

2014•2015  
FACULTEIT GENEESKUNDE EN LEVENSWETENSCHAPPEN  
*master in de revalidatiewetenschappen en de  
kinesitherapie*

## Masterproef

Visie van toekomstige kinesitherapeuten op het imago van de praktiserende  
kinesitherapeut: een focusgroep

Promotor :  
dr. Eddy NEERINCKX

Hakan Yavuz , Tom Slowack

*Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de revalidatiewetenschappen  
en de kinesitherapie*

2014•2015  
FACULTEIT GENEESKUNDE EN  
LEVENSWETENSCHAPPEN  
*master in de revalidatiewetenschappen en de  
kinesitherapie*

## Masterproef

Visie van toekomstige kinesitherapeuten op het imago van  
de praktiserende kinesitherapeut: een focusgroep

Promotor :  
dr. Eddy NEERINCKX

Hakan Yavuz , Tom Slowack

*Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de revalidatiewetenschappen  
en de kinesitherapie*



**Visie van toekomstige kinesitherapeuten op het imago van de praktiserende kinesitherapeut: een focusgroep.**

Hasselt, 2015

---

Opgesteld volgens de richtlijnen van 'Patient Education and Counseling':  
<http://www.elsevier.com/journals/patient-education-and-counseling/0738-3991/guide-for-authors>



## **WOORD VOORAF**

Voor u ligt de masterproef 'Visie van toekomstige kinesitherapeuten op het imago van de praktiserende kinesitherapeut: een focusgroep.'. Deze is geschreven in het kader van het laatste jaar Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie aan de Universiteit Hasselt.

Een thesis schrijven doe je echter niet alleen. Daarom willen wij bij deze dit dankwoord richten naar diegenen die een bijdrage hebben geleverd aan deze masterproef.

In de eerste plaats zouden wij onze dankbaarheid willen uiten aan onze promotor dr. Eddy Neerinckx voor zijn deskundig advies gedurende het verloop van deze periode, en aan Prof. Raf Meesen, wiens opmerkingen, als jurylid tijdens de verdediging van masterproef deel één, belangrijke wegwijzers zijn geweest in het onderzoeksopzet.

Onze dank gaat ook uit aan alle participanten die dit onderzoek mogelijk hebben gemaakt. Zonder hun enthousiasme en actieve deelname hadden we dit niet kunnen verwezenlijken.

Ook de Universiteit Hasselt verdient een woord van dank voor het beschikbaar stellen van het nodige materiaal en de gepaste infrastructuur.

Ten slotte bedanken wij onze ouders en geliefden die altijd een steunpilaar vormden op de soms moeilijke, uitzichtloze momenten.

Beringen, 10 augustus 2015

H.Y.

Leopoldsburg, 10 augustus 2015

T.S.



## SITUERING

In het kader van de opleiding Revalidatiewetenschappen en Kinesithérapie (ReKi) binnen de faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen is een masterproef een onontbeerlijk onderdeel. Na het vervullen van deel één – dat bestond uit een literatuurstudie en onderzoeksprotocol – tijdens het eerste masterjaar, is het de bedoeling om de lijn door te trekken naar het tweede masterjaar. Op basis van de uitgevoerde literatuurstudie werd nu het onderzoeksprotocol toegepast op masterproef deel twee. De conclusie, van de literatuurstudie in masterproef deel één, is dat de verschillende studies een gelijkaardige verklaring geven van wat het beroeps- en competentieprofiel van de kinesitherapeut inhoudt, maar dat niets geweten is over het standpunt van de kinesitherapeut hierover.

Deze masterproef is een duo-thesis van studenten tweede master ReKi onder leiding van promotor dr. Eddy Neerinckx, docent aan de Universiteit Hasselt en Katholieke Universiteit Leuven.

De masterproef situeert zich in het sociaal-professioneel domein, daar ze de perceptie van toekomstige kinesitherapeuten op het gebied van de kinesithérapie tracht te achterhalen. De opleiding kinesithérapie wordt samengesteld op basis van richtlijnen en beroepsprofielen die ter beschikking worden gesteld door diverse beroepsverenigingen, hetzij op nationaal hetzij op internationaal vlak [1,3,4,5]. Deze beroepsprofielen worden geacht het meest recente en correcte beeld te schetsen van een praktiserende kinesitherapeut. Het beroepsprofiel van de kinesitherapeut is wel gekend, maar er werd echter nog nooit eerder onderzocht wat de visie van afstuderende kinesitherapeuten was op het imago van de kinesitherapeut. Men omschrijft een imago als een image, wat het voorstellingsbeeld van iemand of iets is of het beeld in de publieke opinie [6].

