FYSIOVISIE

JANUARI
1991

KNGF

Tijdens het Jaarcongres Fysiotherapie ging de huisarts Schellekens in op de totstandkoming van na- een bijscholing voor huisartsen, waardoor goede aangrijpingspunten konden worden gepresenteerd voor de verdere uitwerking van een dergelijk systeem voor fysiotherapeuten.

De benoemingsadviescommissie voor de aanstelling van een bijzonder hoogleraar fysiotherapie heeft onlangs haar advies uitgebracht.
In de loop van 1991 zal dr. P.J.M. Helders worden benoemd als bijzonder hoogleraar fysiotherapie aan de Rijks Universiteit te Utrecht.

LVFD

Terugblikkend en vooruitziend gaat de LVFD met veel vertrouwen 1991 in, het jaar waarin de LVFD 15 jaar bestaat.

In het kader van haar opleiding deed Monica de Ruijter een stage bij het Centraal Bureau Fysiotherapie, waarin zij onderzocht in hoeverre in vrijgevestigde praktijken gebruik wordt gemaakt van de LVFD/VVF modelarbeidsovereenkomsten.

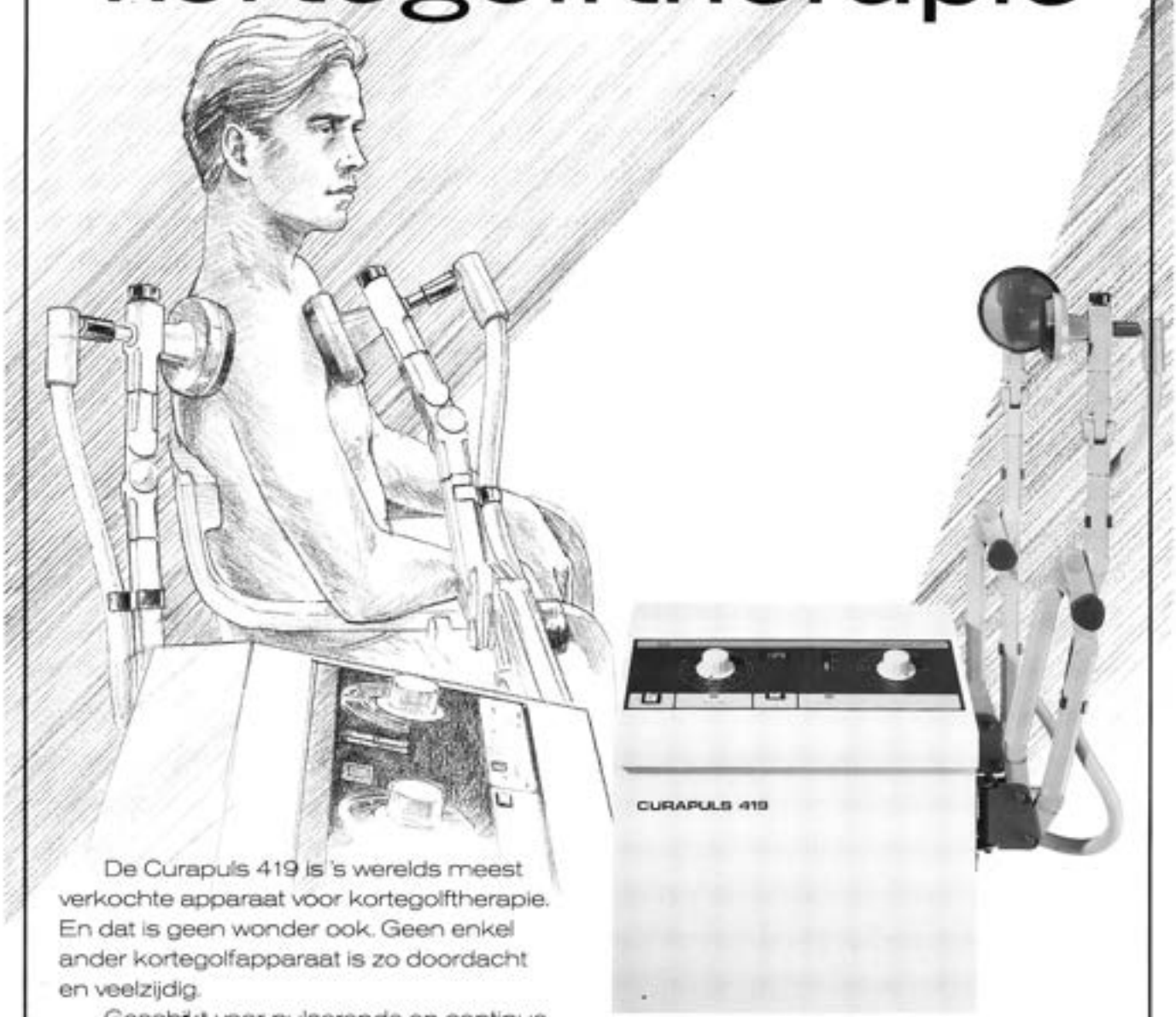
VVF

Op 8 december stemde de Algemene Leden Vergadering van de VVF volledig in met de afspraken die het bestuur heeft gemaakt met de VNZ. Na vele jaren zal er nu een nieuwe modelovereenkomst met de ziekenfondsen komen. De inhoud daarvan sluit aan bij datgene wat de VVF voorstond.
Op 26 januari zal daarover een beslissende vergadering plaatsvinden.

Grote belangstelling voor de ALV-VVF.

Curapuls 419

Veelzijdigheid in kortegolftherapie



De Curapuls 419 is 's werelds meest verkochte apparaat voor kortegolftherapie. En dat is geen wonder ook. Geen enkel ander kortegolfapparaat is zo doordacht en veelzijdig.

Geschikt voor pulserende en continue kortegolftherapie. Dankzij het hoge uitgangsvermogen, de vele accessoires en de grote verscheidenheid aan elektroden is het toepassingsgebied vrijwel onbeperkt.

De Curapuls 419 kan worden geleverd op basis van een lease contract. Bel voor meer informatie.

■ 450 watt continu- en 1000 watt piekvermogen ■ traploze instelling van de intensiteit ■ 10 pulsherhalingsfrequenties ■ snelle applicatie d.m.v. ergonomische elektrodearmen ■ hoge stabiliteit ■ makkelijk verplaatsbaar door grote wielen.

Enraf-Nonius: quality for life

ENRAF NONIUS

DELFT INSTRUMENTS PHYSICAL MEDICINE BV
Verkoopcentrum Delft, Röntgenweg 1, Postbus 810, 2600 AV Delft. Tel. 015 - 69 87 72 Fax 015 - 61 95 74
Verkoopcentrum Amsterdam, A.J.Ernststraat 799, 1082 LL Amsterdam. Tel. 020 - 46 20 21

ZOEKT U EEN FYSIOTHERAPEUT

VOOR TIJDELIJK OF VOOR VAST WERK?

BEL DAN:

CENTRAAL PUNT
VOOR
WAARNEEMBURO'S
*020-532355
tussen 9 u en 12 u.

OF UW REGIONAAL WAARNEEMBURO

REGIO AMSTERDAM	Rob Sier 020-204943
ARNHEM	Wilma Jansen 085-434791
DEVENTER	Joke Koersen 05700-40832
EINDHOVEN	Yvonne Verschuren 040-544078
GRONINGEN	Marie-L. Bodewes 050-250529
NIJMEGEN	Antoinette Giepmans 08851-11483
	Yvonne Wendt 080-782444

Landelijke Belangenvereniging LBWF Werkzoekende Fysiotherapeuten

SECRETARIAAT LBWF 020-222378
POSTBUS 17123 1001 JC AMSTERDAM
(* tussen 10 u en 12 u)

WERKEN IN AMERIKA. Dat doe je niet zomaar, je kiest voor een vertrouwde organisatie:

THERAPY STAFF SERVICES INC. TSS bespaart je de gang naar de notaris en het vertaalbureau. Geen post naar verschillende instanties. Je kiest de baan uit in overleg en indien je daarover tevreden bent, kan je al snel beginnen (binnen 2½ maand).

EN DAN. Je vliegticket is betaald, je splinternieuwe auto staat klaar, je eerste huisvesting is geregeld en mocht je denken dat je het dan verder maar moet uitzoeken... vergeet het maar. Hulp en begeleiding begint dan pas; m.b.t. het examen, de voorbereiding en introductie op je werk, je telefoonaansluiting, met alles, continu. Je start op een H-1 visum, daarna is er onze green-card service en zelfs op het oorspronkelijke H-1 visum kan je via TSS van baan veranderen wanneer je dat wenst. Nederlandse collega's zijn nooit verder weg dat een half uur rijden.

HOE DAT ALLEMAAL KAN? Omdat men daar de Nederlandse Fysiotherapeut hard nodig heeft... en omdat het via Therapy Staff Services gaat.

INFORMATIE: (ook over de mogelijkheid in Nederland het Amerikaanse examen af te leggen).

TSS/ABB bv Nieuwe Zijdsvoorburgwal 252
1012 RR Amsterdam, Tel: 020 - 225722.

TSS maakt werken in Amerika gemakkelijker

AIREX matten

Sanitized

- **Prettig om aan te raken en prettig bij huidcontact**
- **Hygienisch en onverslijtbaar**
- **Wereldwijd goedgekeurd voor fysiotherapie**
- **Ideaal voor revalidatie en gymnastiek**

Delft Instruments
Physical Medicine BV
Röntgenweg 1
Postbus 810
2600 AV Delft

Tel. 015-698772
Telex 38083
Telefax 015-619574

Electro Medico
Pr marijkestraat 4–6
2404 BL Alphen A / Rijn

Tel. 1720-75041
Telefax 1720-91728

Coupon:
Gelieve meer informatie te zenden inzake AIREX®-matten voor:

☐ Fysiotherapie ☐ Revalidatie ☐ Bodemoefeningen

FV

Physical therapists

wanted to work in variety of settings, in various geographical locations in the U.S.A. Minimum one year commitment. English proficiency required. Will assist with licensure, working visa and job counseling. Send resume. Photo desirable. Include address and telephone no. (include city code). Send to: Health Search, 28815 Eight Mile, suite 105, Livonia, Michigan 48152, U.S.A. May call collect: (between 10 a.m. to 4 p.m., eastern standard time, monday thru friday) (313) 471-3893.

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- 324 55 48*

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

Assurantiën - Hypotheken - Pensioenen
Praktijkfinancieringen

Fysiotherapie en Anthroposofie

De Nederlandse Vereniging van Anthroposofische Fysiotherapeuten houdt een

OPEN DAG

in de
Willem Zeylmans van Emmichoven kliniek Berg en Bosch terrein, Prof. Bronkhorstlaan 10, Bilthoven

op zaterdag 13 april van 10.15 tot 16.00 uur

Informatie over deze dag kunt u schriftelijk aanvragen bij:
Mevr. Gijsberts, Hobbemalaan 24, E-22, 3723 ES Bilthoven

FysIQ FysIQ FysIQ FysIQ

FysIQ 2.0, HET BESTE PROGRAMMA VOOR DE VRIJGEVESTIGDE FYSIOTHERAPEUT.

- moderne pulldown menu's, geheel in kleur
- invoeren gegevens via dagstaat of machtiging
- deklareren naar ziekenfonds of particulier
- vrije keuze in tijdstip van deklaratie
- volledige overzichten, koderingen, gewerkt en gedeklareerd, gewerkte uren en samenhangende bedragen gespecificeerd per bedrijf, fonds en therapeut
- volwaardige tekstverwerker met blokfunkties, lettertype en mailmerge funkties
- uitgebreide kontrole op relaties binnen het systeem
- volledige tijdadministratie per behandeling.

Data Limburg wil dat FysIQ marktleider wordt in Nederland.
Wij vinden dat de fysiotherapeuten moeten kunnen kiezen voor **HET BESTE PROGRAMMA** in vrije konkurrentie.
Om dit te bereiken hebben wij **DE PRIJS DRASTISCH VERLAAGD.**
FysIQ is nu het programma met **DE BESTE PRESTATIE VOOR HET MINSTE GELD.**
FysIQ versie 2.0 koopt u tot 1 mei 1991 voor ƒ. 500,-- excl. btw.

Bestel nu: telefonisch 045 - 216383 of per fax 045 - 228854

DATA LIMBURG Hommerterweg 100 -102 6431 EX Heerlen
Tel. 045 - 216383. Telefax 045 - 228854
Showroom geopend van maandag - vrijdag van 9.00 - 18.00 uur. Verder op afspraak

JANUARI
1991

REDAKTIE
H. W. van der Lingen,
W. H. Huiskes,
A. P. M. van Groeningen,
L. Tip.

LAY-OUT EN FOTOGRAFIE
M. Elzinga-Prinssen.

REDAKTIE-ADRES
Centraal Bureau Fysiotherapie,
Postbus 248, 3800 AE Amersfoort.
Telefoon: 033-622400.
Fax: 033-616462.

CORRESPONDENTIE-ORGANISATIES:

KONINKLIJK NEDERLANDS GENOOTSCHAP VOOR FYSIOTHERAPIE EN LIDVERENIGINGEN
Postbus 248, 3800 AE Amersfoort.

LANDELIJKE VERENIGING VAN FYSIOTHERAPEUTEN IN DIENSTVERBAND
Postbus 1323, 3800 BH Amersfoort.

VERENIGING VAN VRIJGEVESTIGDE FYSIOTHERAPEUTEN
Postbus 1033, 3800 BA Amersfoort.

VESTIGING ORGANISATIES CENTRAAL BUREAU FYSIOTHERAPIE
Van Hogendorplaan 8,
Telefoon: 033-622400.
Bereikbaar: van 08.30-12.30 uur
en van 13.00-17.00 uur.

CONTRIBUTIEREKENINGEN
Bankrekeningnummer 55.30.44.028
Postbankrekeningnummer 684614

UITGAVE EN ADVERTENTIE-EXPLOITATIE
Insert,
Jacques Veltmanstraat 29,
1065 EG Amsterdam,
Postbus 90053,
1006 BB Amsterdam,
Telefoon 020-5 18 28 82,
Fax 020-17 03 50
Geldend advertentietarief:
1 januari 1991.
91/1

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 Insert BV.

De redaktie houdt zich het recht voor advertenties zonder opgaaf van redenen te weigeren.

DRUK
Tijl Offset
Blaloweg 20
8041 AH Zwolle

VERSCHIJNINGSDATA FYSIOVISIE
4 februari, 4 maart, 8 april, 6 mei, 10 juni, 5 augustus, 9 september, 7 oktober, 4 november, 9 december.

KOPIJ INZENDEN VÓÓR
9 januari, 6 februari, 13 maart, 10 april, 8 mei, 12 juni, 14 augustus, 11 september, 9 oktober, 13 november.

FYSIOVISIE

FYSIOVISIE IS HET MAANDBLAD VOOR LEDEN VAN HET
KONINKLIJK NEDERLANDS GENOOTSCHAP VOOR FYSIOTHERAPIE EN LIDVERENIGINGEN,
DE VERENIGING VAN VRIJGEVESTIGDE FYSIOTHERAPEUTEN EN
DE LANDELIJKE VERENIGING VAN FYSIOTHERAPEUTEN IN DIENSTVERBAND

GOEDE START VAN 1991

Na jaren onderhandelen en geharrewar is er nu eindelijk zicht gekomen op een nieuwe modelovereenkomst fysiotherapeuten-ziekenfondsen.
De leden van de VVF hebben zich akkoord verklaard met de overeenstemming op hoofdlijnen, zoals die tussen VVF en VNZ is bereikt.
Die hoofdlijnen zijn uitgewerkt tot een modelovereenkomst waarvan het concept nog in januari zal worden voorgelegd aan de vergadering van de VVF.
Behalve de invoering van het zittingensysteem en een budgetstelsel voorziet de modelovereenkomst in een oplossing van de medewerkersproblematiek.
Die oplossing houdt in dat er zeker op verschillende plaatsen moeilijke beslissingen moeten worden genomen. Wel komt er een eind aan jarenlang bestaande onzekerheid en een slechte werksfeer. Dat zal op termijn ten goede komen aan de fysiotherapie.
In de nieuwe modelovereenkomst worden ook voorwaarden gesteld ten aanzien van loondienstsituaties. Daardoor wordt het mogelijk de modelarbeidsovereenkomsten LVFD/VVF meer ingang te doen vinden. Uit de publicatie in deze Fysiovisie van de hand van mevrouw de Ruijter blijkt dat daar thans nog veel te weinig gebruik van wordt gemaakt.

Een ander nieuwsfeit is dat de benoemingsadviescommissie voor de aanstelling van een bijzonder hoogleraar fysiotherapie haar advies heeft uitgebracht aan het bestuur van het KNGF.
Het bestuur heeft het advies overgenomen, hetgeen inhoudt dat dr. P.J.M. Helders na goedkeuring van de Universiteit Utrecht benoemd zal worden tot bijzonder Hoogleraar Fysiotherapie aan die Universiteit.
Bovengenoemde gebeurtenissen aan het begin van dit jaar geven vertrouwen voor het hele jaar.

UIT DE INHOUD

KNGF

Arbeidsrelaties vrijgevestigde praktijk 2
Na- en bijscholing voor huisartsen 4
Samenwerking huisarts-fysiotherapeut 7
Kwaliteitszorg 8
Hoogleraar 11

VVF

Geachte collega? 16
Extra ALV VVF 16
VVF-leden akkoord met overeenstemming VNZ 17

LVFD

Een nieuw jaar, een nieuw begin 21
Vraag en antwoord 21

SAMENWERKING PRAKTIJKHOUDERS-PRAKTIJKMEDEWERKERS

ONDERZOEK NAAR ARBEIDSRELATIES IN VRIJGEVESTIGDE FYSIOTHERAPIEPRAKTIJKEN

Het onderzoek moet opgevat worden als een eerste verkenning van een terrein waarop en waarover belangrijke beslissingen worden genomen. Er bestaan ideeën over hoe het terrein er uit ziet, maar een gedetailleerde kaart van het hele terrein ontbreekt. Het onderzoek bestrijkt ook maar een klein deel van dat geheel. Het geeft een aantal antwoorden maar het roept ook, net zo veel of meer, vragen op. Het is aan de fysiotherapeuten en hun verenigingen om te beslissen of zij antwoorden willen op deze vragen en of zij bereid zijn om met de uitkomsten iets te doen.

Het onderzoek was gericht op arbeidsrelaties tussen praktijkhouders en maatschapsleden enerzijds (werkgevers) en medewerkers en/of werknemers anderzijds (werknemers). Het moet inzicht geven in de sociale gevolgen van het gebruik van verschillende arbeidscontracten voor de arbeidsrelatie tussen werkgever en werknemer. Het begrip arbeidscontract is ruim opgevat en omvat alle voorkomende 'overeenkomsten' tussen werkgever en werknemer. Met 'sociale gevolgen' worden de invloeden bedoeld die het gebruik van de verschillende contractvormen hebben op bijvoorbeeld: plezier in het werk, zelfstandigheid, werkdruk, omgang met collega's, het voorkomen van conflicten tussen werkgever en werknemer.

WERKWIJZE

Het onderzoek is gehouden door middel van een schriftelijke enquête gericht aan 250 fysiotherapeuten in het gehele land. Deze fysiotherapeuten moesten werkzaam zijn in vrijgevestigde fysiotherapiepraktijken met tenminste vier fysiotherapeuten. Van deze vier moest steeds minimaal één fysiotherapeut werkgever zijn en één werknemer. Lidmaatschap van het KNGF speelde geen rol bij de selectie van de aangeschrevenen. De keuze voor deze groep fysiotherapeuten is gebaseerd op twee overwegingen. Enerzijds werd verondersteld dat de aard van de problemen en de mogelijkheid om deze op te lossen in praktijken met minder fysiotherapeuten verschillend zou zijn van die in de onderzoeksgroep. Anderzijds was het in verband met de omvang van het onderzoek noodzakelijk om de heterogeniteit van de onderzoeksgroep enigszins te beperken. De verhouding tussen werkgevers en werknemers in de onderzoeksgroep én in de responsgroep komt overeen met de werkelijkheid in de omschreven groep fysiotherapeuten. Naar aanleiding van de enquêteresultaten zijn enkele interviews gehouden om aanvullende informatie te verkrijgen. De respons op de enquête was zeer hoog: 52%. Dit mag opgevat worden als een aanwijzing dat de fysiotherapeuten in de vrijgevestigde praktijken veel waarde hechten aan onderzoek op het terrein van arbeidsrelaties en contracten.

