijke opgave d.m.v. bon.
2. Wettig betaalmiddel tegelijkertijd met bon opzenden.
3. Opname is gebonden aan een minimum van 7 regels.
4. De uitgever behoud zich het recht voor advertenties te weigeren; restitutie van het betaalde bedrag zal volgen.
5. Ziekenfondscontracten zijn niet overdraagbaar. Teksten die hiermee in strijd zijn kunnen derhalve niet worden opgenomen.

40,—
+ 10,—
+ 10,—
+ 10,—

Naam: _____ Lidmaatschapsnummer: _____

Adres: _____ Telefoon: _____

Woonplaats: _____ Handtekening: _____

DIABETES IS OVERAL

Diabetes (suikerziekte) is een ingrijpende aandoening die Roy altijd en overal met zich meedraagt.

's Ochtends begint het al als hij insuline moet spuiten. Die insuline is voor Roy net zo belangrijk als de lucht die hij inademt.

Ook op school kan Roy niet om zijn suikerziekte heen. Op het juiste moment wat eten. Eet hij te laat, dan kan dat vervelende gevolgen hebben. Ja, zelfs op school heeft Roy te maken met zijn diabetesdieet.

Voetballen is zijn lust en zijn leven. Maar Roy moet wel oppassen dat hij niet tegen de vlakte gaat. Dat risico bestaat altijd, als door alle inspanning zijn bloedsuikergehalte te ver daalt.

Gelukkig kan Roy zelf regelmatig zijn eigen bloedsuikerwaarde meten. Die zelfcontrole is van groot belang om zo gezond mogelijk door het leven te gaan.

GEEF 's VOOR DIABETES

Diabetes drukt zijn stempel op het hele lichaam. Tal van problemen kunnen ontstaan, zoals blindheid en beschadiging van bloedvaten en zenuwstelsel. Nog altijd is diabetes een ongeneeslijke ziekte die iedereen kan treffen. In Nederland is gelukkig wel veel onderzoek gaande naar de behandeling en bestrijding van suikerziekte. Veel van dat onderzoek wordt mogelijk gemaakt door het Diabetes Fonds Nederland. Door ú dus eigenlijk, want u steunt de nationale collecte "Geef 's voor diabetes" toch ook? Roy en alle andere diabeten zijn u oprecht dankbaar. Want: **Diabetes duurt een leven lang.**

NATIONALE DIABETESWEEK 10 t/m 16 NOVEMBER 1986. GIROREKENING 5766 t.n.v. DIABETES FONDS NEDERLAND, AMERSFOORT.

Specialist in verzekeringen voor de medische- en paramedische beroepen

Verkennis Assurantiën
(sedert 1939)

Dir. B. C. J. Molenschot

Kantoor:
Waalsdorperweg 117
2597 HS 's-Gravenhage
Telefoon 070 - 24 55 48*

- onafhankelijk en deskundig advies
- speciale premies en voorwaarden voor fysiotherapeuten
- werkzaam in geheel Nederland

Assurantiën - Hypotheken - Pensioenen
Praktijkfinancieringen

FYSIO
Uitzendbureau voor fysiotherapeuten

1 december 1986 verhuist Fysio Uitzendbureau. Het nieuwe correspondentie-adres is: Postbus 4112, 2003 EC Haarlem. Telefonisch kunt u ons bereiken op: 023-359085.
Wij zullen u op het nieuwe adres weer graag van dienst zijn, om uw waarnemingen te regelen, zonder problemen met de B.V.G.

HELP HET RODE KRUIS HELPEN!

NEDERLANDSE RODE KRUIS
DEN HAAG
GIRO 22000

Op de afdeling Fysiotherapie is binnenkort plaats voor een

SUB-HOOFD FYSIOTHERAPIE

De afdeling telt 13 medewerkers en behandelt zowel klinische als poliklinische patiënten d.m.v. oefentherapie Cesar en Fysiotherapie.
Er is een ontwikkeling gaande, waarbij wordt gestreefd naar nog meer kwaliteit d.m.v. uitbreiding van behandelmethoden.