In dit onderzoek peilt men naar de visie van studenten met betrekking tot het imago, maar wat weten studenten in verband met dit thema? Studenten moeten immers minstens vier jaar deze opleiding volgen om aan de slag te kunnen als praktiserende kinesitherapeut [1]. Is de overgang van student naar professional dan zo vlot te realiseren? Stemt hun visie overeen met de realiteit of zijn er toch nog grote verschillen tussen de verwachtingen en het werkelijke beeld van een professional? Hebben afstuderende kinesitherapeuten een visie omtrent het imago van de praktiserende kinesitherapeut die zo breed en uitgebreid is als beschreven in de richtlijnen en beroepsprofielen?

Het beroepsprofiel van de kinesitherapeut in België is duidelijk beschreven. Kinesithérapie is in hoofdzaak het vakgebied van het menselijk bewegen en functioneren. De kinesithérapie heeft als doel het bevorderen van de gezondheid, het optimaliseren van de zelfredzaamheid, rekening houdend met de fysieke en activiteitsbeperkingen van de patiënt, en meehelpen aan de participatie in de samenleving. Daarbij schenkt de kinesitherapeut ook aandacht aan preventie en educatie [1].

In tegenstelling tot het beroepsprofiel is minder geweten met betrekking tot het imago. Wel is geweten dat kinesithérapie vorderingen heeft gemaakt en dat dit ook zijn invloed heeft op het imago van de kinesitherapeut. Deze stappen zijn onder andere aan te tonen in studentenaantallen. Het aantal inschrijvingen in Vlaanderen voor een academisch gerichte bachelor in de ReKi in het academiejaar 2007-2008 bedroeg 1023 [7]. Dit aantal is in het academiejaar 2013-2014 gestegen tot 3834



inschrijvingen, waarvan 615 aan de Universiteit Hasselt [8]. Kan men op basis van deze stijging hypothetisch stellen dat het met het imago van kinesitherapie goed gesteld is?

We verwachten dat de kennis van een imago, bij eender welk beroep, een essentiële rol speelt in het aanpassen van de verwachtingen en opleidingen binnen een beroep.

Een voorbeeld is de directe toegang tot kinesitherapie. Kinesitherapie is momenteel enkel toegankelijk via verwijzing op medisch voorschrift [1]. Hierdoor bevinden kinesitherapeuten zich in de hiërarchie onder de artsen. Zonder directe toegang blijft de afhankelijkheid van artsen voortbestaan. Vanuit het werkveld groeit de nood naar een directe toegang tot de kinesitherapie. In ongeveer 60% van de Europese landen, waaronder Nederland, Frankrijk, Duitsland, Engeland en Spanje, is het systeem van directe toegang al ingeburgerd [2]. Dit zijn landen met een welontwikkelde kinesitherapie en bijgevolg een degelijke reputatie. In België worden sinds kort cursussen aangeboden met betrekking tot directe toegang tot kinesitherapie. Directe toegang tot de kinesitherapie behoort dus stilaan tot het imago van het beroep en dit uit zich in aanpassingen in de opleiding.

Het eigenlijke onderzoek bestond uit een focusgroep met laatstejaars studenten van de opleiding ReKi. Deze werd uitgevoerd in de Universiteit Hasselt onder leiding van promotor dr. Eddy Neerinckx. Daarnaast waren ook de twee onderzoekers aanwezig en zij zorgden voor bijkomende input tijdens het groepsgesprek. Volgende relevante thema's en subthema's werden besproken: 'Wat is kinesitherapie?', 'Wat is een goede kinesitherapeut?', 'De kloof tussen de opleiding en het werkveld', 'Wat zou men aanpassen in de opleiding?', 'Waarom kiest men voor ReKi als opleiding?', 'Het surplus van de opleiding ReKi', 'Wat zijn de verwachtingen van patiënten ten opzicht van de kinesitherapeut?' en 'Wat is het verschil in verwachtingen van de patiënt tussen vroeger en nu?'.