CONTRACTEN

Naar aanleiding van een inventarisatie van voorkomende contractvormen in de vrijgevestigde praktijken, van het beleid van de beroepsverenigingen ten aanzien van contracten en van wat algemeen maatschappelijk aanvaardbaar kan worden geacht, is een scheiding gemaakt tussen 'gewenste' contractvormen en 'ongewenste' contractvormen. Als ongewenste contracten worden beschouwd: de oude NGF-contracten (wit, groen, roze), fictief dienstverband, mondelinge overeenkomsten en zelf veranderde versies van de nieuwe VVF/LVFD-modelovereenkomsten. Onder 'gewenste' contracten worden in het onderzoek alleen de VVF/LVFD-contracten verstaan, mits geen artikelen veranderd of geschrapt zijn. De maatschapsovereenkomst is een contractvorm die buiten het onderzoek valt. Het is geen overeenkomst tussen werkgever(s) en werknemer(s). Hiervoor zou bovendien hetzelfde gelden als voor de contracten die door werkgever en/of werknemer zélf, al of niet met hulp van (deskundige) derden, zijn opgesteld; alleen op grond van een inhoudelijke beoordeling van elk afzonderlijk contract is vast te stellen of zo'n contract 'gewenst' of 'ongewenst' is. Dit valt buiten het kader van dit onderzoek. Het verdient wel aanbeveling dat zowel op het terrein van de maatschapsovereenkomsten, als op het terrein van de zelf opgestelde arbeidscontracten onderzoek wordt gedaan. Bijna éénderde van de respondenten werkt volgens zo'n, al of niet met hulp van (deskundige) derden, door werkgever en/of werknemer zelf opgesteld contract.

Bijna 50% van de werkgevers en ruim 55% van de werknemers die de enquête teruggestuurd hebben werkt volgens een ongewenst contract. 16% Van de werkgevers en 27% van de werknemers zelfs op de slechtst denkbare basis, een mondelinge overeenkomst. Dit is de slechtste basis, omdat hier niet alleen onenigheid over de betekenis van de afspraken kan ontstaan maar ook over het bestaan van de afspraken zelf. Het hebben van een 'ongewenst' contract leidt niet automatisch tot conflicten. Wanneer echter conflicten optreden zijn ze slechter oplosbaar omdat er geen oplossing op basis van de contractuele overeenkomst mogelijk is. Ongeveer de helft van de respondenten zegt dat ze nooit een conflict hebben. Van de werkgevers werkt 34% met contracten die zelf zijn opgesteld en die niet in een van de twee categorieën passen. Bij de werknemers is dit bijna 36%. De gewenste contracten (de door VVF en LVFD opgestelde contracten) worden sporadisch gebruikt, slechts 18% van de werkgevers en 7% van de werknemers zegt zo'n contract afgesloten te hebben. Het contract voor onbepaalde tijd met variabel salaris wordt het meest gebruikt, de contracten voor bepaalde tijd werden helemaal niet gebruikt. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat er waarschijnlijk zeer weinig werknemers in de onderzoeksgroep zaten die tijdelijk

In samenwerking met de LVFD en VVF is in het kader van een stage op het Centraal Bureau Fysiotherapie in de periode september 1989 – april 1990 een onderzoek verricht naar arbeidsrelaties tussen fysiotherapeuten in vrijgevestigde praktijken. Het onderzoek is gedaan door Monica de Ruijter, doctoraal studente sociologie aan de Universiteit van Amsterdam.

werk verrichtten. Omdat toch 27% van de werkgevers tijdelijke krachten in dienst had, is het gerechtvaardigd om te zeggen dat de VVF/LVFD-contracten nog zeer weinig worden gebruikt zoals bedoeld en dat dit zeker geldt voor de contracten voor bepaalde tijd.

LIDMAATSCHAP BELANGENVERENIGINGEN

In het onderzoek is ook gekeken naar lidmaatschap van belangenverenigingen. Er waren een aantal redenen om hier vrij uitgebreid op in te gaan. In de gezondheidszorg zijn organisaties op allerlei terreinen van belang bij het bepalen van het politieke beleid wat gevoerd wordt. Wanneer een organisatie voor veel leden van een groep de belangen zo behartigt dat deze mensen er lid van willen zijn, is deze organisatie een machtiger gesprekspartner dan wanneer zij slechts een klein deel van degenen voor wie zij zegt te werken als lid heeft. Ten eerste omdat anderen de representativiteit van die vereniging eerder zullen erkennen wanneer zij een groot deel van de doelgroep als lid heeft. Ten tweede omdat de doelgroep eerder bereid zal zijn om te laten zien dat zij door de vereniging vertegenwoordigd wordt. De leden van de vereniging doen dit in eerste instantie al door middel van hun lidmaatschap, de leden van de hele doelgroep kunnen dit bovendien doen door het ondernemen van actie.

Deze redenering gaat ook op voor de interne belangenbehartiging binnen de groep fysiotherapeuten. In de huidige situatie op de arbeidsmarkt voor fysiotherapeuten hebben de werkgevers een sterkere positie dan de werknemers. Dit komt ook tot uitdrukking in het lidmaatschap van de verschillende belangenverenigingen. Van de werkgevers is 87.5% lid van een belangenvereniging, van de werknemers slechts 45.7%. Van de werkgevers is 77.2% lid van de VVF. Het feit dat zo'n grote groep van hen lid is van dezelfde belangenvereniging zou kunnen wijzen op een grotere eensgezindheid dan bij de werknemers waar slechts 27.1% lid is van de LVFD en 22.3% van de VMFV.

Een andere reden om op het lidmaatschap van belangenverenigingen in te gaan was het uitgangspunt dat er een relatie bestaat tussen het lidmaatschap van een belangenvereniging en het gebruik van een bepaalde contractvorm. De waarde die fysiotherapeuten hechten aan datgene wat hun belangenvereniging adviseert – of doet – komt onder andere tot uitdrukking in de mate waarin zij adviezen van hun vereniging opvolgen. In dit geval is dat het gebruik maken van de door de verenigingen opgestelde contracten.

Van de werkgevers die opgeven volgens een van de genoemde ongewenste contracten werknemers in dienst te hebben is slechts 12.1% geen lid van de VVF. Dat wil tegelijk zeggen dat van de werkgevers die

lid zijn van de VVF maar liefst 80.6% werknemers in dienst heeft volgens een niet meer gewenste contractvorm. Op het punt van de contracten laten zij zich kennelijk niet veel gelegen liggen aan hun beroepsvereniging.

Bij de werknemers die volgens ongewenste contracten werken is 60% geen lid van de LVFD. Veertig procent is dus wel lid, hiervan is 18.75% ook lid van de VMFV. Van de andere kant bezien werkt 84.2% van de werknemers die lid zijn van de LVFD volgens een ongewenst contract.

Werknemers slagen er kennelijk niet in het advies van hun beroepsvereniging op te volgen, terwijl werkgevers er minder belang in zien. Deze conclusie is gebaseerd op de sterkere positie van de werkgever in de huidige situatie in de fysiotherapie.

CONFLICTEN

Conflicten belemmeren optimale sociale relaties binnen de praktijk. Het contract biedt één van de belangrijkste mogelijkheden om langdurige ernstige conflicten te voorkomen. Zoals gezegd is het hebben van een ongewenst contract niet de enige factor die bepaalt of een conflict zal optreden. Wanneer conflicten optreden gaan deze meestal over geld (salariëring en onkostenvergoeding) of over de bedrijfsvoering. Hoe langer een conflict speelt hoe minder men denkt dat het binnen enkele maanden opgelost zal zijn. Het is van belang om een conflict zo snel mogelijk op te lossen; hoe langer het sleept hoe kleiner de kans dat men tot een positieve oplossing komt.

Bijna een kwart van de werkgevers in de responsgroep is niet ingegaan op vragen ten aanzien van dit punt terwijl slechts minder dan 9% van de werknemers er niet op in ging.

FYSIOTHERAPIE PRIMAIR

Fysiotherapeuten zijn in de eerste plaats fysiotherapeuten. Het plezier in het werk haalt men uit de omgang met en behandeling van patiënten.

De zakelijke en/of politieke aspecten van het beroep vindt men lastig en vervelend. Men is hier niet voor opgeleid en de eerste interesse ligt niet op dit terrein. Velen verwachten dat de belangenvereniging op dit gebied, zeker op het politieke vlak, veel regelt – liefst zonder dat concessies gedaan moeten worden. Wanneer blijkt dat de belangenvereniging hier niet in slaagt leidt dat tot een negatieve houding tegenover de verenigingen.

De omgang met collega's is geen factor die in eerste instantie het plezier in het werk bepaald. Gezelligheid in de praktijk wordt wel gewaardeerd, maar conflicten doen minder afbreuk aan het plezier in het werk dan werd verondersteld. Fysiotherapeuten in een vrijgevestigde praktijk werden nااست elkaar, niet mèt elkaar.

Men hecht grote waarde aan de beroepsinhoudelijke zelfstandigheid. Hoewel weinigen zeggen dat werknemerschap in de vrijgevestigde praktijk tot problemen over de beroepsinhoudelijke zelfstandigheid zal leiden, zijn er velen die het werknemerschap voor zichzelf niet zien zitten. Wanneer het niet mogelijk is om in een maatschap te komen, willen velen liever in fictief dienstverband (blijven) werken dan in loondienst. Men voelt zich dan zelfstandiger. Dit is mijns inziens één van de redenen waarom nog steeds op zeer grote schaal volgens ongewenste contracten gewerkt wordt. Het is tijd dat de fysiotherapeuten zich deze tegenstrijdigheid realiseren want de noodzaak om het werken volgens ongewenste contracten op te geven wordt steeds groter. ■

Monica de Ruijter

NA- EN BIJSCHOLING VOOR HUISARTSEN, VROEGER, NU EN STRAKS

De doelstelling van het beleidsplan in de Discussienota over regulering van (verplichte) na- en bijscholing fysiotherapie luidt:
'Het binnen het kwaliteitsbeleid van het KNGF ontwikkelen van een toetsbaar processysteem, waarbinnen het KNGF de mogelijkheden heeft om door middel van regulering van (verplichte) na- en bijscholing de kwaliteit van de fysiotherapeutische beroepsuitoefening te bewaken en te bevorderen in het belang van de Nederlandse gezondheidszorg.'[1]

Bij het denken over de haalbaarheid is men mogelijk op een subvraag gestoten in de trant van: Hoe zijn de ervaringen van andere professionals?
– Vergelijking met collega-fysiotherapeuten in het buitenland zou een mogelijkheid zijn geweest, maar die werken niet in de Nederlandse gezondheidszorg.
– Andere paramedici is een mogelijkheid. De Nederlandse verloskundigen brachten onlangs een rapport uit waarin zij een uitgebreide omschrijving van hun functie en hun takenpakket geven.[2]
– Nederlandse artsen is een volgende mogelijkheid. Dan liggen huisartsen het meest voor de hand, want met hen wordt het meest samengewerkt. Bovendien is van huisartsen bekend dat zij al jaren bezig zijn met hun functieomschrijving, takenpakket, opleiding en nascholing.
In dit artikel zullen achtereenvolgens aan de orde komen: het verleden, het heden en de toekomst van na- en bijscholing voor huisartsen. De ontwikkeling van de identiteit van de huisartsgeneeskunde dient daarbij als de kapstok waaraan na- en bijscholing is opgehangen.

HOE GING HET VROEGER

Met vroeger worden in dit verband de jaren vijftig aangeduid.

De huisartsgeneeskunde ging door een diep dal. Volgens een proefschrift (V.d. Wielen, Leiden, 1960) was 65% van de huisartsen niet tevreden met de eigen medische opleiding; 50% volgde allerlei cursussen, maar ruim eenvijfde deel van hen had kritiek op de inhoud en vorm. Wat er aan na- en bijscholing was werd voorgeschoteld door specialisten of moest door zelfstudie uit specialistische tijdschriften worden gedestilleerd. Hier en daar waren studiegroepen van bevriende huisartsen aktief.
In 1956 werd het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) opgericht. Dit is de wetenschappelijke vereniging van Nederlandse huisartsen; de Landelijke Huisartsen Vereniging is onze belangenvereniging. Een belangrijke reden voor oprichting van het NHG was het bevorderen dat huisartsen hun werk op wetenschappelijk verantwoorde wijze gingen uitoefenen.
In 1959 vindt een NHG-conferentie plaats in Woudschoten. Een omschrijving van het huisarts-zijn komt daarvandaan en is – voor insiders – een klassieker geworden: De huisarts beoefent continue, integrale en persoonlijke geneeskunde voor de individuele mens en zijn omgeving (geen letterlijk citaat).
In de periode 1960-1970 worden door zeven huisartsen inaugurale redes gehouden voor evenzovele leerstoelen bij evenzovele universiteiten. Bijna allen waren op de een of andere manier betrokken bij het NHG. In na- en bijscholing is nog niet veel veranderd.
In de jaren zeventig wordt hard gewerkt aan nadere uitwerking van de inhoudsbeschrijving van het huisartsenvak. Dat was nodig want in 1971 start de eerste, toen nog experimentele beroepsopleiding tot huisarts. De duur is een jaar en dat zal zo blijven tot 1988. Er is dringend behoefte aan een goede omschrijving van doelstellingen en leerdoelen.
In 1975 verschijnt het eerste rapport 'Kenmerken van de huisarts' met de onderwijsdoelstellingen van het instituut voor huisartsgeneeskunde te Utrecht.[3] Het rapport bevat 9 hoofddoelstellingen en 53 algemene onderwijsdoelstellingen. Het geheel wordt uitgewerkt voor 17 rubrieken. Het zal alleen al uit deze opsomming duidelijk zijn dat het omschrijven wat het vak als huisartsgeneeskunde inhoud niet meevalt. Iets dergelijks zal zeker ook het geval zijn voor de fysiotherapie.

De LHV geeft inmiddels opdracht tot een inventarisatie van de taken van de huisarts en publiceert het resultaat in 1977. Vervolgens heeft de LHV opdracht gegeven aan o.a. Bureau Berenschot om behulpzaam te zijn bij het maken van een functie-omschrijving van de huisarts. Dit resulteert in de publicatie in 1981. De functie-omschrijving klinkt bekend:
'De huisarts geeft persoonlijke, integrale en continue zorg aan individuele mensen, gezinnen en andere samenwoningsverbanden die tezamen zijn praktijk vormen, of die daar – tijdelijk – toe kunnen worden gerekend,' luidt de beginzin.

HOE IS HET NU?

In 1983 is het 'Basistakenpakket van de huisarts' klaar.[4] Aan dit Basistakenpakket worden in de navolgende jaren de leerdoelen en onderwijsdoelen van de beroepsopleiding verbonden en hetzelfde geldt voor de na- en bijscholing.
Al met al zijn er dus al bijna 30 jaar verstreken vanaf de oprichting van een eigen wetenschappelijke vereniging tot het formuleren van leer- en onderwijsdoelen voor beroepsopleiding en nascholing.
Natuurlijk is ondertussen van alles gebeurd. Er is een beroepsopleiding tot huisarts sinds het begin van de zeventiger jaren; de theorievorming krijgt belangrijke impulsen vanuit de universitaire instituten, zoals bijvoorbeeld de theorie van de 'preventie van somatische fixatie', het 'methodisch werken'; steeds meer diagnostische en therapeutische middelen komen de huisarts ter beschikking; de psychosociale problematiek wordt in sterke mate naar voren gebracht bij de huisarts en deels ook door hen zelf binnengehaald.
Belangrijk is voorts dat in de loop der jaren steeds meer huisartsen rechtstreeks betrokken raken bij de opleiding van a.s. collegae,

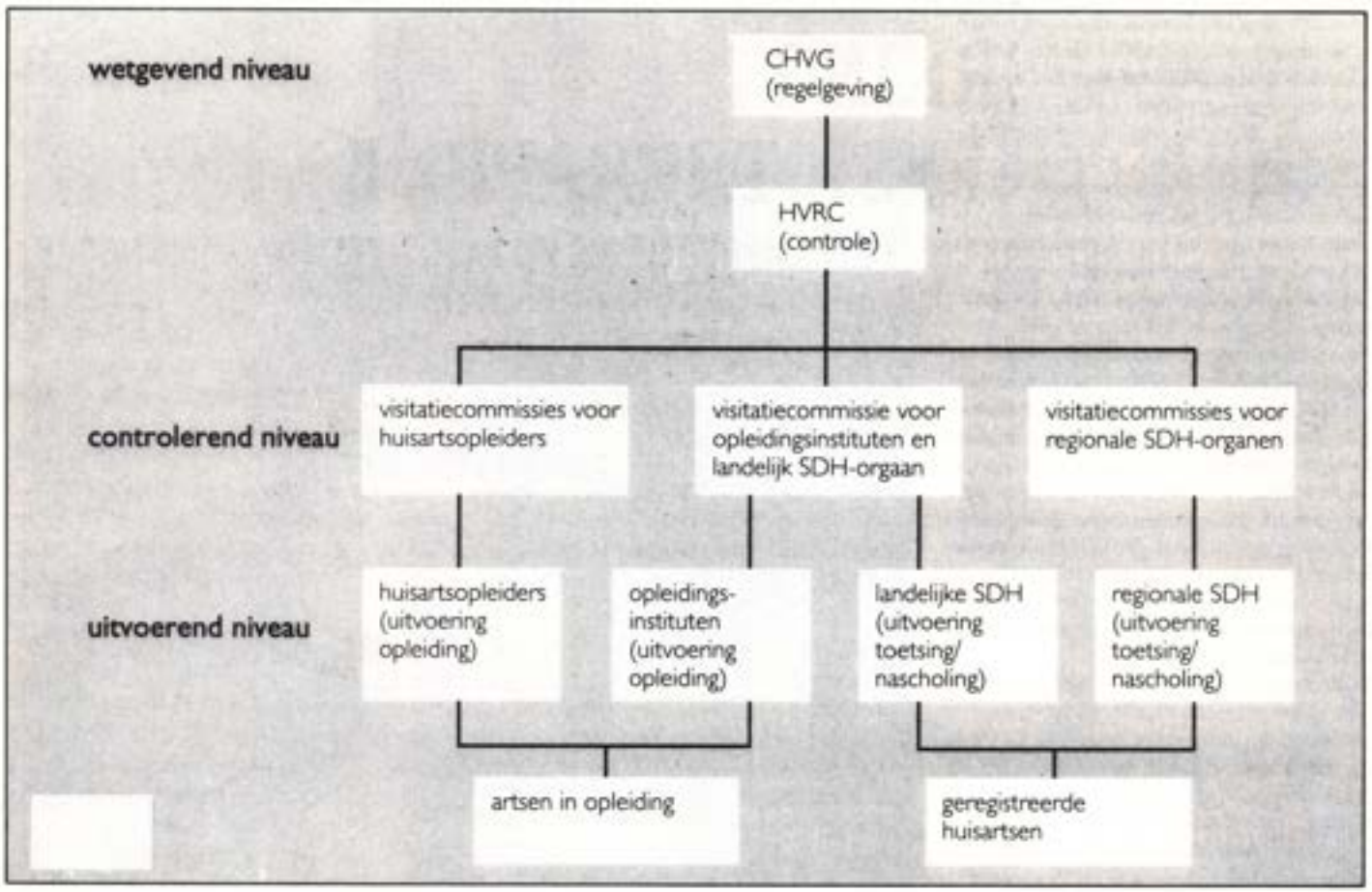
Tijdens het jaarcongres fysiotherapie werd in een symposium, georganiseerd door het KNGF, aandacht besteed aan een systeem van na- en bijscholing voor fysiotherapeuten. Tijdens een van de inleidingen werd het trajekt besproken dat hierin door huisartsen is gevolgd. De inleiding is omgewerkt tot een artikel. De auteur J.W.G. Schellekens, is huisarts te Oosterhout (Gld)/wetenschappelijk medewerker Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen.

voor een deel als docent op de instituten, maar in veel grotere getallen als huisartsopleiders in wier praktijken jonge a.s. huisartsen hun stages vervullen, zowel in de basisopleiding als in de beroepsopleiding tot huisarts.
Mede daardoor en onder invloed van de taakomschrijving en theorievorming ontstaat behoefte om het eigen kennen en kunnen nader te onderzoeken.
Op het Nijmeegse Universitaire Huisartsen Instituut wordt rond 1977 een club opgericht die nog steeds maandelijks bij elkaar komt: de HGH-club (Huisarts Geneeskundig Handelen). Huisartsdocenten proberen met elkaar te beschrijven, hoe de medische kant van het vak eruit ziet en vooral waar onderscheid en overeenkomst liggen met de intramurale, specialistische benadering.
Doorslaggevend voor de verdere ontwikkeling van wat nu 'kwaliteitsbeleid' heet, acht ik het van de grond komen van intercollegiale toetsing. In 1986 promoveert Richard Grol op dit onderwerp.[5]
In de conclusies van Grol staat o.a.: 'Met een goed opgezet toetsingsprogramma is het mogelijk huisartsen zover te brengen dat ze vertrouwd raken met activiteiten als beoordelen, kritiek krijgen en geven en normen ontwikkelen en toepassen. Hiermee wordt een basis gelegd voor de toekomst.'
Hij weet op dat moment misschien nog niet hoe waar zijn profetie is.