Funktie-informatie
Het sub-hoofd zal worden belast met
- de dagelijkse leiding van de afdeling en, in overleg, met een aantal beleidsmatige taken;
- het waarnemen van het Hoofd bij diens afwezigheid;
- het verrichten van klinische- en poliklinische behandelingen.

Er wordt een bijdrage verwacht in de ontwikkeling van de afdeling.
Bij gebleken geschiktheid bestaat de mogelijkheid, in de toekomst, het Hoofd Fysiotherapie op te volgen.

Funktie-eisen
- opleiding Cesar- en/of Fysiotherapie;
- management opleiding(en), bijvoorbeeld Kaderopleiding en/of cursussen op het gebied van leidinggeven en organiseren;
- aantoonbare ervaring in een leidinggevende funktie.

Nadere informatie en sollicitatieprocedure
Voor nadere informatie kunt u zich wenden tot de heer Detmers (Direkteur Patiëntenzorg) of mevrouw H. Spakman van de afdeling Fysiotherapie, telefoon 05910-91911.
Een psychologisch onderzoek maakt deel uit van de sollicitatieprocedure.
Schriftelijke sollicitaties kunt u, binnen 14 dagen na het verschijnen van deze advertentie, richten aan de Afdeling Personeelszaken,
Boermarkeweg 60,
Postbus 30002,
7800 RA Emmen.

SCHEPER ZIEKENHUIS EMMEN

Het Scheperziekenhuis is een algemeen ziekenhuis met een centrumfunktie in de regio Z.O.-Drenthe en telt 373 bedden.

maarten sikking
Fruithof Assurantiën,
Nieuweweg 1,
3621 NL Breukelen,
03462-62952.

Voor medische beroepen is een

ARBEIDSONGESCHIKTHEIDS-

verzekering onmisbaar.

DE UNIM POLIS

biedt:

- **blijvende lage premies**
- **goede voorwaarden**
- **geen onderscheid tussen mannen en vrouwen**
- **geen omscholingsverplichting**
- **uitkering bij overlijden**

bij een daguitkering van *f* 100,— en een eigen risico van één maand bedraagt de premie jaarlijks:

f 900,— tot 25 jaar
f 1.300,— tot 30 jaar
f 1.700,— tot 40 jaar
f 2.300,— tot 50 jaar

Uitgebreide inlichtingen op aanvraag ook over

- **hypotheken**
- **praktijkfinanciering**
- **speciale verzekeringen voor fysiotherapeuten zoals WA-beroepsverzekering *f* 75,— per jaar**

Telefoon 03462-62952

Gevraagd
in particuliere praktijk te Amsterdam

FYSIOTHERAPEUT(E)

met ruime ervaring in particuliere praktijk en in bezit van diploma of (gevorderd) studerend voor manuele therapie/Cyriax/Kaltenborn.

Sollicitaties richten naar nummer FV 861101 aan Tijl Tijdschriften, Postbus 9943, 1006 AP Amsterdam.

Gevraagd: in middel grote part. praktijk in Amsterdam, een

Fysiotherapeut(e)

Gedacht wordt aan een collega met ervaring en de aantekening manuele therapie of Cyriax. Interesse in de sportverzorging strekt tot aanbeveling.

Sollicitaties gaarne binnen 14 dagen richten aan brieven onder nr. FV 861109 aan Tijl Tijdschriften, Postbus 9943, 1006 AP Amsterdam.

SCHWEIZ – Sursee b. Luzern

Wir suchen

dipl. Physiotherapeut/in

in unsere Privatpraxis nach Sursee, am Sempachersee, 10 Autominuten von Luzern. Vielseitige und interessante Tätigkeit. Patientenbehandlung von postoperativen, orthopädischen und rheumatischen Problemen. 5-Tage-Woche, Zeitgemässe Entlöhnung und Arbeitsbedingung. Wir legen Wert auf ein gutes Team-Work. Für die Arbeitsbewilligung in der Schweiz werden wir besorgt sein.