Het onderzoeksdesign en de methode werden bepaald en uitgewerkt door de twee onderzoekers in overleg met de promotor. De rekrutering van de participanten en data-acquisitie gebeurde volledig en zelfstandig door de twee onderzoekers.

De opgenomen focusgroep is uitgeschreven door Tom Slowack. Deze uitgeschreven tekst is door Hakan Yavuz gecontroleerd met de originele opname, dit om eventuele fouten uit de tekst te halen. Vervolgens hebben beide studenten in overleg de thema's, komend uit de focusgroep, bepaald. Het gaat ten slotte om een volledig zelfstandig uitgeschreven proefwerk met de nodige aandacht voor de academische schrijfstijl.

Voor het uitschrijven van de masterproef werd geopteerd om de auteursrichtlijnen te volgen van het tijdschrift "Patient Education and Counseling". Dit bevat wetenschappelijke artikels die qua thema's en opzet te vergelijken zijn met het uitgevoerde onderzoek, nl. kwalitatief onderzoek.

## Referenties

- [1] Nationale Raad voor de Kinesithérapie. Beroeps- en competentieprofiel van de kinesitherapeut in België. Verkregen op 16 december, 2013, van [http://www.axxon.be/public/website/files/content\\_files/files/Beroepsprofiel%20kinesitherapeut.pdf](http://www.axxon.be/public/website/files/content_files/files/Beroepsprofiel%20kinesitherapeut.pdf)
- [2] Axxon: De nieuwe beroepsvereniging voor kinesitherapeuten. Verkregen op, 5 mei, 2015, van <http://www.federatievrijberoepen.be/viewobj.jsp?id=420073>
- [3] American Physical Therapy Association, A guide to physical therapist practice, Volume one: a description of patient management, Physical Therapy 1995, pp. 709-762.
- [4] World Confederation for Physical Therapy, WCPT guideline for physical therapist professional entry level education (2011). Verkregen op 21 februari, 2014, van <http://www.wcpt.org/guidelines/entry-level-education>
- [5] De Vries, C., Hagnaars, L., Kiers, H., & Schmitt, M., KNGF Beroepsprofiel Fysiotherapeut. De Fysiotherapeut, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (2014).
- [6] Van Sterkenburg P.G.J., Van Dale handwoordenboek hedendaags Nederlands (1996).
- [7] Hoger onderwijs in cijfers. Studentenaantallen op 31 oktober 2007. Academiejaar 2007-2008. Verkregen op 20 juli, 2015, van [http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/werken/studentadmin/studentengegevens/HogerONDin\\_cijfers\\_2007\\_web.pdf](http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/werken/studentadmin/studentengegevens/HogerONDin_cijfers_2007_web.pdf)
- [8] Hoger onderwijs in cijfers. Studentenaantallen op 31 oktober 2013. Academiejaar 2013-2014. Verkregen op 20 juli, 2015, van [http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/werken/studentadmin/studentengegevens/HOIC\\_2013.pdf](http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/werken/studentadmin/studentengegevens/HOIC_2013.pdf)



## **ABSTRACT**

**Doel:** Het doel van dit onderzoek is na te gaan wat de visie is van tweedejaars master studenten op het imago van de kinesitherapeut.

**Methode:** Er werd een focusgroep georganiseerd waaraan negen tweedejaars master studenten hebben deel genomen. Op basis van de besproken thema's gedurende de focusgroep heeft men thema's en subthema's bepaald die een antwoord trachten te geven op de onderzoeksvraag.

**Resultaten:** Toekomstige kinesitherapeuten linken motivatie en communicatie aan kinesitherapie en beschouwen deze als belangrijke eigenschappen. Hierbij plaatst men onder communicatie het actief luisteren. Maar een kinesitherapeut moet daarnaast ook flexibiliteit vertonen, zowel in het behandelen van patiënten als in de gepresteerde werkuren/dagen.

Verder blijkt uit de focusgroep dat studenten op theoretisch vlak sterk onderbouwd zijn, maar praktijkgericht soms tekort schieten gedurende stages. Daarnaast valt ook op dat evidence-based practice (EBP) niet altijd even ingeburgerd is in het werkveld als in de opleiding. Om tot slot de kloof tussen opleiding en werkveld te benadrukken, werd aangehaald dat veelvoorkomende behandelingen zoals taping en massage, in de opleiding nauwelijks aan bod zijn gekomen.