De stand van zaken qua na- en bijscholing is inmiddels:
1) verplichte opleiding:
– verplichte beroepsopleiding, inclusief onderlinge toetsing
– verplichte opleiding van de opleiders, eveneens met onderlinge toetsing
Beide vormen van opleiding zijn grotendeels gebaseerd op het Basistakenpakket.
2) niet-verplichte nascholing in diverse vormen:
– Via de Stichting Deskundigheids Bevordering met haar landelijk netwerk van Werkgroepen en Regionale en Plaatselijke Coördinatoren, uitgaande van de LHV (binnenkort met een andere structuur).
– Diverse vormen van Post-Academisch Onderwijs, waaronder cursussen speciaal voor de doelgroep huisartsen. Daarin participeren de universiteiten, de universitaire instituten met name en de SDH-huisartsen en andere huisartsen. In dit kader nemen oude, eerbiedwaardige cursussen zoals de Boerhaave cursussen in Leiden, de Hoytema in Twente en de Warfumcursussen een speciale plaats in. Het PAOG in Nijmegen neemt zowel landelijk als regionaal een grotere plaats in, dan PAOG aan andere faculteiten.
– Vele cursussen, symposia, etc. geheel of gedeeltelijk gefinancierd door de farmaceutische industrie. Overigens worden de eerste twee vormen ook 'behoorlijk' gesponsord door industrieën die er hun reclame-uitingen tegenover zetten.

HOE WORDT DE TOEKOMST?

De toekomst staat in het kader van het 'Kwaliteitsbeleid' en de 'Deskundigheidsbevordering'. Deze woorden zullen in de resterende 10 jaar van deze eeuw nog vaak klinken vanuit huisartsenland. Onlangs, juni 1990, zijn afspraken gemaakt tussen alle betrokkenen bij de kwaliteit van de zorg. Zij hebben een soort driehoeksverhouding. Dat zijn de verzekeraars op een punt van de driehoek, de aanbieders (= de huisartsen) op de andere punt en de consumenten/patiënten tezamen met de (kaderstellende en stimulerende) overheid op de laatste punt. De huisartsen hebben zich vastgelegd op de belofte binnen vijf jaar een intern kwaliteitssysteem operationeel te hebben. De NRV bewaakt als onpartijdige instantie de afspraken.[6]
De structuur van de reeds bestaande en de te ontwikkelen systemen voor kwaliteitsbewaking en toetsing staat vermeld in het schema.
In deze structuur zal de opleiding gegeven worden aan de hand van centraal goedgekeurde, geaccrediteerde onderwijspakketten. Nu reeds is er een centrale data-bank van de gezamelijke universitaire huisartseninstituten met onderwijsprogramma's.
De opleiding wordt afgesloten met een toetsing die bij voldoende resultaat de registratie als huisarts geeft.
Na vijf jaar vindt herregistratie plaats mits men aan een aantal criteria voldoet. De criteria zijn o.a. dat men nog steeds in voldoende mate het vak uitoefent, het enige criterium dat nu reeds bestaat.
Het tweede criterium is deelname aan verplichte intercollegiale toetsing en het volgen van tenminste een minimumpakket – goedgekeurde – nascholing.
In de volgende fase, we zijn dan ongeveer in 2001 aangeland, wordt er formatieve toetsing toegevoegd aan de nascholing. Dat wil zeggen dat getoetst wordt waar de sterke en zwakke kanten van de betreffende huisarts liggen, nog zonder konsekwenties. Pas in de laatste fase en dat is na 2001 wordt selectieve toetsing ingevoerd. Dat wil zeggen dat eens in de vijf jaar de kennis van de betreffende huisarts wordt getoetst en hij/zij voor herregistratie tenminste 'voldoende' moet scoren. Het kan ook zo zijn dat een aantal malen 'voldoende of meer' scoren op de toetsen passend bij de reeds verplicht gevolgde nascholing tezamen tel-



Het schema is overgenomen uit 'de Huisarts', september 1990, nr. 8.

len als testresultaat en herregistratie mogelijk maakt.
Een fraai plan: de structuur is goed geschetst, maar er moet nog veel gebeuren; onderwijspakketten moeten worden aangevuld en bijgehouden; nascholingspakketten met bijbehorende toetsen maken etc.
De eerste stappen zijn er al:
– het NHG heeft – goed kijkend naar Basistakenpakket en moderne ontwikkelingen – Standaarden van huisartsgeneeskundige zorg in ontwikkeling. Er verschijnt er sinds vorig jaar bijna maandelijks een. Bij deze standaarden worden scholings- en toetsingspakketten gemaakt. Enkele weken terug zag ik zelfs een toetsingspakket waarmee men op de eigen PC zich kan meten met de Standaardencriteria (Het project heeft de fraaie benaming RAP = richtlijnen automatiserings project).
– de NHG en LHV gaan nog meer samenwerken op het structurele terrein van nascholing.
– de overheid heeft geld ter beschikking gesteld, waarvan de deskundigen zeggen dat het te weinig is.

CONCLUSIE

De doelstelling van de KNGF, zoals vermeld in haar Discussienota over de regulering van (verplichte) na- en bijscholing fysiotherapie, lijkt me haalbaar.
Om deze doelstelling te halen zijn mogelijk de volgende punten uit de huisartsenwereld leerzaam:
1) Er is tijd nodig voor het goed omschrijven van de functie fysiotherapeut en het bijbehorende takenpakket.
2) Attitude verandering (bereidheid tot onderlinge toetsing met name) is een voorwaarde voor effectief kwaliteitsbeleid. Veel verbeteringen kunnen beter bereikt worden door onderlinge concensus dan door van boven af opgelegde verplichtingen. Als voorbereiding op het tot stand brengen van concensus is onderlinge toetsing een middel, geen doel.
3) Breng systematiek aan in na- en bijscholing op basis van het takenpakket en toets het effect. Voor- en nameting van toegepaste kennis en vaardigheden is daarbij de beste testmethode. ('competence' is niet gelijk aan 'performance')
4) Laat – uiteindelijk – deze toetsing ook konsekwenties hebben. Aanvankelijk in de vorm van verplichting tot deelname aan geselecteerde nascholing met bijbehorende 'examinering', maar bij blijvend onvoldoende resultaat zou herregistratie als beroepsbeoefenaar moeten worden nagelaten. ■

J.W.G. Schellekens

Literatuur:

1. KNGF. Concept Diskussienota over regulering van (verplichte) na- en bijscholing fysiotherapie. Juni 1990, Amersfoort.

2. Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Beroepsomschrijving Verloskundigen. 1990.

3. Instituut voor huisartsgeneeskunde van de rijksuniversiteit Utrecht. Kenmerken van de huisarts. Rapport onderwijsdoelstellingen, 1975.

4. Landelijke Huisartsen Vereniging. Basistakenpakket van de huisarts, Utrecht, 1983.

5. Richard Grol. Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde. Effecten van onderlinge toetsing. Dissertatie, Nijmegen, 1986.

6. Afspraken over kwaliteitsbeleid. Medisch Contact, 6 juli 1990.

SAMENWERKING HUISARTS-FYSIOTHERAPEUT

VAN DE BASALE ORGANISATIE TOT SAMENWERKING BIJ PATIËNTEN MET SOMATISCHE FIXATIE

In de serie 'Samenwerking Huisarts-Fysiotherapeut' zijn onlangs verschenen de werkboeken: 'Beeldvorming', 'Vormen van casuïstiekbespreking' en 'Samenwerken en somatische fixatie.' Reeds eerder zagen het 'Basisboek' en 'Basale organisatie van de samenwerking' het licht. De uitgaven komen voort uit het project 'Samenwerking Huisarts-Fysiotherapeut, dat is uitgevoerd door de Stichting O&O (Stichting Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg) en SWSF (Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie). Deelnemers aan de studiedag 'Samenwerking Huisarts-Fysiotherapeut' op 31 oktober jl. hadden de primeur wat betreft de kennismaking met de laatste drie werkboeken uit de reeks. De serie is geschreven voor huisartsen en fysiotherapeuten die ideeën op willen doen voor het verbeteren van de samenwerking. Bovendien is de reeks direct geschikt voor initiatiefnemers en gespreksleiders van een groep huisartsen en fysiotherapeuten.

BASALE ORGANISATIE

Het 'Basisboek' bevat een handleiding voor het samenstellen van een groep huisartsen en fysiotherapeuten en de organisatie van bijeenkomsten. Tevens wordt achtergrondinformatie gegeven voor de gespreksleiding.
Werkboek 1 'Basale organisatie van de samenwerking' bevat een handleiding voor een programma van een drietal bijeenkomsten waarin de onderwerpen verwijzing, terugrapportage en tussentijds overleg aan de orde komen. Daarnaast staan in het boek aanwijzingen voor verbetering van de basale organisatie.

SAMENWERKINGSMODEL

1. BASALE ORGANISATIE
2. BEELDVORMING
3. GEZAMENLIJK HANDELEN

BEELDVORMING

Om elkaars vakgebied en werkwijze beter te leren kennen bevat werkboek 2, 'Beeldvorming', een vijftal ingangen: via de thema's 'Dagindeling van huisarts en fysiotherapeut' en 'Indicaties voor fysiotherapie' is het mogelijk via een gestructureerd programma een beter beeld te krijgen van de andere discipline. Andere werkwijzen zijn lezingen, demonstraties en observaties. Voor de organisatie hiervan biedt het boek tal van aanwijzingen.
Werkboek 3 'Vormen van casuïstiekbespreking' geeft een beschrijving van een drietal mogelijkheden om casuïstiek te bespreken. Voor casuïstiekbespreking in groepsverband bijvoorbeeld kan men kiezen uit het bespreken van een 'papieren' patiënt, het bespreken van een patiënt aan de hand van problemen gedurende de fysiotherapeutische behandeling en het bespreken van een patiënt door terug te blikken op de verwijzing en de fysiotherapeutische behandeling, een half jaar na afloop van de behandeling.
De werkboeken 'Beeldvorming' en 'Vormen van casuïstiekbespreking' geven diverse manieren aan voor de verbetering van met name fase 2 van het samenwerkingsmodel: beeldvorming.

GEZAMENLIJK HANDELEN

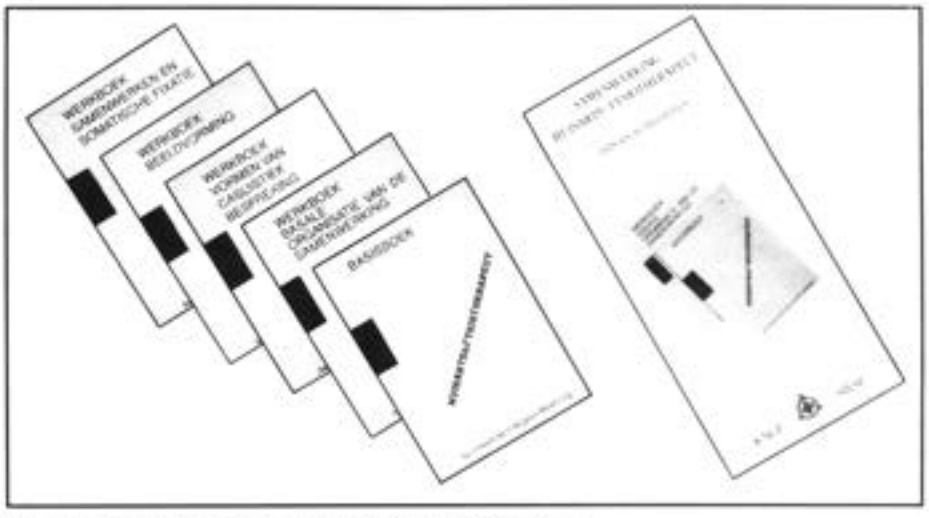
Werkboek 4 'Samenwerken en somatische fixatie' beschrijft de behandeling van het onderwerp 'somatische fixatie' in een overleggroep van huisartsen en fysiotherapeuten. Het boek bevat onder andere een hoofdstuk over knelpunten en verwachtingen in de samenwerking met betrekking tot het thema 'somatische fixatie' en in de bijlagen een aantal artikelen over preventie van "somatische fixatie". Behalve dat in fase 3 van het samenwerkingsmodel verder gewerkt kan worden met de werkboeken 'Beeldvorming' en 'Vormen van casuïstiekbespreking' leent het laatste werkboek 'Samenwerken en somatische fixatie' zich bij uitstek voor deze fase.

BROCHURE

Het KNGF en de SWSF hebben gezamenlijk een brochure uitgegeven met enkele tips die van belang kunnen zijn voor huisartsen en fysiotherapeuten die met elkaar aan de slag willen gaan. Bovendien geeft de brochure een overzicht van de activiteiten van KNGF en SWSF over dit onderwerp. De gratis brochure kunt u aanvragen bij het KNGF en de SWSF.

BESTELLEN

Prijzen van de werkboeken, exclusief verzendkosten:
'Basisboek' *f* 12,50;
werkboek 1 'Basale organisatie van de samenwerking' *f* 17,50;
werkboek 2 'Beeldvorming' *f* 18,--;
werkboek 3 'Vormen van casuïstiekbespreking' *f* 20,--;
werkboek 4 'Samenwerken en somatische fixatie' *f* 16,--.
U kunt de werkboeken uit de serie 'Samenwerking Huisarts- Fysiotherapeut' bestellen bij de SWSF, Postbus 1161, 3800 BD Amersfoort. ■



Serie 'Samenwerking Huisarts-Fysiotherapeut'/Brochure

KWALITEITSZORG, EEN MUST OOK VOOR DE FYSIOTHERAPIE

Intercollegiale toetsing wordt in het kader van de zogenaamde 'BIG-wet' (Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg) genoemd als een van de belangrijkste activiteiten in het kader van de kwaliteitsbevordering van het beroepsmatig handelen. In het kader van de kwaliteitsbevordering van de fysiotherapeutische zorgverlening, de hoofddoelstelling van het beleid van het KNGF voor de komende jaren, is het stimuleren en initiëren van ontwikkelingen op dit terrein dan ook een belangrijke opdracht voor het KNGF. Onderstaand treft U de tekst van de lezing welke door de heer W. den Hartog werd gehouden op het afgelopen jaarcongres van het KNGF. De heer W. den Hartog, fysiotherapeut, is als projectleider van het project Ontwikkeling Toetsing Fysiotherapie werkzaam bij het CBO (Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing). Zowel het KNGF als de SWSF zijn via vertegenwoordigers in de begeleidingscommissie van dit project betrokken.

In huidige discussies m.b.t. de Nederlandse gezondheidszorg staat in toenemende mate het begrip kwaliteit centraal. Zo is een van de speerpunten van het beleid van de huidige staatssecretaris, naast de stelselherziening, het kwaliteitsbeleid. Uitgangspunt voor de overheid in dit beleid is dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorgverlening primair een zaak is van het veld zelf. Alleen als de kwaliteit van de gezondheidszorg in het geding dreigt te komen, als mocht blijken dat betrokken partijen deze verantwoordelijkheid onvoldoende waarmaken, zal de overheid tot meer dwingende maatregelen overgaan. Het zal duidelijk zijn dat deze ruimte tot zelfregulering kansen schept, maar tegelijkertijd ook verplichtingen. Vandaar dat vele beroepsgroepen binnen de gezondheidszorg het begrip kwaliteit in hun beleid voor de komende jaren een centrale plaats laten innemen.

Ook binnen de fysiotherapie kunnen we deze toenemende belangstelling voor het begrip kwaliteit terugvinden. In de recent verschenen raamwerknota 'Beleid KNGF, op weg naar de jaren 90' wordt een uitgebreid overzicht gegeven van de beleidsvoornemens van het KNGF m.b.t. haar kwaliteitsbeleid. Nu worden in deze nota uiteenlopende activiteiten geschaard onder de kwaliteitsparaplu, bv. een wetenschappelijk onderzoek, consensusbijeenkomsten, na- en bijscholing, etc. In dit artikel wil ik mij beperken tot één van de in deze nota genoemde activiteiten, nl. intercollegiale toetsing. Hierbij zal ik eerst de verschillen tussen wetenschappelijk onderzoek en intercollegiale toetsing aan de orde stellen. Daarna zal aan de hand van het op dit moment lopende project Ontwikkeling Toetsing Fysiotherapie worden geïllustreerd hoe concreet vorm gegeven kan worden aan intercollegiale toetsing.

KWALITEIT

Maar eerst nog een enkel woord over het begrip kwaliteit.

In het denken over kwaliteit binnen de gezondheidszorg valt in de loop van deze eeuw een bepaalde ontwikkeling waar te nemen. De mij ter beschikking staande ruimte staat mij toe hier slechts een enkele opmerking over te maken.

In de dertiger jaren waren het Lee en Jones die met een eerste definitie van het begrip kwaliteit binnen de gezondheidszorg kwamen: hoog gekwalificeerde zorg is die zorg die alle relevante kennis en technieken aanwendt die ter beschikking staan van de gezondheidszorg. Uit deze definitie spreekt een, voor die tijd overigens begrijpelijke, tendens tot maximalisering. In de huidige tijd, waarin nadrukkelijk vragen worden gesteld naar de grenzen van de gezondheidszorg, zowel in financieel als in ethisch opzicht, lijkt deze kijk op kwaliteit echter niet langer te handhaven.

Op dit moment wordt het denken over kwaliteit meer gekoppeld aan een evaluatie-component.

> **Kwaliteit is de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg en de praktijk van die zorg**
>
> **Donabedian, 1982**

In deze definitie van Donabedian, een van de belangrijkste Amerikaanse auteurs op het terrein van de kwaliteitsbevordering in de gezondheidszorg, wordt deze visie duidelijk zichtbaar. Uit deze definitie valt te lezen dat voor het beoordelen van de kwaliteit een nadere operationalisering in de vorm van criteria noodzakelijk is. Ook maakt deze definitie het subjectieve karakter van een kwaliteitsoordeel zichtbaar, immers de criteria van goede zorg kunnen vanuit verschillende perspectieven ingevuld worden. Het is hierbij niet denkbeeldig dat patiënten, ziektekostenverzekeraars, verwijzend artsen en fysiotherapeuten tot hele andere accenten zullen komen. Maar ook tussen fysiotherapeuten onderling zullen verschillende inzichten kunnen bestaan in wat per geval nu eigenlijk 'kwaliteit' is.