Interessenten senden einen kurzen Lebenslauf mit Foto an:

Paul Eduard Schweizer, Inst. f. physik. Therapie
Bahnhofstrasse 35, CH-6210 Sursee/Schweiz

Es werden alle Bewerbungen beantwortet!

Driejarige opleiding in de klassieke en moderne acupunctuur.

Inhoud:
- klassieke acupunctuur;
- mogelijkheden met laser-acupunctuur;
- moderne inzichten in de acupunctuur;
- electro acupunctuur.

Duur: – 9 maanden per jaar, 2 dagen per maand.
Plaats: – Soest.
Inlichtingen: – E. van Ittersum.
Correspondentieadres: Korte Middelwijkstraat 5, Soest.

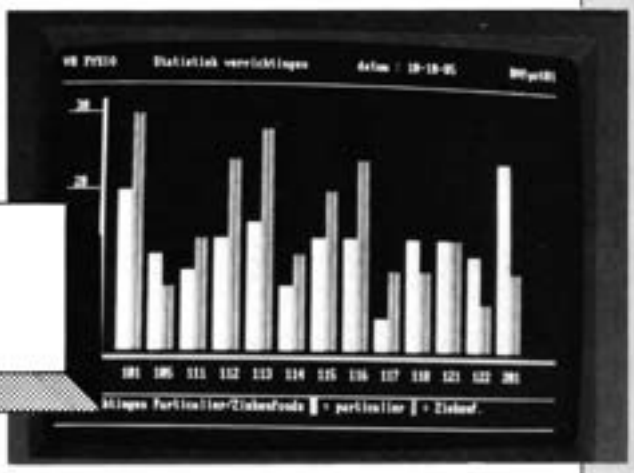
Eerste kursusblok 16-17 januari 1987.

VR-FYSIO

AUTOMATISERING IN DE PRAKTIJK!

VR-FYSIO HELPT
VR-FYSIO: voor elke praktijk
Fysiotherapeuten, ergotherapeuten,
manueel therapeuten, etc.

BEZUINIGEN OP ADMINISTRATIE TIJD



VR-FYSIO HELPT
Aktueel- en historisch archief, statistiek,
deklaraties, nota's, financiële administratie, etc.

KONTINUïTEIT

VR-FYSIO HELPT
VR-FYSIO'S gebruikersvereniging:
uw beste garantie

FLEXIBILITEIT

VR-FYSIO HELPT
Geauthoriseerde dealers in heel Nederland,
dus: **U**ltra **K**orte **S**ervicelijn (**U.K.S.**)

Geauthoriseerde VR-FYSIO dealers:

Alphen a/d Rijn – LogiCom Alpha B.V.
Amsterdam – AICA B.V.
Best – Kompaan B.V.
Damwoude – Adm. knt. De Wälden B.V.
Deventer – Micro Centrum Deventer B.V.
Drachten – Adm. Adviesburo v/d Laan
Helmond – Automatiserings Adviescentrum
Hoorn – Compuregio B.V.
Maarsbergen – ARA Systems B.V.
Maarssenbroek – JCMX Software B.V.
Middelburg – Dataflow
's-Gravenhage – A.S.O. B.V.
Utrecht – Microland B.V.

ANTWOORDCOUPON

Voor meer informatie en de dealerlijst

Praktijknaam : _____
T.a.v. : _____
Adres : _____
Postcode : _____
Woonplaats : _____
Telefoon : _____

Zenden aan:
FIX Computer Services B.V.
Postbus 125
3620 AC BREUKELEN
Tel. 03462-65854

VR-FYSIO, een modulair pakket

VR-FYSIO
basis module
VR-FYSIO Statistiek
statistiek module
VR-ACCOUNT
financiële administratie module
VR-PAY
salarisadministratie module

VR-FYSIO – VR-FYSIO Statistiek – VR-ACCOUNTANT – VR-PAY zijn softwarepakketten en handelsmerken van VR SYSTEMS B.V.