De voornaamste reden om voor de opleiding Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie (ReKi) te kiezen, blijkt interesse in sport en het menselijk lichaam te zijn. Bijkomend vormt deze opleiding, voor vele studenten, een geschikt alternatief voor de opleiding Lichamelijke Opvoeding (LO), welke geen universitaire richting is.

Verder zouden de studenten aan de opleiding enkele aanpassingen verrichten. Zo pleit men voor meer klinisch redeneren en casuïstiek.

Ter afsluiting heeft de focusgroep gebrainstormd over patiëntenverwachtingen. Daaruit blijkt dat patiënten kwaliteit in hun zorg verwachten. Deze verwachtingen blijken hoger te zijn dan vroeger.

**Conclusie:** De visie van tweedejaars masterstudenten van de opleiding ReKi komt grotendeels overeen met de beroepsprofielen die beschreven staan in de literatuur. Zeer veel aandacht wordt besteed aan de biopsychosociale benadering en psychologische vaardigheden. In verband met het imago van de kinesitherapeut, blijkt dat massage er nog steeds deel van uit maakt, maar in mindere mate in vergelijking met vroeger. Vervolgens zijn volgende factoren ten voordele van het imago van de kinesitherapeut: de directe toegang tot de kinesitherapie, het ruime karakter van het beroep en ReKi als universitair alternatief voor LO. Tot slot beschouwt men de kloof tussen de opleiding en het werkveld op het vlak van EBP als nefast voor het imago van de kinesitherapeut.

**Praktische implicaties:** Er zou meer aandacht besteed moeten worden aan de aanpassing van de curricula. De focusgroep doelt op het implementeren van meer casuïstiek en klinisch redeneren, met als voornaamste reden de praktische vaardigheden meer toe te kunnen passen. Op die manier kan getracht worden om de stap van de opleiding naar het werkveld te vergemakkelijken.



## 1 Inleiding

Kinesithérapie verzorgt diensten aan individuen en populaties om maximale beweging en functionele mogelijkheden doorheen de levensduur te ontwikkelen, te onderhouden en te herstellen [1]. Kinesithérapie heeft de afgelopen decennia op verschillende niveaus in de gezondheidszorg een grote evolutie meegemaakt en deze evolutie loopt nog steeds verder en verder. Het beleid, het curriculum en de verwachtingen ten opzichte van de kinesitherapeut zijn maar enkele van de vele zaken die een transformatie ondergaan hebben. Veel van de behandelingen die momenteel in de kinesithérapie gebruikt worden zoals massage, hydrotherapie en oefentherapie dateren van een heel eind terug. In 3000 v.Chr. waren het de Chinezen die er het eerst gebruik van maakten. Onderzoekers hebben bewijs gevonden dat zelfs tijdens de prehistorie er naast warmte, koude en massage, gebruik werd gemaakt van oefentherapie om fysieke aandoeningen te behandelen [2].

De benaming 'masseur' is hierdoor al lang niet meer op zijn plaats. Dit kan onder andere worden afgeleid uit de kinesitherapeutische diensten die terugbetaald worden in België. Zo laat het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) weten dat er voor massage slechts een terugbetaling wordt voorzien indien deze niet exclusief wordt toegepast [3]. Dit alles heeft waarschijnlijk ook zijn invloed gehad op het imago van de kinesitherapeut.

Nochtans is er weinig geweten over het imago van de kinesitherapeut, zowel met betrekking tot de visie van de praktiserende kinesitherapeut als op basis van de visie van laatstejaars studenten in de opleiding ReKi. Vandaar dat men in deze masterproef, door middel van een focusgroep, de visie omtrent het imago van de kinesitherapeut tracht te achterhalen.