Voor een oordeel over kwaliteit is het dus belangrijk te beschikken over criteria van goede zorg. Deze criteria vormen als het ware de meetlat waarlangs de in werkelijkheid verleende zorg kan worden nagemeten op de gerealiseerde kwaliteit. Afsluitend wil ik opmerken dat kwaliteit een dynamisch en subjectief karakter kent, dat essentieel bij een omschrijving van kwaliteit is, het aangeven van het object (immers kwaliteit van wat eigenlijk?) en dat bij een oordeel over en verbetering van de kwaliteit een evaluatiecomponent essentieel is.

In discussies met betrekking tot de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorgverlening klinkt vaak de roep om meer wetenschappelijk onderzoek door. En terecht, want een verdere wetenschappelijke onderbouwing van de fysiotherapie is belangrijk om antwoord te kunnen geven op vragen als: (en ik citeer nu even prof. Oostendorp uit zijn voordracht op het recent gehouden lustrumsymposium van de SWSF): op basis van welke inzichten wij wat doen, op welk moment, met welke intensiteit, met welk beoogd effect en hoe onder welke voorwaarde dat effect kan worden bereikt. Als het gaat om kwaliteitsbevordering in bredere zin zijn echter ook nog andere vragen belangrijk. Bijvoorbeeld: In hoeverre wordt bestaande kennis eigenlijk juist toegepast? In hoeverre worden zorgprocessen door ons beheerst? Of heel simpel, als we weten hoe het moet, gebeurt het dan ook zo in de dagelijkse praktijk? Dit zijn vragen die passen in het kader van kwaliteitszorg.

KWALITEITSZORG EN RESEARCHACTIVITEITEN

Onderstaande tabel geeft een overzicht van enige belangrijke accentverschillen tussen activiteiten op het terrein van de kwaliteitszorg en researchactiviteiten. Ik zal de verschillende punten even met U langslopen. Voor de goede orde wil ik vooral nog even aangeven dat de verschillen in deze tabel nogal absoluut zijn weergegeven, terwijl voor sommige aspecten mogelijk meer sprake is van uitersten op een continuüm. Het gaat mij er in dit verband echter om beide activiteiten zo duidelijk mogelijk te contrasteren.

Het belangrijkste verschil tussen beide activiteiten is gelegen in de doelstelling. Bij

	Kwaliteitszorg	Research
Doelstelling	verbeteren van de zorgverlening	ontwikkelen van nieuwe kennis
Resultaten	specifiek voor betreffende omstandigheden	vaak generaliseerbaar naar andere situaties
Conclusie	waarde-oordeel	'neutrale waarheid'
Plaats van onderzoek	van groot belang	geminimaliseerd tot de te onderzoeken variabelen
Rapportage	intern voor eigen beleid	extern en openbaar
Beleidsimplicaties	worden onderkend	over het algemeen niet genoemd

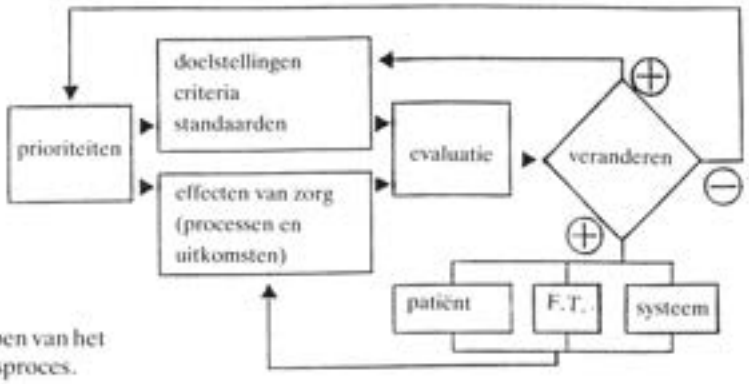
kwaliteitszorg gaat het primair om verbetering van de zorgverlening, door na te gaan of in werkelijkheid gehandeld is volgens vooraf opgestelde criteria. Essentieel in deze is het doorvoeren van veranderingen in het geval van gebleken deficiënties.
Bij research gaat het primair om het ontwikkelen van nieuwe of nader bevestigen van bestaande kennis.
Kwaliteitszorg is specifiek gericht op de betreffende omstandigheden, terwijl bij research meestal gestreefd wordt naar een zekere generaliseerbaarheid van de resultaten naar andere situaties.
De conclusies bij kwaliteitszorg betreffen een waarde-oordeel, gebaseerd op een vergelijking tussen behaalde en beoogde kwaliteit. Bij research gaat het meer om het vinden van de 'neutrale waarheid' (om op voorhand discussies met hier aanwezige wetenschapsfilosofen te omzeilen is het in de wetenschap nogal omstreden begrip 'neutrale waarheid' nadrukkelijk tussen aanhalingstekens geplaatst).
De plaats van onderzoek is bij kwaliteitszorg van groot belang, de conclusies betreffen een waarde-oordeel dat echter alleen betrekking heeft op de vermelde omstandigheden en de betrokken zorgverleners. Terwijl bij het streven naar een zo groot mogelijke extreme validiteit bij research de invloed van de plaats getracht wordt te minimaliseren tot de te onderzoeken variabelen.
De rapportage is bij kwaliteitszorg primair intern ten behoeve van het eigen beleid en aan de beleidsimplicaties wordt veel belang gehecht. Rapportage van researchactiviteiten is extern en openbaar, eventuele beleidsimplicaties welke uit het onderzoek kunnen voortvloeien worden over het algemeen niet genoemd.
Samengevat kan gesteld worden dat bij kwaliteitszorg en research verschillende vragen worden gesteld. Zo zal de vraag: draagt preoperatieve instructie bij total-hip patiënten bij tot een sneller postoperatief herstel, een researchvraag betreffen. Terwijl de vraag: worden in ons ziekenhuis preoperatieve instructies gegeven conform het vastgestelde protocol, een vraag op het terrein van de kwaliteitszorg betreft.

INTERCOLLEGIALE TOETSING

Hoe kan nu concreet vorm worden gegeven aan kwaliteitszorg? Om dit te illustreren wil ik in het kort iets vertellen over het lopende project Ontwikkeling Toetsing Fysiotherapie. In dit pilot-project dat zich richt op de intramurale fysiotherapie wordt op beperkte schaal, een twaalftal afdelingen fysiotherapie, intercollegiale toetsing ingevoerd. Op basis van ervaringen in dit project is het de bedoeling toetsing op ruimere schaal te implementeren binnen de fysiotherapie. Het project wordt uitgevoerd onder begeleiding van het CBO (het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing, bij sommigen van u mogelijk bekend als organisator van consensusbijeenkomsten). Na een uitgebreide informatiefase, waarin alle betrokken fysiotherapeuten geïnformeerd zijn t.a.v. de doelstelling van het project en de te hanteren methode van intercollegiale toetsing, is binnen de deelnemende afdeling een toetsingscommissie gevormd. Deze toetsingscommissie bestaat uit twee vaste leden, nl. een leidinggevende van de afdeling en een interne projectbegeleider (de laatste is een teamlid, geïnteresseerd in en enthousiast voor intercollegiale toetsing, die fungeert als voorzitter en motor van de commissie), daarnaast kent de commissie een wisselende samenstelling afhankelijk van het gekozen onderwerp. De commissie rapporteert regelmatig aan de teamvergadering en op belangrijke beslismomenten in het toetsingsproces (bv. het vaststellen van de criteria) worden concepten ter accordering aan de teamvergadering voorgelegd.
Aan de binnen het project gebruikte methode van intercollegiale toetsing, waarmee onder medisch specialisten en verpleegkundigen al uitgebreid ervaring is opgedaan, liggen de volgende uitgangspunten ten grondslag.

Uitgangspunten bij toetsing
- **Gestructureerd proces**
- **Probleemgeoriënteerde onderwerpen**
- **Betrokkenheid van desbetreffende zorgverleners**
- **Niet sanctionerend, maar een educatieve strekking**
- **Gericht op verbetering van de zorgverlening**

Toetsing dient binnen de afdeling een georganiseerde en gestructureerde activiteit te zijn, en niet alleen een ad hoc activiteit voor vrijwilligers op regenachtige middagen. De toetsing is probleemgeoriënteerd, d.w.z. dat zoveel mogelijk knelpunten bij de kop worden genomen. Onvrede met een bestaande situatie verhoogt immers de kans dat de benodigde motivatie, om tijd en energie in toetsing te stoppen, wordt gerealiseerd. De bij een onderwerp direct betrokken fysiotherapeuten spelen een belangrijke rol bij het uitwerken van het probleem. Verwacht kan worden dat zij het meeste inzicht hebben in de betreffende situatie. Een nog belangrijker argument in deze is dat zij bereid zullen moeten zijn de eventueel benodigde veranderingen ook daadwerkelijk uit te voeren. Toetsing heeft een belangrijk educatief karakter, het wordt zeker niet gehanteerd als een repressief controlemiddel om de 'bad apples' binnen de afdeling op het spoor te komen. En tenslotte, het gaat bij toetsing primair om verbetering, men is dan ook sterk actiegeoriënteerd.
Welke stappen worden door de deelnemende afdelingen nu in een toetsingscyclus doorlopen?



De stappen van het toetsingsproces.

De eerste stap bestaat uit het kiezen van een onderwerp. Zoals reeds gezegd zullen bij voorkeur knelpunten bij de kop worden genomen. Daar vaak meerdere onderwerpen voor toetsing in aanmerking komen is het belangrijk om prioriteiten te stellen.
Nadat een onderwerp voor toetsing is gekozen volgt de tweede stap, het formuleren van criteria. Criteria zijn omschrijvingen van goede zorg die het mogelijk maken een oordeel over de werkelijk verleende zorg uit te spreken. Bij het formuleren van criteria wordt zo mogelijk gebruik gemaakt van beschikbaar wetenschappelijk onderzoek. Vaak zijn echter voor de desbetreffende specifieke situatie geen bruikbare onderzoeksresultaten voorhanden. Dan kan gebruik gemaakt worden van adviezen van deskundigen of de eigen empirische ervaring om de criteria te formuleren. Om daadwerkelijke toetsing mogelijk te maken dienen de criteria zo eenduidig en exact mogelijk gedefinieerd te worden. Na het formuleren van de concept-criteria is het belangrijk deze ter accordering aan de betrokken fysiotherapeuten voor te leggen. Om een optimale kans op succes voor eventueel benodigde veranderingen te bewerkstelligen is het uiterst belangrijk dat de criteria die aangeven wat wenselijk is, door betrokkenen worden geaccepteerd.

Mensen geloven,
alleen wat ze zelf bedacht hebben
Mensen onthouden,
alleen wat ze zelf bedacht hebben
Mensen doen,
alleen wat ze zelf bedacht hebben

Deze uitspraak zag ik ooit op een studiedag m.b.t. het thema veranderingsprocessen. En uit eigen ervaring kan ik stellen dat over het algemeen fysiotherapeuten niets menselijks vreemd is in deze.
Nadat de criteria zijn geformuleerd en vastgesteld, volgt de volgende stap, het verzamelen van gegevens over feitelijk handelen.
Als de gegevens over het feitelijk handelen zijn verzameld worden bij de vierde stap van dit toetsingsmodel de verkregen gegevens vergeleken met de vastgestelde criteria. Op basis van deze vergelijking wordt een oordeel uitgesproken over de geleverde zorg. Bij overeenkomsten van de feitelijke gegevens met de geformuleerde wenselijkheid zal geen verandering nodig zijn en kan een volgend onderwerp bij de kop genomen worden. Bij een discrepantie tussen de criteria en de werkelijk verleende zorg zal een verandering aangewezen zijn. Het is nu mogelijk om of de criteria aan te passen (men komt tot de slotsom dat deze niet realistisch geformuleerd waren), of een veranderplan op te stellen teneinde de zorg meer in overeenstemming met de criteria te brengen.
Deze laatste stap is de stap waar het bij kwaliteitszorg natuurlijk uiteindelijk om draait. Bij deze stap worden de veranderingen gepland en uitgevoerd om de gebleken deficiënties in de zorgverlening op te heffen. Of de doorgevoerde veranderingen het gewenste effect hebben gehad kan tenslotte via hertoetsing worden vastgesteld.

EFFECT VAN VERANDERINGEN

Aan de hand van een voorbeeld wil ik het bovenstaande even heel kort voor U nader concretiseren.
Stel dat in een overleg tussen eerste- en tweedelijns fysiotherapeuten in een bepaalde regio naar voren kwam, dat er problemen waren in de overdracht van informatie t.a.v. uit het ziekenhuis ontslagen patiënten, die in de eerste lijn verder behandeld dienden te worden. Voor de eerstelijns fysiotherapeut belangrijke informatie werd vaak te laat gegeven, was onvolledig en werd soms zelfs helemaal niet verstrekt. E.e.a. werd ingebracht in de teamvergadering van de afdeling fysiotherapie van het betreffende ziekenhuis. Door de afdeling werd erkend dat het hier een reëel probleem betrof, met een grote mate van corrigeerbaarheid. Men besloot het onderwerp aan een toetsingsstudie te onderwerpen.
Daar verwacht werd in de literatuur weinig aanknopingspunten te vinden t.a.v. dit specifieke onderwerp, werd besloten zelf criteria op te stellen. Na overleg met de eerstelijns collega's werd door de toetsingscommissie een gewenste procedure vastgesteld en enkele criteria geformuleerd t.a.v het tijdstip, de vorm en de inhoud van de overdracht. Deze criteria werden in de afdelingsvergadering ter accordering aan het voltallige team voorgelegd en geaccepteerd.
Vervolgens werden gedurende een vooraf vastgestelde periode gegevens verzameld. Hierbij werd gebruik gemaakt van kopieën van de overdrachtsbrief en enquêtes onder eerste-lijns fysiotherapeuten.
Vergelijking van de feitelijke gegevens met de vooraf opgestelde criteria liet zien dat aan een aantal criteria onvoldoende werd voldaan. Bespreking van e.e.a. in de teamvergadering leverde de conclusie op dat het gevonden verschil ontoelaatbaar werd geacht.
Een aantal maatregelen werd getroffen om de gebleken deficiënties op te heffen. Een standaardontslagbrief werd ontworpen, een signaleringssysteem vanuit het secretariaat werd opgezet en in het werkoverleg werd het onderwerp regelmatig aan de orde gesteld, teneinde een ieder alert te houden ten aanzien van dit punt. Een hertoetsing enkele maanden later uitgevoerd, liet zien dat er een duidelijke verbetering was opgetreden t.o.v. de eerste registratie.
Het is nu niet de plaats en de tijd om veel te zeggen over de ervaringen vanuit het project Ontwikkeling Toetsing Fysiotherapie, een uitgebreide evaluatie dient nl. nog plaats te vinden en staat gepland voor het komende voorjaar. Eigen aan een ontwikkelproject is dat men met knelpunten wordt geconfronteerd. Starten met toetsing impliceert dan ook een leerproces. In het project wordt echter bewust gewerkt vanuit een bekend Chinees spreekwoord dat zegt: "Geef een man geen vis, maar leer hem vissen". In het begin zullen vnl. kleine voorntjes gevangen worden. Maar de verwachting is dat als er gevist blijft worden de karpers vanzelf zullen volgen.
Absoluut overheersend in de geluiden uit het project zijn de positieve geluiden. Enkele voorbeelden:
– Toetsing is sterk educatief. Men leert er veel van.
– Toetsing geeft meer inzicht in zorgprocessen.
– Toetsing geeft meer inzicht in hoe problemen te analyseren en op te lossen.
– Toetsing werkt positief t.a.v. samenwerkingsprocessen.

CONCLUSIE

De fysiotherapie ziet zich geconfronteerd met de noodzaak om zichtbaar te maken op welke wijze zij inhoud geeft aan haar verantwoordelijkheid op het terrein van de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorgverlening. Er zijn vele activiteiten die een bijdrage kunnen leveren aan het verder ontwikkelen van de kwaliteit van de fysiotherapie. In dit artikel heb ik proberen aan te geven dat in dit kader naast wetenschappelijk onderzoek, kwaliteitszorg een belangrijke plaats verdient. Kort is ingegaan op enkele verschillen tussen research en kwaliteitszorg. Daarna heb ik het project Ontwikkeling Toetsing Fysiotherapie gebruikt als voorbeeld om te illustreren hoe concreet invulling gegeven kan worden aan intercollegiale toetsing in een instelling.
Waarom zou U nu eigenlijk aan intercollegiale toetsing beginnen? Als de positieve geluiden uit het project Ontwikkeling Toetsing Fysiotherapie U nog onvoldoende hebben kunnen overtuigen, kunt U het ook altijd als Uw professionele plicht zien. Als fysiotherapeuten willen we tenslotte graag goede professionals zijn.

Professioneel handelen
- **doelgericht**
- **doelmatig**
- **planmatig**
- **reflectief**

Professioneel handelen is naast doelgericht, doelmatig en planmatig ook altijd reflectief handelen. Toetsing sluit aan bij deze reflectieve component en is daarmee dus onderdeel van het werk van de professional. Toetsing van het fysiotherapeutisch handelen zou naar mijn idee dan ook een integraal onderdeel van de beroepsuitoefening dienen te zijn. Op basis van eigen observaties en ervaringen kan ik U zeggen dat het echter ook gewoon leerzaam en leuk is om te doen. ■

W. den Hartog

BIJZONDER HOOGLERAAR FYSIOTHERAPIE

In het kader van het 100-jarig bestaan van het KNGF in 1989 heeft het college van Bestuur van de Rijks Universiteit Utrecht dit voorjaar ingestemd met de installatie van een bijzondere leerstoel Fysiotherapie door het KNGF.
Teneinde tot de benoeming van een hoogleraar te komen is een benoemingsadviescommissie samengesteld uit vertegenwoordigers van de medische faculteit en het KNGF.
Deze commissie heeft sollicitanten opgeroepen op basis van een vastgesteld profiel. Onlangs heeft de commissie de procedure afgerond en een advies uitgebracht aan het college van Bestuur van de Rijks Universiteit Utrecht en het Bestuur KNGF. In haar laatste vergadering heeft het bestuur ingestemd met het advies. Dit houdt in dat na toestemming van het College van Bestuur dr. P.J.M. Helders benoemd zal worden als Bijzonder Hoogleraar Fysiotherapie aan de Medische Faculteit van de Rijks Universiteit te Utrecht.

Dr. P.J.M. Helders is op 15 januari 1946 geboren in Heerlen. Van 1970 tot 1975 heeft hij als fysiotherapeut in verschillende instellingen in Limburg gewerkt. Sinds 1975 is hij hoofd van de afdeling fysiotherapie in het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht.
In 1986 behaalde hij het doctoraal examen Revalidatie en Fysiotherapie aan de Vrije Universiteit te Brussel.
In 1989 promoveerde hij tot doctor aan de Rijksuniversiteit Utrecht.
Helders bekleedt een groot aantal funkties, waaronder voorzitter van de wetenschappelijke staf van het Wilhelmina Kinderziekenhuis, bestuurslid van de vakgroep kindergeneeskunde, docent aan verschillende instellingen, hoofdredakteur van het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie en medewerker aan verschillende internationale tijdschriften.
Helders heeft ruim 100 publikaties op zijn naam staan.
Het bestuur van het KNGF heeft het volste vertrouwen dat dr. Helders een belangrijke bijdrage zal leveren aan de verdere integratie van fysiotherapie in de gezondheidszorg. ■

DE GEVOLGEN VAN DE EENWORDING VAN EUROPA IN 1992 VOOR DE FYSIOTHERAPIE

Het idee van een verenigd Europa wordt steeds meer gepropageerd. Via de media wordt het publiek aan alle kanten opmerkzaam gemaakt op de veranderingen die onder invloed van de interne markt op kunnen treden. 'Europa 1992 verandert ook uw wereld!' is hierbij een veel gebruikte uitspraak. Er is al veel geschreven over de veranderingen die plaats kunnen vinden binnen de verschillende (met name economische) sectoren, echter over de gezondheidszorg en met name fysiotherapie is nog weinig bekend.
Vandaar onze motivatie voor dit onderwerp.
Dit artikel is geschreven voor iedere belanghebbende in de fysiotherapie die zich afvraagt wat er dan wel gaat veranderen door 'Europa 1992' en wat voor gevolgen dat kan hebben.
We zijn echter in principe uitgegaan van een doelgroep bestaande uit praktiserende fysiotherapeuten, de werkloze fysiotherapeuten, en de studenten fysiotherapie.

WITBOEK

Als handleiding hebben wij het zogenaamde witboek ter hand genomen. Dit is een rapport, opgesteld onder leiding van Lord Cockfield, met 279 maatregelen die samen tot de eenwording van Europa in 1992 moeten gaan leiden. We hebben hieruit de punten besproken die van invloed zouden kunnen zijn op de fysiotherapie. Ook de indirekte gevolgen komen aan de orde.

Ons onderzoek besloeg het bestuderen van de voorhanden zijnde literatuur, en het voeren van gesprekken met personen die direkt en indirekt met Europa 1992 te maken hebben. Tevens hebben wij een minienquête gehouden onder eerder vermelde doelgroepen. Dit laatste om een indruk te verkrijgen over de aktualiteit van Europa 1992 onder hen.

Uit het eerder genoemde witboek kwamen acht punten naar voren die van direkte invloed zouden kunnen zijn op de fysiotherapie na 1992. Deze acht punten zijn door ons nauwkeurig onderzocht op de huidige en toekomstige situatie. In dit artikel zullen wij ons beperken tot de toekomstige situatie.

Deze acht punten zijn:

1. Getuigschriften vakbekwaamheid, vergelijkbaarheid.
2. Vestigingsrecht: erkenning Hoger Onderwijs diploma's.
3. Verblijfsrecht voor nog niet of niet meer werkende burgers van de lidstaten.
4. Verzekeringen (ziekteverzekeringen).
5. Verzekeringsovereenkomsten.
6. Informatiediensten.
7. Verblijfsvergunningen.
8. Europese Beroepsopleidingenkaart.

Behalve deze acht punten met direkt gevolg voor de fysiotherapie na 1992, creëren de 271 overgebleven punten op hun beurt de indirekte gevolgen. Deze indirekte gevolgen zijn:
De ondernemers zullen in de toekomst op europees niveau een aanzienlijke rol gaan spelen. Zij zullen een versterking van hun concurrentie nastreven door een grotere afzetmarkt te zoeken, de kwaliteit van hun produkten te verbeteren en een verlaging van de produktie- en de loonkosten te realiseren. Met name deze verlaging van de loonkosten zal de gezondheidszorg gaan raken. De druk op de collectieve lasten zal toenemen daar de belastingen en/of premies omlaag zullen moeten, opdat de werknemers voldoende koopkracht behouden.
Echter, de gezondheidszorg wordt uit premies, opgebracht door werknemers en werkgevers, betaald. Gezien het te verwachten ondernemersgerichte klimaat (individualisme!) zal de solidariteit steeds meer op de tocht komen te staan. Tevens zal door hun kritische houding het medisch gehalte van vooral de chronische zorg en de tegen de gezondheidszorg aanleunende maatschappelijke dienstverlening aan de orde gesteld worden. Bij het huidige beleid zal er een proces van segmentering plaatsvinden, een groter onderscheid tussen cure en care, waardoor de gezondheidszorg steeds medischer zal worden.
Tevens zal door de nagestreefde concurrentieverbetering de kwaliteit omlaag gaan. Immers in onze professionele gezondheidszorg levert dit minder dure professionele krachten, kortere opnameduur, meer mantel- en thuiszorg.

Dit artikel is geschreven naar aanleiding van een afstudeerscriptie van de fysiotherapiestudenten W. Post en L. Echteld. De scriptie kreeg de beoordeling 'cum laude'.

De verlaging van de loonkosten om de concurrentiepositie te verbeteren zal iedereen in de gezondheidszorg gaan raken, zo ook de fysiotherapeuten. Specifieker ligt het echter bij de verschuiving van care naar cure. Dit houdt in dat het onderdeel 'care' naar de thuiszorg zal verhuizen. Wij zien fysiotherapie als een vak dat zowel cure als care behelst. Wanneer het blok care een kleiner deel in gaat nemen, c.q. wegvalt, zal dat voor de fysiotherapeuten in het begin merkbaar zijn maar zal men in veel gevallen deze patiënt toch weer terug krijgen, maar nu voor 'cure'. Immers het gebrek aan care zal een vraag naar cure blijven opleveren!
Tot zover de indirecte gevolgen. We vervolgen met een beschouwing van de direkte gevolgen (zie de acht punten) die de eenwording zou kunnen hebben op onze drie doelgroepen (werkenden, werklozen, studenten).

ARBEIDSMOBILITEIT

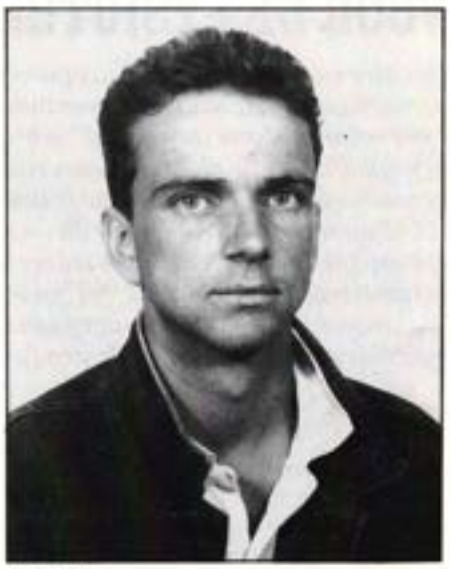
De punten 1 en 8 vallen onder dezelfde noemer; het één levert immers het ander. De arbeidsmobiliteit binnen de EG moet omhoog, daarom is er een register ingesteld waarin vraag en aanbod worden opgenomen. Hierbij vindt een selectie plaats van de daarvoor benodigde getuigschriften. Deze getuigschriften echter moeten worden erkend en vergeleken. Tevens moet er aan dit getuigschrift een europese beroepsopleidingenkaart gekoppeld worden, welke twee voordelen levert, te weten:
a. De zekerheid dat de houder vakbekwaam is (dit is een extra aantekening zodat men tevens precies weet welke verschillen en hiaten er bestaan tussen de houders in de verschillende lidstaten);
b. Ook levert de beroepsopleidingenkaart het voordeel dat bij werken in een andere lidstaat er voor de houders de benodigde verblijfsvergunningen automatisch worden bijgeleverd.
Op dit moment zijn deze twee richtlijnen echter verre van ingevoerd en durven wij wat dit betreft te spreken van een utopie!
Punt twee heeft tot gevolg dat de lidstaten naar elkaar moeten groeien als het gaat om de inhoud van Hoger Onderwijs diploma's. Vanaf 4 januari 1989 hebben ze twee jaar de tijd om nationaal de maatregelen te treffen welke moeten leiden tot gelijkstelling van het niveau van de opleidingen, waardoor er geen mogelijkheid meer bestaat voor een lidstaat om fysiotherapeuten uit een andere lidstaat te weigeren op grond van een 'mindere' opleiding.
De invoering van dit punt heeft al voor een groot deel plaatsgevonden, het wachten is op de puntjes op de i.
Punt 3 en 7 worden weer gezamelijk besproken gezien hun overeenstemmende karakters.
Verblijfsrecht en recht van vestiging: De commissie heeft een aantal wetgevingen in het leven geroepen welke het vrije verkeer als werknemer aan u garanderen en tevens verbieden om u op grond van uw nationaliteit te discrimineren.
Punt 4 betreft de verzekeringen en punt 5 de verzekeringsovereenkomsten. De richtlijnen uit Brusssel maken het mogelijk dat buitenlandse verzekeraars hun diensten in Nederland makkelijker gaan aanbieden.
Daar er in het buitenland in tegenstelling tot Nederland bijna geen particuliere ziektekostenverzekeraars zijn, leeft de verwachting dat echter nederlandse verzekeraars eerder de europese markt open zullen trekken dan dat buitenlanders dat doen. Belangrijkste reden hiervan is de aanwezige nederlandse know how op dit gebied.
Voor fysiotherapeuten in Nederland zal deze maatregel dan ook weinig veranderingen opleveren.
Punt 6 is het invoeren van zogenaamde informatiediensten. Dit houdt in dat er een bundeling gaat plaatsvinden van kennis, onderzoek en innovatie. Ook het medisch inhoudelijke en technologisch onderzoek zal gebundeld gaan plaats vinden om dubbele investeringen te voorkomen. Ook deze richtlijn is nog verre van ingevoerd.

Secretariaat Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

J. van Eijkeren, secretaris,
Mw. V. Wiarda, beleidsmedewerker,
Mw. C. Bakker, ledeninformatie,
mw. M. Rovers-Kranenburg, secretaresse,
Mw. E. van de Walt, secretaresse.

Het sekretariaat is bereikbaar van 9.00-12.30 uur en 13.30-17.00 uur.

Correspondentie: Postbus 248, 3800 AE Amersfoort.



W. Post

DE INVLOED OP FYSIOTHERAPIE

Wat leveren deze direkte en indirekte invloeden op de fysiotherapie nou daadwerkelijk op.
Uit de uitslag van de door ons gehouden enquête blijkt dat het verwachtingspatroon betreffende de werkloosheidsdaling erg hoog ligt. Wij verwachten na het bestuderen van de complexe materie echter dat de uitstroom van nederlandse fysiotherapeuten niet spectaculair toeneemt. Dit heeft de volgende redenen: De mogelijkheid om in het buitenland te gaan werken wordt in theorie dan wel makkelijker, de aantrekkelijkheid neemt echter niet toe. Dit heeft als oorzaak o.a. de financiële vergoeding die in het buitenland nog altijd lager ligt dan in Nederland en de protectionistische maatregelen die regeringen of beroepsorganisaties uiteindelijk via slinkse weg toch zullen nemen om een al te grote instroom buitenlanders te voorkomen.
Als laatste noemen wij het feit dat diverse arbeidsbevorderende maatregelen nog verre van uitgevoerd zijn en er zodoende de komende tijd nog praktische problemen blijven bestaan.
Een grote instroom richting Nederland valt ook niet te verwachten gezien het nog altijd bestaande niveauverschil, de al grote werkloosheid die onder nederlandse fysiotherapeuten bestaat en de verdere praktische problemen zoals de taalbarrière.
Tevens mag ons inziens de toch wel protectionistische maatregel die het KNGF in het leven wil roepen (men denkt aan het invoeren van verplichte nascholing die men van de eigen leden gaat eisen en de invoering van registers waarin de kwaliteit van elke fysiotherapeut moet komen te staan) niet uitgevlakt worden.
De verschuiving van cure naar care is onontkoombaar. Grootste probleem wordt het vaststellen van de grens care/cure.
Is revalidatie na enkelbandoperatie care of cure?
Hiermee hangt samen dat de toegankelijkheid van bepaalde delen van de gezondheidszorg afneemt, met andere woorden: de gezondheidszorg dreigt elitair te worden. Fysiotherapie dreigt buiten de verplichte basisverzekering te vallen, waardoor het aanbod van vooral minder draagkrachtige patiënten zal afnemen.
Het streven van het KNGF moet ons inziens dan ook gericht zijn op het verenigen op europees niveau en van daar uit te zorgen dat fysiotherapie opgenomen wordt in het eventuele europese basisverzekeringspakket en anders zeer zeker in het nederlandse behouden blijft.

CONCLUSIE

Ten eerste concluderen wij dat de streefdatum 1992 niet gehaald zal worden. Dit door de grote internationale verschillen tussen de lidstaten onderling en tevens door de traagheid waarmee het bureaucratische systeem werkt. Dit blijkt onder andere uit het feit dat verschillende streefdata bij lange na niet gehaald zijn en ook niet gehaald worden voor 1-1-1993. Wij verwachten de eerste merkbare veranderingen rond het jaar 2000, ook al omdat heel Europa (oost/west) in beweging is en dit, buiten alle goede kanten, een extra belemmering op zal leveren.

Directe gevolgen die zullen gaan optreden zijn:
– Makkelijker werken in het buitenland.
Wij verwachten geen grote instroom en uitstroom van fysiotherapeuten.
– Wel zal Nederland binnen afzienbare tijd haar monopoliepositie binnen de fysiotherapie verliezen door vergelijkbaarheid van hoger onderwijs diploma's en getuigschriften vakbekwaamheid, en de hieruit

L. Echteld

voortvloeiende bundeling van europese krachten betreffende onderwijs en onderzoek.
Hierdoor zullen de achterliggende landen omhoog getrokken worden.
Indirekte gevolgen die zullen gaan optreden zijn:
– Als er niet op tijd ingegrepen wordt daalt de kwaliteit van de fysiotherapie onder invloed van de indirekte gevolgen van de gezondheidszorg.
Hierbij wijzen we erop dat het financiële voordeel wat gehaald zal moeten worden (goedkoper) er niet uit zal komen.
Geen care levert ons inziens te vaak weer cure op, waardoor er in de tussenliggende periode geen optimale arbeid geleverd kan worden door betreffende patiënt. Dit levert wederom weer economisch verlies op in plaats van de beoogde winst.
– Van de andere kant zal de fysiotherapie profiteren van de economische groei die zal ontstaan na de eenwording van Europa. ■

W. Post
L. Echteld

LIDVERENIGINGEN

• Landelijke Vereniging van Studenten Fysiotherapie • Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie • Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Pre- en Postnatale Gezondheidszorg • Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie • Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg • Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Hart- en Vaatziekten • Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg • Nederlandse Vereniging van Fysiotherapeuten voor Ontspanningstherapie.

NFO

NEDERLANDSE VERENIGING VAN FYSIOTHERAPEUTEN VOOR ONTSPANNINGSTHERAPIE

De NFO is 17 april 1984 opgericht. Aanleiding tot de oprichting was de bij fysiotherapeuten groeiende behoefte aan specifieke kennis en vaardigheden ten aanzien van ontspanningstherapie. Fysiotherapeuten volgden allerlei bijscholingsroutes om lacunes in hun kennis op te vullen. Het gevolg is dat het aanbod aan ontspanningstherapie binnen de fysiotherapie een grote diversiteit kent. Voor patiënten, collegae, verwijzers, financiers en overheid is dit een verwarrende situatie. De NFO biedt een platform waar reeds verworven kennis verzameld en nieuwe kennis ontwikkeld wordt. Het uiteindelijke doel is te komen tot een

verbijzondering van ontspanningstherapie binnen de fysiotherapie.

DE VERENIGING

De NFO telt plus minus 150 leden. Het dagelijks bestuur wordt gevormd door vier leden: de voorzitter, de secretaris, de penningmeester en een vertegenwoordiger in het bestuur van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Verder wordt het bestuur gevormd door de voorzitters van drie commissies: de wetenschappelijke commissie, de onderwijscommissie en de public relationscommissie. Het bestuur heeft ervoor gekozen om de Vereniging de eerste jaren sterke theoretische en organisatorische fundamenten te bezorgen. Daarna is de aandacht meer gericht op het vergroten van het ledental.

Er zijn verschillende beleidsnota's verschenen, te weten de profielschets van een ontspanningstherapeut, een indicatielijst, aspecten van groepstherapie en een onderwijsleerplan.

HET LIDMAATSCHAP

Lid kunnen worden fysiotherapeuten en heilgymnast-masseurs die na- en bijscholing hebben gevolgd in het geven van ontspanningstherapie en zij die zich op een andere manier bekwaamd hebben in het toepassen van ontspanningstherapie. Het bestuur bepaalt of het kandidaat-lid voldoende kennis en vaardigheden bezit om in aanmerking te komen voor het lidmaatschap van de Vereniging.
Uitgangspunt bij deze beslissing zijn de criteria zoals deze zijn neergelegd in het onderwijsleerplan.

Buitengewoon lid kunnen worden fysiotherapeuten en heilgymnast-masseurs die nog niet voldoen aan de criteria genoemd in het onderwijsleerplan.

DOELSTELLINGEN VAN DE VERENIGING

Het bevorderen van de ontwikkeling van ontspanningstherapie en de toepassing daarvan door fysiotherapeuten.
Het behartigen van collectieve en individuele belangen van haar leden.

Te komen tot de verbijzondering 'ontspanningstherapie' binnen de fysiotherapie.
Om dit te bereiken is er contact gelegd met het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, het Beroeps- Inhoudelijk Platform, de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie, de Inspectie voor Volksgezondheid en het Instituut Hoger Gezondheidszorg Onderwijs te Utrecht.

TAKEN VAN DE COMMISSIES

De wetenschappelijke commissie
bevordert de theorievorming ten aanzien van ontspanningstherapie. Ze houdt zich bezig met effectonderzoek, het verzamelen en verwerken van relevante publicaties, onderzoeksverslagen en artikelen. Ook het maken van een uniforme klachtenlijst is aan de orde. Deze lijst kan door de ontspanningstherapeut gebruikt worden:
- als aanvullend diagnosticum, ter inventarisatie van klachten en problemen,
- als meetinstrument om het effect van de therapie te objectiveren,
- als basis voor de verslaglegging naar verwijzers,
- als inzichtbevorderend middel voor de patiënt.

De onderwijscommissie organiseert twee praktijkleerdagen per jaar. Een greep uit de tot nu toe geboden praktijk- en theoriedagen laat de volgende onderwerpen zien: de eutonie, de methode Feldenkrais, de bio-energetica, de methode Jacobson, hypnotherapie, relaxatietherapie en een tweedaagse workshop 'gedragstherapie voor de ontspanningstherapeut'. Er bestaat traditioneel veel belangstelling voor deze studiedagen.
De public relationscommissie coördineert de bijeenkomsten in de regio waar door de leden theoretische en praktische kennis en vaardigheden worden uitgewisseld.
De redactie is verantwoordelijk voor het INFOblad dat drie maal per jaar verschijnt. Er is informatie in te vinden over de Vereniging, alsmede artikelen betreffende adem- en ontspanningstherapie en aanverwante vakgebieden.

HET ONDERWIJSLEERPLAN

In dit plan worden de theoretische concepten ten aanzien van de ontspanningstherapie en de ontspanningstherapeut geschetst. De therapeut zal zich met name richten op het behandelen van patiënten met psychosomatische klachten. De therapie kan zowel individueel als in groepsverband worden toegepast. Om dit adequaat te kunnen doen wordt er van de therapeut verlangd, dat hij/zij op basis van gedegen kennis vrijelijk en creatief om kan gaan met de verschillende ontspanningstechnieken en andere ter zake doende technieken uit de ademtherapie en de biofeedbacktherapie. Verder wordt aandacht besteed aan specifieke vaardigheden ten aanzien van de interaktie patiënt- ontspanningstherapeut op verbaal communicatief niveau en lichamelijk communicatief niveau. Het aanleren en in de praktijk brengen van deze vaardigheden dient vanaf het begin van de opleiding tot ontspanningstherapeut geïntegreerd te zijn. Het onderwijsleerplan zal er toe bijdragen dat de ontspanningstherapie zich in de toekomst verder zal ontwikkelen, zodat therapie door ontspanningstherapeuten zich een eigen plaats kan verwerven in de gezondheidszorg.

Informatie: secretariaat NFO, Dalweg 3A, 3707 BE Zeist, 03404-17350.

NVFG

NIEUW TIJDSCHRIFT

Ter gelegenheid van de naamsverandering van de NVFV in NVFG is besloten de oude 'Nieuwsbrief' een eigentijdser uiterlijk te geven. De 'Nieuwsbrief' heeft ons door de jaren heen uitstekende diensten bewezen, maar is nu toe aan een nieuwe opzet omdat het blad steeds meer gevuld wordt met vakinhoudelijke artikelen, geschreven door fysiotherapeuten.
Voor de ontwikkeling van dit nieuwe tijdschrift heeft het NVFG bestuur een redaktiecommissie in het leven geroepen, bestaande uit Inge Middelveld-Jacobs, Ina Bettman en John Branten.
Het nieuwe tijdschrift gaat 'Fysiotherapie en Ouderenzorg' heten, verschijnt evenals de 'Nieuwsbrief' drie maal per jaar en komt naar verwachting eind januari 1991 voor het eerst uit.
Ook 'Fysiotherapie en Ouderenzorg' zal de lezer op de hoogte houden van het verenigingsnieuws. Heel expliciet echter wil het tijdschrift een laagdrempelig discussieplatform zijn voor leden en niet-leden, eigenlijk voor alle fysiotherapeuten werkzaam in de 'ouderenzorg' om zodoende uitwisseling van ideeën te stimuleren tussen werkers in instellingen onderling en tussen werkers in eerste lijn en instellingen. Het blad zal dus voornamelijk gevuld moeten worden door artikelen of bijdragen geschreven door lezers. Hiernaast zullen in het tijdschrift andere artikelen verschijnen die een licht werpen op aspecten van de ouderenzorg, samenvattingen van lezingen, boekbesprekingen, aankondigingen van symposia, produktinformatie, etc.

Voor leden is het blad kosteloos, niet-leden kunnen een abonnement aanvragen via het algemeen secretariaat van de NVFG, Peelland 4, 5144 ES Waalwijk à raison van *f* 47,50 per jaar.
Ook kopij kan worden aangeboden via het NVFG-secretariaat (t.a.v. redaktie F&O).

NVMT

VOORBEREIDINGSDAG OMT-EXAMEN NVMT

Ook dit jaar zal het OMT-examen van de NVMT weer georganiseerd worden en wel in de maand mei en in de maand december. Om een internationale erkenning te verkrijgen is het afleggen van dit examen een vereiste. Overigens is het hebben van een internationale erkenning geen verplichting.
Afgestudeerden van de Stichting School voor Manuele Therapie te Utrecht kunnen vooraf de OMT-opleiding volgen. Deze duurt ongeveer 14 weekeinden (vrijdagen en zaterdagen) en zal in september 1991 van start gaan. Afgestudeerden van de Stichting Opleiding Manuele Therapie (SOMT) Eindhoven kunnen een voorbereidingsdag volgen in april 1991 (voor het OMT-examen in mei) en in oktober 1991 (voor het OMT-examen in december).
Ook manueel therapeuten die hun 'high velocity thrust'-technieken willen 'refreshen' zijn welkom op de voorbereidingsdagen. Deze dagen zijn gericht op een kritische evaluatie van de technieken.
Inschrijving voor de voorbereidingsdagen van het OMT-examen en de OMT-opleidingsdagen kan geschieden door aanmelding bij het NVMT-secretariaat. Men dient daarbij een kopie van het diploma van de gevolgde opleiding in te sturen en te richten aan:

mevrouw I. van de Linde,
Secretariaat NVMT,
Postbus 248,
3800 AE Amersfoort.

Voor meer informatie kan men zich eveneens richten tot het NVMT-secretariaat, telefonisch te bereiken onder nummer 033-622400 ■

INHOUD NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR MANUELE THERAPIE NUMMER 90/4

Upper Limb Tension Test (U.L.T.T.) door P. P. Haen en R. A. B. Oostendorp

Het radialis tunnel syndroom door J. L. M. Putters en D. M. K. S. Kaulesar Sukul

Effectiviteit chiropractie en fysiotherapie bij behandeling van lage rugpijn (referaat) door W. J. J. Assendelft, L. M. Bouter en A. G. H. Kessels

Meetinstrumenten en manuele therapie (IV) door G. Aufdemkampe en C. L. Moolenaar ■

NVFS

BASISCURSUS FYSIOTHERAPIE IN DE SPORTGEZONDHEIDSZORG

ALGEMEEN

De Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg (NVFS) organiseert in samenwerking met het Nationaal Instituut voor de Sportgezondheidszorg (NISGZ) in 1991 twee cursussen die opleiden tot fysiotherapeut in de sportgezondheidszorg.

In een kortdurend bijscholingsprogramma van vijf dagen worden kennis en vaardigheden onderwezen die de fysiotherapeut in staat stellen:
- geblesseerde sporters adequaat te behandelen,
- gezonde sporters blessurevrij te houden.

DATA

- van maandag 15 t/m vrijdag 19 april (807);
- op donderdag, vrijdag en zaterdag 7, 8 en 9 november en vrijdag en zaterdag 29 en 30 november (808).

PLAATS
NISGZ-cursusaccomodatie, Nationaal Sportcentrum Papendal te Arnhem.

AANTAL DEELNEMERS
Het aantal deelnemers per cursus is maximaal 30.

KOSTEN
De kosten bedragen inclusief koffie, thee, lunches, diners, overnachtingen en cursusmateriaal *f* 1250,–.

INFORMATIE
De cursus 'Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg' geeft recht op het lidmaatschap van de NVFS.

Voor meer informatie en inschrijving kunt u contact opnemen met het NISGZ, Postbus 90, 6860 AB Oosterbeek. Tel: 08308-21984 ■

26 april 1991
Seminar 'De instabiele schouder'
Plaats: Nationaal Sportcentrum Papendal
Informatie: Nationaal Instituut voor de Sportgezondheidszorg,
Postbus 90, 6860 AB Oosterbeek.
Tel: 08308-21984.

VERENIGING VAN VRIJGEVESTIGDE FYSIOTHERAPEUTEN

GEACHTE COLLEGA?

Door de overeenstemming met de VNZ, die de Algemene Leden Vergadering inmiddels heeft geakkordeerd, komt er nu echt zicht op een nieuwe modelovereenkomst. U leest daar elders over in deze Fysiovisie. In die overeenstemming is een oplossing gevonden voor de zogenaamde medewerkersproblematiek.
Een problematiek die zich in de afgelopen jaren steeds opnieuw tegen ons keerde omdat daaruit een verdeeldheid sprak die door anderen werd gebruikt om hun doelstellingen te realiseren. Nu er een oplossing gevonden is moeten we de konsekwenties daarvan aanvaarden, dat is alleen maar een bewijs van kracht. Grofweg zijn twee aspekten te onderscheiden. Allereerst de keuze zelfstandigheid of loondienst en daarnaast, indien gekozen wordt voor loondienst, de inhoud van de arbeidsovereenkomst.

Ten aanzien van de keuze zelfstandigheid of loondienst wil ik allereerst verwijzen naar de afspraken die gemaakt zijn tussen de VMFV en de toenmalige LVVF/NVVF. De afspraken, vastgelegd in het zogenaamde 'Van Setten akkoord', zijn door de Algemene Leden Vergadering geakkordeerd en binden daarmee de leden. Voortzetting van notabasis al dan niet met inhouden van premie betekent handelen in strijd met die afspraken. Indien u toch gekozen heeft voor samenwerking op deze basis kunt u op dit punt niet langer rekenen op steun van de VVF, noch in individuele bepleiting, noch via het algemene beleid. Het 'Van Setten akkoord' biedt de kriteria voor de keuzes loondienst óf zelfstandigheid, inclusief de (financiële) konsekwenties. Komt u er zelf niet uit dan bestaat de mogelijkheid om via het ombudswerk individuele (praktijkgerichte) begeleiding te krijgen.

Indien gekozen is voor loondienst dan dient die keuze ook gestalte te krijgen in een goede evenwichtige arbeidsovereenkomst. Specifiek voor de eerstelijns fysiotherapie worden door VVF (werkgeverspartij) en door de LVFD (werknemerspartij) een aantal arbeidsovereenkomsten uitgegeven. Deze arbeidsovereenkomsten zijn eveneens via de Algemene Leden Vergadering geakkordeerd en derhalve bindend voor de leden van de VVF. Om te toetsen of de overeenkomsten ook daadwerkelijk worden toegepast heeft de sociologe Monica de Ruyter een onderzoek gedaan. Elders in deze Fysiovisie kunt u kennis nemen van haar bevindingen. U kunt ook volstaan met mijn konklusie: het is bedroevend en beschamend. Beschamend dat dat deel van onze professionele beroepsgroep dat zelf kiest voor loondienst niet bereid is om aan die keuze ook de professionele consequenties te verbinden. Bedroevend omdat leden van een organisatie hiermee blijk geven van de afspraken die ze als groep maken zelf niet na te leven.
Ik heb overigens stellig de indruk dat het niet maken van keuzes in deze problematiek vaak een gevolg is van onwetendheid en angst. Tevens moet ik vaststellen dat wij als groep het ons niet langer kunnen permiteren de oplossing van dit probleem voor ons uit te schuiven. Ons aanzien, onze positie in de gezondheidszorg en onze portemonnaie worden er teveel door geschaad. Wat betreft de oplossing voor de medewerkersproblematiek hebben we in de nieuwe modelovereenkomst gekozen voor een evenwichtige en juridisch verantwoorde regeling, overigens wel binnen een dwingend kader, wij verwachten van u dat, als u kiest voor loondienst, u dan ook gebruik maakt van onze arbeidskontrakten. Dan blijft u een geachte collega. ■

Ton van Groeningen

EXTRA ALGEMENE LEDEN VERGADERING VVF

Op zaterdag 26 januari, aanvang 10.00 uur
Nederlands Congresgebouw Den Haag.

Op de agenda:
DE MODELOVEREENKOMST

Leden van de VVF krijgen de agenda, de concept Modelovereenkomst en overige stukken tijdig toegestuurd.

De vergadering is alleen toegankelijk voor leden van de VVF.

Sekretariaat Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten

Drs. Th. A.M. Deelen, Algemeen Sekretaris - verenigingszaken, kader (Sektie I).
Mr. J.N. Redeker. Beleidsmedewerker/jurist - onderhandelingen, ledenservice (Sektie II).
Mevr. Mr. M.M. Meerdink-Jordans - Medewerker/jurist.
Mevr. A. Willemsen. Informatrice. Bereikbaar: 9.30-12.30 en 13.00-16.00 uur.
Mevr. D. Horozdinc. Sekretaresse.
Mevr. A. Luinenburg. Sekretaresse.
Mevr. A. Snabel. Kaderbestand, mailingen, sekretaresse, cursus Acupunctuur.

Korrespondentie: postbus 1033, 3800 BA Amersfoort.

VVF-LEDEN AKKOORD MET OVEREENSTEMMING VNZ

In de Fysiovisie van december is een indruk gegeven over de razendsnelle ontwikkelingen rond de modelovereenkomst. Die ontwikkelingen zijn uitgebreid aan de orde gekomen tijdens de extra Algemene Leden Vergadering van de VVF op 8 december in Amsterdam. Een vergadering die gekenmerkt werd door een record opkomst. 1300 leden gaven gehoor aan de oproep van het bestuur om de uitgangspunten van de overeenkomst met de VNZ te beoordelen.

Voorzitter Blaas zette in zijn openingswoord uiteen dat deze vergadering oorspronkelijk belegd was om de modelovereenkomst die door de Ziekenfondsraad was vastgesteld voor te leggen aan de leden van de VVF. Een overeenkomst die door het bestuur onaanvaardbaar werd geacht.
'De overeenstemming met de VNZ over de hoofdlijnen van een nieuwe modelovereenkomst maakt deze vergadering extra belangrijk. We hebben bijna 10 jaar onderhandeld over een nieuwe modelovereenkomst. Tot voor kort konden we niet tot overeenstemming komen. Dat kwam mede omdat, ondanks beperkende maatregelen een konstante groei van fysiotherapie plaatsvond door de toename van het aantal patiënten, uitbreiding van het indicatiegebied en een toename van de therapeutische middelen. Wel een groei die voor de overheid een aanleiding was een ombuigingstaakstelling van 60 miljoen op te leggen. Het nu bereikte onderhandelingsresultaat stelt de volumegroei over de afgelopen jaren veilig. Het resultaat doet tevens recht aan de uitgangspunten die de VVF heeft geformuleerd. Wel moeten de kosten worden omgebogen, gezien het brede politieke draagvlak van dat voornemen, is dat onontkoombaar. Het bereikte onderhandelingsresultaat is het maximaal haalbare. Alle alternatieven zijn slechter, dit mede in het licht van de opheffing van de kontrakteerplicht, de invoering van de maximumtarieven en de nog niet te voorziene gevolgen van 'het plan Simons'.

Leden unaniem akkoord

Mr. J. N. Redeker

OMBUIGING

Na de opening gaf Redeker een overzicht van de gebeurtenissen in het afgelopen jaar, waaruit bleek dat de wisseling van de wacht bij de VNZ een aanleiding was voor de VVF om het initiatief te nemen opnieuw kontakt te zoeken met de VNZ. Na een aantal informele gesprekken kon het kontakt steeds formeler worden. Uiteindelijk werd in een marathonzitting eind november een overeenstemming gevonden op hoofdlijnen. Bestuurslid Poen ging in op de ontwikkeling van de kosten fysiotherapie die voor de overheid een aanleiding waren om een ombuigingstaakstelling van 60 miljoen vast te stellen. Hij maakte duidelijk dat de gehanteerde cijfers op verschillende wijze kunnen worden geïnterpreteerd. Het gevolg daarvan is dat de inzichten van WVC en VVF uiteenlopen. De VVF voelt alleen voor medewerking op basis van produktie-afspraken. Dat is dan nu ook gerealiseerd binnen de overeenstemming met de VNZ. Daarbij wordt het volume in stand gehouden en een ombuiging gerealiseerd door een beperkte degressie. Trendmatige tariefstijgingen blijven buiten beschouwing.

MODEL ZIEKENFONDSRAAD

Mevrouw Dekker-Bakker, voorzitter van de onderhandelingsdelegatie VVF, besprak aan de hand van de uitgangspunten van de VVF de modelovereenkomst die was vastgesteld door de Ziekenfondsraad. Zij concludeerde dat deze opgelegde overeenkomst op geen enkele wijze aansloot bij datgene wat de VVF eerder als essentieel voor een modelovereenkomst had aangegeven. Weliswaar is de zitting als uitgangspunt gerealiseerd, maar de administratieve verantwoording die ervoor gevraagd wordt gaat nog veel verder dan in het huidige systeem. De bemoeienis met de partikuliere patiënt blijft en bovendien is er geen enkele vrijheid voor de personele invulling in de praktijk. Er wordt schijnbaar een oplossing gegeven voor de medewerkersproblematiek, maar zo eenzijdig dat dit voor de VVF absoluut niet aanvaardbaar is. Ter aanvulling op hetgeen mevrouw Dekker naar voren bracht ging Poen in op de financiële gevolgen van het degressief

Mw. L. Dekker-Bakker

tariefsysteem, dat een onderdeel is van het ziekenfondsraadmodel. Daarbij vergeleek hij de omzet 1990 met de omzet volgens het degressief systeem in 1991 op basis van de huidige tarieven die dateren van 1987. In een praktijk met bijvoorbeeld 1500 zittingen in de ziekenfondssfeer op jaarbasis, leidt dat tot een achteruitgang van *f* 2.610,– per jaar. Bij 2500 zittingen tot *f* 1.373,– per jaar en bij 4000 zittingen tot *f* 22.505,– per jaar. De toelichting was voor de aanwezigen een aanleiding om aanvaarding van het ziekenfondsraadmodel nagenoeg unaniem af te wijzen.

OVEREENSTEMMING MET VNZ

De konsekwentie van de afwijzing van het ziekenfondsraadmodel is in eerste instantie dat na 12 januari geen modelovereenkomst bestaat en er derhalve een kontraktloze periode is. Van Groeningen zette uiteen waarom de VVF het initiatief genomen had te trachten overeenstemming met de VNZ te bereiken ondanks het feit dat de VVF volledig bereid was een kontraktloze periode aan te gaan. Een kontraktloze periode

A. P. M. van Groeningen

betekent hoe dan ook, overlast voor de patiënten, dat wil de VVF als het mogelijk is voorkomen. Het blijft altijd beter om samen tot overeenstemming te komen. Aan het ziekenfondsraadmodel is een COTG-richtlijn gekoppeld die de basis vormt voor het degressief tarief met daarin begrepen 'het straftarief'. Men mag van fysiotherapeuten niet verlangen dat zij daarvoor werken. Daarnaast is de onontkoombare bezuinigingstaakstelling beter verteerbaar als hij via een voor fysiotherapeuten aanvaardbare wijze wordt ingevoerd. Als laatste ligt er de medewerkersproblematiek die tot oplossing moet komen. Als die niet wordt opgelost blijft die het beleid van de VVF parten spelen omdat deze steeds weer tegen de fysiotherapeuten wordt gebruikt.
Voor de VVF was het bovenstaande voldoende om het initiatief te nemen tot hernieuwd overleg met de VNZ. Dat overleg is uiteindelijk uitgemond in een intentieverklaring en een overeenstemming op de belangrijkste hoofdlijnen. De intentieverklaring en de overeenstemming vormen de basis voor het samenstellen van een modelovereenkomst. De belangrijkste elementen zullen vervolgens worden toegelicht.

MEDEWERKERSPROBLEMATIEK

Ruw geschetst bestaan er drie situaties in de praktijken. Er is een samenwerkingsverband geformuleerd op basis van gelijkwaardigheid. Dan is er geen probleem. Ook niet als men door middel van een arbeidsovereenkomst met elkaar samenwerkt, zij het dan dat die als dat nog niet zo is, op basis van de arbeidsovereenkomst LVFD-VVF zal moeten geschieden.
De oplossing van de medewerkersproblematiek, waarin voorzien is in de overeenkomst, voorziet in die situaties waar nog geen keuze gemaakt is en op notabasis, al dan niet met premie-afdracht, wordt samengewerkt. Daarvoor is een overgangsbepaling getroffen die wordt opgenomen bij de nieuwe modelovereenkomst, die ondertekend moet worden door de praktijkmedewerkers, die het betreft. Daarin is het volgende opgenomen:
– Een stimulering van het overleg conform 'Van Setten', dus een laatste poging om tot een vergelijk te komen.
– Lukt dat niet dan kan het probleem worden voorgelegd aan de Geschillencommissie, waarvan de werkwijze wordt aangepast. Dit houdt in dat deze commissie ook toegankelijk wordt voor praktijkeigenaren.
– De Geschillencommissie stelt het bedrag vast dat de vertrekkende medewerker moet betalen voor het praktijkvolume dat hij meeneemt. Het vastgestelde bedrag bestaat uit een vergoeding voor goodwill en desinvestering in de praktijk.
– Als de medewerker niet bereid of in staat is het vastgestelde bedrag te betalen kan de praktijkeigenaar een andere medewerker voor hetzelfde volume aantrekken.

HONORERING

Zoals al eerder weergegeven wil de VVF de honoreringsproblematiek oplossen op basis van volume-afspraken. Alle andere betrokkenen zagen meer in een degressief tariefsysteem, dat behalve het systeem op zich, als bezwaar heeft dat er geen instroom van nieuwe fysiotherapeuten mogelijk is. Een groot bezwaar gezien het grote aantal werkzoekende fysiotherapeuten. Tevens kunnen de lange werktijden niet genormaliseerd worden als fysiotherapeuten niet kunnen instromen.
Bovendien wordt door een degressief systeem het volumeprobleem volledig afgewenteld op fysiotherapeuten. Zij moeten immers een gedeelte van een patiëntenaanbod behandelen tegen een straftarief. Hetgeen nu overeengekomen is heeft bovenge-

J. J. H. Poen

noemde bezwaren niet en is als volgt:
– Het aantal patiëntenkontakten, uitgedrukt in code 121, in 1990 is gelijk aan het aantal zittingen in 1991. Dat is dus inclusief het aantal aan-huis-behandelingen. Wat betreft de honorering geldt daarvoor een toeslag van 50% op het zittingentarief.
– In tegenstelling tot het ziekenfondsraadmodel geldt in beginsel een standaardverhouding ziekenfonds/partikulier van 70/30. Als kan worden aangetoond dat de werkelijkheid in een praktijk anders is volgt aanpassing.
– Uitgaande van bovenstaande verhouding komen 2576 zittingen in de ziekenfondssfeer voor honorering in de eerste trap in aanmerking, volgens het tarief 1987, *f* 28,30.
– Dit aantal geldt ook voor parttimers met als maximum hun volume in 1990, bij een kleiner volume dan 2576 zittingen komen zij niet voor degressie in aanmerking.
– Alle overige zittingen met als maximum het aantal patiëntenkontakten in 1990 vallen in de tweede trap, volgens het tarief 1987, *f* 23,60.
– Bij aan-huis-behandelingen wordt het tarief met 50% verhoogd.
– De genoemde bedragen moeten nog worden verhoogd met nabetaling over de

afgelopen jaren.
– Kontraktsplitsing is in overleg toegestaan, mits het totaal volume niet overschreden wordt.
Bij bestudering van het bovenstaande dient men zich te realiseren dat de ombuigingstaakstelling hierin verwerkt is. Er moet dus worden ingeleverd. Wel op een wijze die past binnen een goede praktijkvoering, waarbij tevens het maken van lange werkdagen ontmoedigd wordt.
Op de volgende pagina enkele rekenvoorbeelden, zoals die tijdens de vergadering door Poen werden toegelicht, waarbij een vergelijk werd gemaakt tussen de gevolgen van het ziekenfondsraadmodel en het onderhandelingsresultaat VVF/VNZ. Uitgegaan is van drie situaties: 1500, 2500 en 4000 zittingen voor ziekenfondsverzekerden op jaarbasis.

Dringen bij de ingangscontrole

OVERIGE UITGANGSPUNTEN

Behalve op de hierboven genoemde hoofdpunten ging Van Groeningen in op enkele andere belangrijke uitgangspunten waarover in principe overeenstemming bereikt is. Deze moeten nog nader worden uitgewerkt. Afgesproken is dat de administratie aanzienlijk vereenvoudigd zal worden. Voor 1992 zal een systeem van gegevensverstrekking worden vastgesteld, waarbij niet de tijdsverantwoording, maar de effektmeting van de fysiotherapeutische behandeling richtinggevend is. Bij de gegevensverwerking worden de partikuliere patiënten niet betrokken. Slechts indien men wenst aan te tonen dat de verhouding partikulier/ziekenfonds anders is dan 70/30 dienen gegevens overlegd te worden.
De personele invulling in de praktijk is vrij. Wel zal nog nader worden bezien in hoeverre de bovengenoemde punten volledig in de modelovereenkomst worden opgenomen, danwel in een raamovereenkomst, waarbij het een en ander in de regio afhankelijk van de plaatselijke situatie verder zal worden ingevuld.

Dringen bij de microfoons

Een belangrijk deel van de overeenstemming met de VNZ is dat de huidige modelovereenkomst nog van toepassing is tot uiterlijk 1 april 1991. Daarmee hebben partijen voldoende tijd om een modelovereenkomst samen te stellen. De staatssekretaris van WVC is bereid de ondertekening van het ziekenfondsraadmodel op te schorten.

UITVOERIGE DISKUSSIE

Tijdens de vergadering werden vele vragen gesteld en beantwoord. Daarbij kwam onder meer aan de orde dat beoogt wordt in de ziekenfondssfeer 42 miljoen om te buigen. Mocht dat voor bovengenoemd systeem niet gerealiseerd worden dan zullen wellicht maatregelen in de volumesfeer getroffen worden. Wel dient daarbij te worden aangetekend dat de overheid er op

Door een strakke leiding verliep de vergadering vlot.

gewezen is dat een beheerssystematiek, zoals in de overeenstemming is gevat belangrijker is dan het realiseren van het ombuigingsbedrag. De ombuiging in de partikuliere sfeer kan eventueel worden voorzien door een geringere stijging van de partikuliere tarieven dan de 13% die nu verwacht wordt.
Volume-afspraken op basis van uren in plaats van op zittingen worden ongewenst geacht omdat dan weer tijd als meetinstrument wordt ingevoerd.
Met een gering aantal tegenstemmers ging de vergadering akkoord met het voorstel van het bestuur om op basis van de overeenstemming een modelovereenkomst samen te stellen. Deze modelovereenkomst zal eind januari aan de leden van de VVF worden voorgelegd. Als zij ermee akkoord gaan kan de modelovereenkomst nog tijdig, voor 1 april worden ingevoerd. ■

1500 zittingen

		ZFR		onderhandelingsresultaat	
omzet 1990		42.450		42.450	
omzet 1991	1e trap	31.243		42.450	
	2e trap	8.047			
	3e trap	550			
			39.840		42.450
	verlies	2.610		0	

2500 zittingen

		ZFR		onderhandelingsresultaat	
omzet 1990		70.750		70.750	
omzet 1991	1e trap	62.486		70.750	
	2e trap	6.891		–	
	3e trap	–			
			69.377		70.750
	verlies	1.373		0	

4000 zittingen

		ZFR		onderhandelingsresultaat	
omzet 1990		113.200		113.200	
omzet 1991	1e trap	62.486		72.900	
	2e trap	16.095		33.818	
	3e trap	12.210			
			90.791		106.718
	verlies	22.509		6.482	

LANDELIJKE VERENIGING VAN FYSIOTHERAPEUTEN IN DIENSTVERBAND

LVFD

EEN NIEUW JAAR, EEN NIEUW BEGIN?

Van harte wensen wij onze leden en relaties al het goede voor het nieuwe jaar 1991.
Aan het begin van een nieuw jaar sta je altijd even stil bij hetgeen het afgelopen jaar heeft gebracht. Dat is ook voor een vereniging als de LVFD een goede zaak. Je staat nogeens stil bij die gelegenheden waarin plannen en voornemens toch niet helemaal lukten en waarin individuele leden teleurstellingen moesten verwerken. De LVFD trekt zich ook dat aan. De collegialiteit die de basis is voor de LVFD brengt dat met zich mee. Bovendien kan je er steeds van leren. Zijn er fouten gemaakt? Waren doelen te hoog gesteld? Is voor sommige zaken eigenlijk toch meer tijd nodig? Hoe leren we van onze eigen ervaringen.
Het vorige jaar bracht uiteraard ook goede dingen. In de belangenbehartiging mocht veel gerealiseerd worden en vele leden konden geholpen worden met hun vragen en problemen.
Een bijzonder goed ding is dat de LVFD ook verder groeide.
Maar een nieuw jaar betekent ook onherroepelijk dat er weer nieuwe uitdagingen wachten.

Uitdagingen in de sfeer van de arbeidsvoorwaarden. En in de sfeer van de werkgelegenheid. En op het vlak van de individuele belangenbehartiging en de eigen organisatie. Kortom; uitdagingen op alle terreinen waar de LVFD aktief is in het belang van de fysiotherapeut in dienstverband.
Er ligt weer veel werk te wachten in dit nieuwe jaar. Bij alles wat mogelijkerwijs nieuw is blijft dit hetzelfde.
Belangenbehartiging is nu eenmaal een continu proces. Het kader en het sekretariaat zijn er klaar voor.
Ik vertrouw erop dat ook de achterban er klaar voor is. Want alleen samen kan je iets bereiken.
Zeker in een jaar waarin de LVFD haar vijftiende verjaardag mag vieren spreek ik de hoop en het vertrouwen uit dat alle collega's het werk dat ook voor hen gedaan wordt zullen dragen en steunen. Dan kunnen we straks aan het einde van dit jaar met hernieuwde kracht het volgende lustrum tegemoet zien. ■

J. Rooders, Voorzitter

DIENSTVERBAND - LVFD - DIENSTVERBAND - LVFD - DIENS

In deze rubriek behandelen mevrouw E. van Erp-Kuijer en de heer P. Buys, beleidsmedewerkers van de LVFD, vragen van leden die betrekking hebben op de toepassing van de modelarbeidsovereenkomsten voor de vrijgevestigde praktijk, zoals die overeen zijn gekomen tussen LVFD en VVF.

VRAAG

Een werknemer heeft een LVFD-VVF arbeidsovereenkomst met vast salaris en werkt vijf halve dagen per week. Op hoeveel vakantiedagen per jaar heeft deze part-timer recht?

ANTWOORD

In artikel 10 staat dat de werknemer bij een vijfdaagse werkweek recht heeft op 23 dagen vakantie per jaar en dat deeltijders naar evenredigheid recht hebben op vakantiedagen.
Deze werknemer werkt vijf dagen per week en heeft dus recht op 23 vakantiedagen. Omdat een werkdag van hem een halve dag beslaat, beslaat ook een vakantiedag een halve dag. Je zou dus ook kunnen zeggen dat hij recht heeft op 23 halve vakantiedagen per jaar. Sommige mensen drukken de vakantierechten van part-timers liever per uur uit. Het is allemaal mogelijk. Waar het om gaat is, dat de part-timer uit ons voorbeeld, net als zijn collega die vijf hele dagen werkt, per jaar zo'n vier en een halve week vrij kan zijn.
Voor iemand die bijvoorbeeld drie dagen per week werkt geldt dat hij recht heeft op 3/5 maal 23 dagen. Zo kan dan ook deze part- timer 4 1/2 week per jaar op grond van de vakantieregeling vrij zijn.

VRAAG

Waarom is in de arbeidsovereenkomsten met variabel salaris een aantal vakantiedagen vastgelegd. Het maakt toch niet uit hoeveel dagen iemand vrij is, want uiteindelijk wordt het loon toch niet doorbetaald. Of blijkt nu dat de loonopbouw tijdens vakantie toch doorgaat?

ANTWOORD

Het vastleggen van een recht op een aantal vakantiedagen heeft een aantal redenen. Een belangrijke reden is dat het naar zowel werkgever als werknemer toe duidelijkheid geeft over het aantal dagen dat vrij genomen kan worden. Een werkgever kan een werknemer zo niet verbieden vrij te nemen als nog niet het maximaal aantal dagen opgenomen is, maar omgekeerd kan hij ook niet onverwacht geconfronteerd worden met een werknemer die meer vrij neemt dan het afgesproken aantal dagen. De continuïteit van de bedrijfsvoering is hem aldus bekend.

Bij de bepaling van het voorschot salaris is, als het goed is, ook uitgegaan van 23 dagen per jaar waarop wegens vakantie geen omzet zal plaatsvinden. Indien een werknemer aanzienlijk meer of juist minder vakantiedagen opneemt, zal blijken dat de hoogte van het voorschotbedrag niet juist is.
Via de voorschotbetaling (artikel 6 lid 3) loopt het normale voorschotsalaris ook tijdens vakantie door. Het is niet zo dat de vakantiedagen extra uitbetaald worden.

VRAAG

Een werkgever is wel bereid een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd met vast salaris aan te gaan volgens het model van LVFD en VVF, maar hij heeft een gedeelte van de overwerkregeling geschrapt. Hij wil slechts een overwerk toeslag van 25% betalen over alle over te werken uren, ook na 22.00 uur of op zon- en feestdagen. De werkgever voert als reden aan dat hij zelf voor behandelingen verricht in de weekeinden bij de verzekeraars ook geen hoger bedrag kan declareren dan op door de weekse dagen. De werknemer wordt wel verplicht om in acht weekeinden per jaar te werken. Is dit wel redelijk?

ANTWOORD

Neen. LVFD en VVF adviseren altijd de arbeidsovereenkomsten in zijn geheel en ongewijzigd over te nemen omdat alle arbeidsvoorwaarden tesamen een evenwichtig geheel vormen en de rechten en plichten eerlijk over werkgever en werknemer verdelen.
Hoe kan de werkgever de overwerktoeslag betalen? We kijken weer even naar de opbouw van het tarief:
a. bruto jaarsalaris ambtelijke vergelijkingsfiguur (8 max. BBRA),
b. aankleding (globaal omvat dit de kosten voor de werkgeversaandelen in de sociale verzekeringspremies en de disutilityopslag),
c. pensioenbijdrage,
d. kostendeel,

De disutilityopslag is een opslag van (normatief) *f* 2500,00 op jaarbasis, die is opgenomen omdat een fysiotherapeut ook op ongebruikelijke tijden moet werken. Daar het maandsalaris van *f* 4100,00 van de werknemer gebaseerd is op onderdeel a uit het bovenstaande schema, kan de werkgever de disutilityopslag benutten om de overwerktoeslag te betalen zonder dat hij er zelf enig nadeel van heeft.
Maatschappelijk gezien is het werken direct voor of na de reguliere werktijd minder belastend dan bijvoorbeeld op dagen in het weekend, vandaar dat een onderscheid is gemaakt in de hoogte van de overwerkvergoeding. Voor werken op zon- en feestdagen geldt een overwerk toeslag van 100% op het normale uurloon. ■

Secretariaat Landelijke Vereniging van Fysiotherapeut in Dienstverband

Drs. P. Buys, secretaris
Mw. Mr. E. van Erp-Kuijer, jurist
Mw. C. Bakker, ledeninformatie
Mw. S. Schouten, secretaresse

Het secretariaat is bereikbaar van 8.30-12.30 uur en van 13.00-16.30 uur.

Correspondentie:
Postbus 1323, 3800 BH Amersfoort.

MEDEZEGGENSCHAP

In de komende twee maanden is het speciale telefoonspreekuur voor fysiotherapeuten in medezeggenschapsorganen op:

maandag 8 en 22 januari
maandag 12 en 26 februari
Op deze data kunt u tussen 15.00 uur en 16.30 uur bellen op de nrs.:
033-622400 en 030-566416.

NIEUWE LEDEN

KNGF/LVFD

Provincie Groningen
Duin, mevr. S. van der, Klaprooslaan 152, Groningen

Provincie Drente
Nicolai, J.F., Noorderdiep 324, Nieuw Buinen

Provincie Overijssel
Mensink, A.B., Schie 2, Zwolle
Wensink, mevr. S.E.H., Douwelerwetering 81, Deventer

Provincie Gelderland
Arets, mevr. C.C.W., Stijn Buysstraat 29, Nijmegen

Provincie Utrecht
Bos, R., Mauvestraat 53, Baarn
Hepkema-Holzhauer, mevr. A.M., Zocherpad 26, Amersfoort
Jans, mevr. C.H., Lange Nieuwstraat 91/bis, Utrecht

Provincie Noord Holland
Bonello, C., Linnaeusstraat 11/I, Amsterdam
Bruijnen, mevr. M.C.J., Baarloseweg 54, Helden
Römer, P.C.M, Nicolaas Maesstraat 46, Amsterdam
Rops, mevr. A.M., Oranjelaan 110, Uithoorn
Wijker, mevr. M.Th., Zomerdijkje 20, Egmond

Provincie Zuid Holland
Batteljee, mevr. E., Prinsegracht 68, Den Haag
Blenderman, R.S., Raaigras 48, Gouda
Doesema, J.G., St. Martinuslaan 280, Voorburg
Dop, mevr. J.L.N. van, Graaf Balderikstraat 162, Rotterdam
Haasteren, mevr. M.C., Grotiuslaan 44, Leiderdorp
Hattem, mevr. O.M. van, Cederstraat 68, Den Haag
Jong, mevr. C.A. de, van Assendelftstraat 43, Oegstgeest
Klok, L.L., Katwijkerweg 9/a, Rijnsburg
Loykens, R., Da Costastraat 64, Leiden
Peeters, mevr. I.M., Morsweg 160/a, Leiden

Provincie Zeeland
Liere, mevr. E.W. van, C. Buskenstraat 9, Vlissingen
Smit, mevr. C.R.J. de, Mariadijk 10, Walsoorden
Zee, F. van der, Bonedijkestraat 160, Vlissingen

Provincie Noord Brabant
Bergmans, J.G.M., Lucas v. Leijdenstraat 37, Roosendaal
Leasa, B.P., Ganzenhorst 2, Grave

Provincie Limburg
Bosch, mevr. B.W.J., v. Weerden Poelmanstraat 241, Heerlen

KNGF/VVF

Provincie Groningen
Dam, mevr. J.M. van, Wibemaheerd 271, Groningen
Leeffers, mevr. W.A., Turfsingel 8/c, Groningen

Provincie Friesland
Doornbos, C., Spanjaardslaan 99/a, Leeuwarden

Provincie Drente
Bos, B., Volmachtenlaan 75, Rolde

Provincie Overijssel
Faber, M., Paardebloem 14, Borne
Golücke, A.G.P.P., van Nagellstraat 9, Zwolle
Jansen, mevr. M.H., Achter de Hare 25, Vollenhove
Slooten-Huisman, mevr. C.H., Havezathe 62, Almelo
Veen, mevr. A. van der, Borculoseweg 42, Diepenheim
Vegter, mevr. A., C. Dopperstraat 13, Hengelo
Wieffer, R.B.J., Stroom Eschlaan 36, Borne

Provincie Flevoland
Netten, J.P., Wisch 6, Emmeloord
Witte, J.G., Karveel 56-18, Lelystad

Provincie Gelderland
Ariëns-v. Heumen, H.C.G., Veenhof 10-08, Wychen
Boekhout, D., Wilge Boom 47, Culemborg
Christ, F.H.A., Haafsweg 6, Doetinchem
Otten, J.A.M., Schatbergstraat 85, Lichtenvoorde
Roelofs, G.D., Veldeksterweg 41, Vaassen
Zwaneveld, V.A.F., Sportparkstraat 8, Voorthuizen

Provincie Utrecht
Abelsman, J.A., Sonatelaan 88, Nieuwegein
Bade, P.J., Klarinet 37, Soest
Bakker, P.J., Burg. Reigerstraat 70, Utrecht
Engelen, mevr. L.W.C. van, Polluxburg 17, Nieuwegein
Honing, B., Braadkamp 11, Eemnes
Krediet, mevr. M.J., Aartseveen 58, Eemnes
Schippers, E., Bogotadreef 10, Utrecht
Schotsman, J.M., Roerdomp 12, Eemnes
Soons, J.J., Stadhouderslaan 83, Utrecht
Vons-Veenema, mevr. M.H.H., Waterlooweg 27, Austerlitz

Provincie Noord Holland
Duynstee, mevr. J.W.A.M., Baken 36, Amstelveen
Hulst, mevr. M., v. T. v. Serooskerkenlaan 29/I, Amsterdam
Klaver-Hoogschagen, mevr. C.A., Batterijlaan 1, Bussum
Schut-van Deventer, mevr. A.J., Hk. Rierberglaan 58, Heemstede
Vries, J. de, Drechterland 31, Purmerend

Provincie Zuid Holland
Dijk, P.J. van, Ghijseland 220, Rhoon
Hofmans, mevr. C.M.A., Brahmslaan 37, Rotterdam
Huiszoon, E., Vetteoordskade 42, Vlaardingen
Kuhlemeier, R., Bankastraat 54, Dordrecht
Pols, W.J., Kon. Julianaweg 43, Leidschendam
Rest, H.J. van de, Steegoversloot 70, Dordrecht
Swart-Breeman, mevr. M. de, Oemstraat 9, Hendrik Ido Ambacht

Provincie Zeeland
Looff, W.J. de Zanooykseweg 2, Veere
Welle, mevr. C.M. van der, Vredehoflaan 11, Vlissingen

Provincie Noord Brabant
Hover, F.P., Kennedylaan 35, Goirle
Meisner, C.H.W., Het Goordonk 18, Baarle Nassau
Nuland, F.W.P.H. van, Tibosemlaan 23, Schijndel
Verwijs, J., Romperteentrum 51, Den Bosch

Provincie Limburg
Jeursen, C.A.B., p/a Pr. Beatrixstraat 51/A, Stramproy
Skerka, mevr. J.H.R., Stenebrug 20, Landgraaf

KNGF

Provincie Gelderland
Laheij, mevr. M.H.Th.W.A., Klinkerstraat 13, 's-Heerenberg

Provincie Utrecht
Wieringa, mevr. J.B., Laan van Vollenhove 1733, Zeist

Provincie Noord Holland
Lutz, mevr. R.A.M., 1e Jan v.d. Heijdenstraat 40-2A, Amsterdam

Provincie Zuid Holland
Lit, A.W.J. van der, Dorpsweg 27, Zijderveld

Leden woonachtig in het buitenland
Dijkstra, mevr. P.C., Dianaweg 6, 70000 Chur, Zwitserland
Eersel, mevr. A.C. van, Schulgasse 3/1, 6850 Dornbirn, Oostenrijk
Merkx, mevr. N.C.D., Heykampring 5, 4178 Kevelaar, B.R.D.
Scholten-Veldhuis, H.M.J., Allgaustrasse 9, 8961 Sulsberg, B.R.D.
Staal, E., Lenkerhof Ch, 3775 Lenk i/s, Zwitserland

Buitengewone leden
Rechtspersoon:
Stichting Sterrebos, Onyxdijk 175, Roosendaal ■

AGENDA

CENTRAAL

26 januari, 10.00 uur
Extra ALV van de VVF
Plaats: Nederlands Congresgebouw, Den Haag
Onderwerp: Concept-modelovereenkomst.

8 februari, 10.00 uur
Studiedag fysiotherapie in de zwakzinnigenzorg
Plaats: De Schakel, Nijkerk
Inlichtingen: Sekretariaat KNGF.

20 februari, 18.30 uur.
Informatie-avond over het Fysiotherapie Informatie Model (FIM)
Plaats: Centraal Bureau Fysiotherapie te Amersfoort.
Deze avond is speciaal bedoeld voor KNGF-kaderleden. Opgave schriftelijk bij mevrouw M.Rovers, Centraal Bureau te Amersfoort, Postbus 248, 3800 AE Amersfoort, onder vermelding van FIM-avond.

23 februari 1990, 09.30 uur
Wetenschappelijke Dag NVMT
Funktionele anatomie van de lumbale en cervicale wervelkolom, gevolgen van autoongeval op de facetgewrichten, invloed, gevolgen van de ouderdom op de discus en de facetgewrichten en patho-mechanica van de lumbale wervelkolom (o.a. het tillen).
Door: Prof. Lance Twomey, fysiotherapeut/wetenschapper aan de Curtin University te Perth (Australië)
Plaats: 'De Vereeniging' te Nijmegen.
Kosten: *f* 110,–, inclusief koffie, thee en lunch.
Ook toegankelijk voor niet-leden.

26 april 1991
Seminair 'De instabiele schouder'
Nationaal Sportcentrum Papendal
Informatie: Nationaal Instituut voor de Sportgezondheidszorg, Postbus 90, 6860 AB Oosterbeek. Tel.: 08308-21984.

REGIONAAL

ARNHEM

28 januari, 20.00 uur
Rugklachten veroorzaakt door interne pathologie
Door: Dr. F. Bosch, internist D.H. Arnhem.
Plaats: Streekziekenhuis Zevenaar, Hunneveldweg 14.
Het doel van deze lezing is het kunnen stellen van een differentiaal diagnose bij rugklachten, veroorzaakt door interne pathologie.

FRIESLAND

4 februari, 20.00 uur
H.N.P
Lezing en videopresentatie
Door: Dr. H.J. Mencke, orthopedisch chirurg
Plaats: Motel Heerenveen.

'S-GRAVENHAGE

21 januari, 20.00 uur
Orthopedisch sportschoeisel en aanpassingen
Door: de heer Floor Schrijver, orthopaedisch schoentechnicus te Utrecht.
Plaats: Rode Kruisziekenhuis, Sportlaan 600, Den Haag.
N.B.: Door middel van een video over afwijkende looppatronen en met dia's van diverse soorten sportschoeisle wordt een overzicht gegeven van schoenaanpassingen bij verschillende sportletsels. Tevens is er gelegenheid tot het bespreken van specifieke problemen bij diverse sporten, o.a. aan de hand van voorbeeld schoenen en aanpassingen.

RVVF

HELMOND E.O.

23 januari, 20.15 uur
T.E.N.S.
Door: J. Oosterhof, fysiotherapeut
Plaats: Rooseveldzaal, Elkerliek Ziekenhuis, Helmond.
Toegang: alle leden van het KNGF.

OVERIGE

THERAPEUTISCHE LYMFEDRAINAGE EN OEDEEMTHERAPIE

11 tot en met 15 februari 1990.
Plaats: Hogeschool Enschede, Afdeling Fysiotherapie
Kosten: *f* 525,– per persoon inclusief koffie, thee, dictaten, copiëen en deelname certificaten.
Informatie: Hogeschool Enschede, Afdeling Fysiotherapie, t.n.v. A. Simens, cursusleider ML/O, Kortenaerstraat 4, 7513 AE Enschede. Telefoon 053-871521/871522.

FYSIOTHERAPIE EN ONCOLOGIE

19 januari 1991 te Groningen.
Kosten: ± *f* 75,00 (incl. koffie, thee lunch en syllabus)
Organisatie: Afdeling Fysiotherapie, Academisch Ziekenhuis Groningen.
Informatie: 050-613651.

STUDIEDAGEN BEWUSTWORDEN DOOR BEWEGING
VOLGENS DE METHODE FELDENKRAIS

26 januari, 10.00-16.00 uur
Introduktiedag, kosten *f* 80,–
16 februari, 2 en 16 maart, 10.00-16.00 uur
Studiedagen, kosten *f* 225,–
Door: Tjitske de Boer, fysiotherapeute en Feldenkraispractitioner
Plaats: J.P. Coenstraat 50, 3531 EW Utrecht.
Aanmelden en/of informatie: 030-947766.

Uitgeverij
P. Donders b.v.
Doordacht kaartsysteem
in boekvorm
QUICK SYSTEMS
Julianastraat 67 - Postbus 35 - Alphen aan den Rijn - Telefoon 01720 - 91147 - 92741
Castellum b.v.
Drukwerkmakers
* declaraties met zelfdoorschrijvende doorslag
* briefpapier met enveloppen
* receptenbriefjes, afspraakkaartjes, enz.

VRAAG EN AANBOD

Reacties op advertenties onder nummer zenden aan: Insert B.V., Postbus 90053, 1006 BB Amsterdam. Met vermelding van het nummer op de linkerbovenhoek van de envelop.

Snelgroeiende praktijk fysiotherapie zoekt dringend: **gedeeltelijke overname praktijk in gebied Spaarneland en/of zelfstandig werkende collega in dat gebied** en/of zelfstandig werkende **kollega met Spaarnelanduren** liefst met Applic. Man. Ther. en/of Bobath. Eigen middelen ruim aanwezig. Br. o. nr. FV 91001.

Dringend ter overname gevraagd: **gedeelten van praktijk** voor het verzorgingsgebied **CZT/BAZ.** Brieven onder nummer FV 91002.

Fysiotherapeut, 32 jr., zoekt werk in particuliere praktijk met een goede werksfeer, regio Arnhem-Nijmegen, vijf jr. ervaring in part. praktijk en ziekenhuis, studeert manuele therapie Eindhoven (2e jr.). Reacties naar: R. Th. van der Meer, Statenlaan 113, 6228 WD Arnhem 085-514569.

Te koop inventaris Fysiotherapie-praktijk: **alles nieuw,** bestaande uit kleine ukg, interferentie ug, pack-hearee en klein materiaal. Alles in één koop. Moet snel weg! p.n.o.t.k. Tel.: 020-430095.

Enth. fysiotherapeut 23 jr. zoekt werk/waarneming in Zeeland per 1-3-1991. 2 jr. ervaring in part. prak. cursussen: Blockpoint Relock Methode en Podologie. Tel. nr. 01180-11269 na 18.00 uur.

Oproep van praktijkeigenaren aan enthousiaste fysiotherapeuten, die interessant **vast/tijdelijk werk** zoeken en de grensstreek Nordrhein-Westfalen (BRD) wel zien zitten: schrijf naar onze contactpersoon H. van Leest, Lt. Klopweg 22, 5916 LC Venlo.

Ter overname aangeboden: Uit inboedel voormalig ziekenhuis, 2 complete en in goede staat verkerende **r.v.s. vlinderbaden.** Leverbaar met onderwaterstraalapp. Inlichtingen: Drechtwerk, tel.: 078-525300, dhr. W. F. Maintz.

Te koop aangeboden: HOT POT, planbord, stalen hangmappenkast (4 laden), kleine stalen kaartenbak (2 laden). Tel. 01620-22102.

Wegens 65-jarige leeftijd ter overname aangeboden in het Friese merengebied een goedlopende particuliere manueeltherapeutische praktijk geen ziekenfondscontract lage goodwill. Huurgelegenheid voor praktijk en huis aanwezig. Br. o. nr. FV 91003.

Gevraagd: fysiotherapeut(e) in part. pr. omgeving Arnhem. Aanvankelijk op basis van waarneming (part-time). Na ± 2 jaar mogelijkheid tot participatie in maatschap (full-time). Bereidheid tot investeren. Haptonomie strekt tot aanbeveling. Brieven onder nr.

VRAAG EN AANBOD

is een service rubriek voor de leden van het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. De kosten bedragen *f* 40,– voor 7 regels (minimum aantal). Elke regel meer kost *f* 10,–. Voor brieven onder nummer wordt *f* 25,– extra portikosten berekend. Het aantal leestekens per regel is ± 35 (**onderstrepen wat vet gezet moet worden**). Een advertentie in de rubriek 'Vraag en aanbod' kunt u door middel van onderstaande bon opgeven onder bijsluiting van een geldig betaalmiddel ('girokaart, bank- of eurocheque). Verzenden in een gesloten, ongefrankeerde enveloppe aan: **Tijl Tijdschriften, Antwoordnummer 16014, 1000 SE Amsterdam.**

BON

De reglementen met betrekking tot adverteren in de rubriek **'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 behoudt 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:

Blijvend lage premie ook in 1991 en toch goed verzekerd? – DE UNIM/POLIS –

een prima arbeidsongeschiktheidsverzekering
jaarpremie voor ƒ 100,— daggelduitkering
en 1 maand eigen risico:

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

U betaalt niet alleen **minder premie,** maar u bent bovendien verzekerd van een **uitkering bij overlijden van ƒ 100.000,—**

bel voor meer informatie
03462-65323 of 03462-62952

ook voor een beroepsaansprakelijkheidsverzekering (jaarpremie ƒ 87,—), praktijkovernamе, maatschapskontrakten, hypotheken en pensioenreservering.

Fruithof Assurantiën/Maarten Sikking
Nieuweweg 1, 3621 NL Breukelen.

Post HBO
Economie/Gezondheidszorg
hogeschool heerlen

Cursussen voorjaar 1991

- **Cursus psycho/sensomotoriek bij kinderen**
  Basiscursus: 6 + 20 april, 4 + 25 mei, 8 + 22 + 29 juni
  Vervolgcursus: 7 + 21 sept., 5 + 26 okt., 9 + 23 + 30 no. en 14 dec. (totaal 90 uur)

- **Prothese-training voor de onderste extremiteit**
  4 t/m 8 febr. en 13 t/m 15 maart (totaal 60 uur)

- **Cursus stagebegeleidingsvaardigheden**
  23 febr. en 2 + 9 + 16 maart (totaal 16 uur)

Nadere informatie en inschrijfformulier:
Mw. H. Stavast, secretaresse Post-HBO E/G
Hogeschool Heerlen, Heuvelweg 7, 6415 XW Heerlen
Tel.: 045-700680 (alleen ochtend)

DE

STICHTING PODOLOGICA

organiseert in samenwerking met het 'Centrum voor voettherapie' te Leiderdorp wederom een

Praktijkopleiding podologie

De opleiding start medio maart 1991, en docent is podoloog J. de Vries die naast zijn eigen praktijk voor podologie en podokinesiologie reeds vele opleidingen verzorgde.

Het doel van deze opleiding is o.m. te komen tot een netwerk van podologisch gespecialiseerde fysiotherapeuten.

Tijdens deze opleiding leert men het aanmeten en vervaardigen van:
A: proprioseptieve zooltjes
(systeem Dr. R. J. Bourdiol)
B: therapiezolen
C: leren steunzolen
D: sport-therapiezolen (t.b.v. runners)
E: protectieve- en correctieve (teen)orthesen

Voor serieus geïnteresseerden zal een informatie bijeenkomst plaatsvinden, waarbij de opleiding nader wordt toegelicht, en vragen beantwoord kunnen worden.

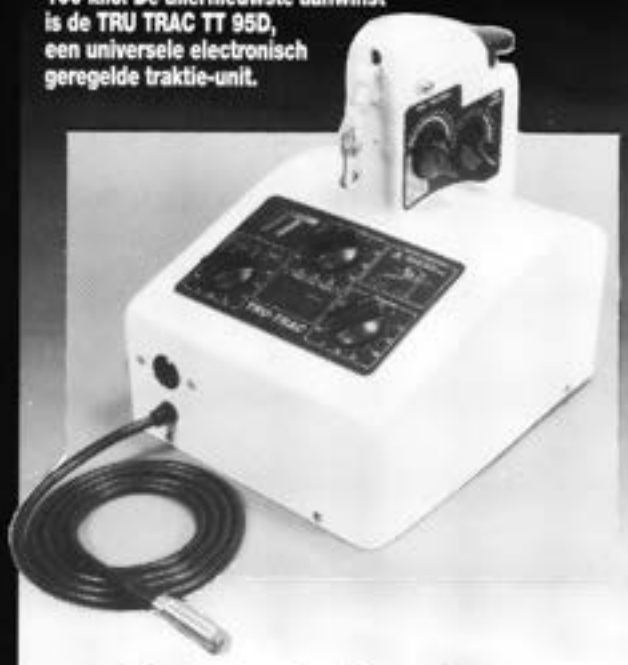
Een verzoek voor nadere inlichtingen kunt u richten aan: Stichting 'Podologica', t.a.v. Hr. J. de Vries, Hoogmadeseweg 20, 2351 CS Leiderdorp. Tel. 071-89.02.21.

TRU TRAC IS BACK!

Paramedi verkoopt nu 's werelds bekendste traktieapparaat.

Al meer dan 25 jaar fabriceert TRU TRAC traktie apparatuur, waaronder het roemruchte model TT 92.

Natuurlijk doet ook TRU TRAC aan innovatie, want het bekende model TT 92 met z'n 50 kilo trekkracht heeft een grotere broer gekregen, die trekt met gemak maar liefst 100 kilo! De allernieuwste aanwinst is de TRU TRAC TT 95D, een universele electronisch geregelde traktie-unit.



Kenmerkende eigenschappen.

- Minimum en maximum trekkracht indikatie.
- Patiëntenstop schakelaar.
- Maximum trekkracht 100 kilo
- Instelling van de trekkracht in de aktieve- en de passieve fase.
- Restwaarde indikatie.
- Kontinue en gepulseerde traktie mogelijkheid.
- Alle units worden altijd kompleet met een cervikaal traktieset geleverd.

TRU TRAC bewezen degelijkheid

Interessante prijzen:

Model TT 92, met 50 kilo trekkracht, inklusief de BTW ƒ 4260,-

Model TT 92, met 100 kilo trekkracht, inklusief de BTW ƒ 4460,-

Model TT 95 D, electronisch geregeld, met 100 kilo trekkracht, inklusief de BTW ƒ 4660,-

Paramedi en Tru Trac hebben een aardig cadeau voor u, want als u nu een nieuwe Tru Trac inruilt, dan geven wij ongeacht de leeftijd, de uiterlijke staat, werkend of niet, de formidabele inruilpremie van maar liefst ƒ 600,-.

Snel Service!
Uw telefonische bestellingen worden prompt uitgevoerd. Vraag naar onze overzichtelijke documentatie.
023 - 317250

paramedi

Wilheminapark 28
2012 KC Haarlem.
023 - 31 72 51
Giro 202300
Amro 44.70.89.250
Kvk 30113

Exclusief Zeilinstituut 'DE BIRD'

meest complete zeilvakantie

- recreatief- en instructiezeilen
- dag-trek-tochten
- wedstrijdzeilen
- jeugd/optimist/laserzeilen
- surfen/funboard surfen, kanoën, vissen, zwemmen, waterskiën, enz.

voor alle leeftijden vanaf 8 jr., met volledig pension.
GOEDE LEIDING Inl. en prosp.
Egon B. P. Brennink-meijer
Postbus 2, 8260 AA Heeg
Friesland. Tel.: 05154-2844

zeilschool/kanocentrum

PEAN

al 20 jaar een vertrouwde naam

Optimistkursussen voor kinderen, zeil- surf- en kanoweken voor jeugd, volwassenen en gezinnen. Unieke ligging, nieuwe akkommodatie.
Inl. Pean 1, 8490 AB Akkrum, tel. 05663-1392

VAKANTIE IN ITALIË

• TOSCANA • UMBRIA • ADRIA • LAGO DI GARDA •

T.h. Landhuizen, Villa's, Kasteeltjes, Boerderij-appartementen
Op div. ANWB Campings/Parken
Vakantiehuisjes, (Sta)Caravans, Bungalowtenten.
Gratis brochure bij: Intergarda/Italiaselect
Vakantieverblijven B.V.
Beeklaan 262, 2201 BN Noordwijk, Tel: 01719-19492; Fax: 01719-13761.

ASTMA. ERGER DAN U DENKT.

CARA (astma, bronchitis en emfyseem) is de meest voorkomende ziekte in ons land.
Dankzij uw steun is er belangrijke vooruitgang geboekt in de behandeling van CARA. Daardoor is het leven van veel patiënten verbeterd. Dat geldt helaas slechts in beperkte mate voor patiënten met een ernstige vorm van CARA.

CARA wordt nog steeds ernstig onderschat
De sterfte als gevolg van CARA blijkt veel hoger te zijn dan tot voor kort werd gedacht. De geregistreerde sterfte steeg sedert 1980 met 36% en is nu driemaal zo hoog als het aantal verkeersdoden.

Dat mag zo niet doorgaan
CARA is echt een ernstige ziekte die nog steeds niet te genezen is. Daarom moet de strijd tegen deze volksziekte met kracht worden voortgezet.

Uw hulp is onmisbaar
Geef gul aan de collectant of maak uw bijdrage over aan

Astma Fonds
Giro 55055
bank 70.70.70.120

U heeft een drukke fysiotherapie-praktijk. Daarin staat de gezondheid van uw patiënten voorop. Maar u bent ook nog eens veel tijd kwijt aan administratief werk. Het gevolg: lange werkdagen.

De oplossing vanuit de praktijk: ontwikkeld door uw collega's.

VVAA/Microcom zorgt ervoor dat u doelmatiger kunt werken. Met FDS: het declaratiesysteem bij uitstek voor fysiotherapeuten. Speciaal ontwikkeld door uw collega's.

Ideaal voor:

- een optimaal overzicht van uw afspraken,
- vastleggen van patiëntengegevens,
- rapportage aan huisartsen en ziekenfondsen,
- voeren van uw eigen boekhouding,
- foutloos en sneller declareren.

Samenwerking met KNGF en VVF.

FDS is een gebruiksvriendelijk pakket en geschikt voor alle praktijkvormen. Bovendien wordt FDS door KNGF en VVF beschouwd als een goede mogelijkheid om te komen tot standaardisatie van de automatisering. Geen wonder dat veel van uw collega's voor dit systeem kiezen.

Kies ook voor automatiseren met VVAA/Microcom!

Onze relaties zijn altijd welkom. Bel nu de VVAA. Voor informatie. Of voor een vrijblijvende demonstratie: **030 - 454883** of **434034.**

Onze relaties zijn altijd welkom.

DE ONDERNEMENDE VERENIGING
VVAA