Er zijn verschillende beroepsprofielen en daarnaast zowel nationale als internationale richtlijnen voorhanden die een beeld schetsen van de kinesitherapeut. In België beschikt men over de Nationale Raad voor de Kinesithérapie [4], in Nederland neemt het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) deze taak op zich [5] en in de Verenigde Staten wordt het beroep vertegenwoordigd door The American Physical Therapy Association (APTA) [6]. Op internationaal niveau bestaat ten slotte de World Confederation for Physical Therapy (WCPT) [7]. In deze richtlijnen is alle relevante informatie terug te vinden met betrekking tot het domein kinesithérapie en ze worden geacht een zo realistisch mogelijke beschrijving van de kinesithérapie weer te geven. Een praktiserende kinesitherapeut zou dan logischerwijze een afspiegeling moeten vormen van de weergegeven beroepsprofielen. De curricula gebaseerd op deze richtlijnen, die gehanteerd worden door de universiteiten en hogescholen, streven dit na. Maar weerspiegelen deze richtlijnen wel de realiteit? Hoe denkt een laatstejaarsstudent nu eigenlijk over het beeld van de praktiserende kinesitherapeut? Stemt de manier waarop zij over hen denken overeen met de vastgestelde beroepsprofielen? Voelen zij zich wel klaar voor het beroepsleven of bestaat er een kloof tussen de opleiding en het werkveld, en indien ja, hoe groot is deze?

Een kinesitherapeut vervult drie rollen in zijn beroepsbeoefening: als zorgverlener, als manager en als beroepsontwikkelaar. De rol van zorgverlener heeft rechtstreeks betrekking op zijn hoofdactiviteit [5].

Op welke van deze punten scoort de kinesitherapeut goed, op welke punten scoort hij minder goed?  
Wat zijn de verwachtingen van de patiënten ten opzichte van de kinesitherapeut?

De kennis over het imago van de kinesitherapeut is een belangrijke factor in de verdere ontwikkeling van het beroep en vormt een waardevolle indicator om vergelijkingen met andere beroepen binnen de gezondheidszorg door te voeren, alsook binnen de opleiding zelf.

Deel één van dit onderzoek had als doel het imago van de kinesitherapeut, op basis van de visie van de praktiserende kinesitherapeut, te onderzoeken. Op basis van de literatuurstudie in masterproef deel één blijkt dat de verschillende studies een gelijkaardige verklaring geven van wat het beroeps- en competentieprofiel van de kinesitherapeut inhoudt. Wij hebben in de literatuurstudie geen informatie gevonden met betrekking tot het standpunt van de kinesitherapeut. Bijgevolg zijn er, in verband met het imago van de kinesitherapeut, geen conclusies getrokken.

Dit onderzoek, deel twee, heeft als doel het imago van de kinesitherapeut te onderzoeken op basis van de visie van tweedejaars masterstudenten in de ReKi. Men heeft gepoogd een zo breed mogelijke visie omtrent de verschillende aspecten van het imago van de kinesitherapeut te verkrijgen.

Tot slot biedt een focusgroep bestaande uit tweedejaars master studenten ReKi het voordeel dat ze enerzijds in het beroep kinesitherapie ervaring hebben door het lopen van stages en anderzijds nog contact hebben met de opleiding zelf.

## 2 Methode

Om de visie omtrent het imago van de kinesitherapeut te achterhalen hebben wij geopteerd om een focusgroep te organiseren. Robert K. Merton omschreef de focusgroep als een onderzoekstechniek die gebruikt wordt wanneer een groep respondenten gezamenlijk iets heeft meegemaakt of verbonden is door een gemeenschappelijk thema en daarover geïnterviewd wordt [8]. Onmiddellijke feedback op bepaalde thema's en groepsinteractie en –discussie zijn de grootste voordelen van een focusgroep. Deze kan men bij traditionele enquêtes of telefonische contacten niet realiseren. Het is bovendien een onvoorspelbaar gebeuren dat afhankelijk is van de inzet van de deelnemers in de focusgroep.

Deze bestond uit negen tweedejaars masterstudenten, twee onderzoekers en een moderator uit de opleiding ReKi van de Universiteit Hasselt. Men stelt dat de moderator uitstekende interviewvaardigheden moet hebben zoals een sterke luistervaardigheid, een interesse in mensen en een betrokkenheid in het onderwerp [8]. Aan deze eisen is voldaan, daar de moderator tevens promotor van deze masterproef is en over de nodige ervaring beschikt. De taak van de moderator bestond uit het coördineren van het groeps gesprek en stellen van vragen. Beide onderzoekers hebben de focusgroep geobserveerd en, indien nodig, bijkomende vragen gesteld. Bovendien is het groeps gesprek (audio) opgenomen. Elke student die deel nam aan de focusgroep is zowel telefonisch als via mail gecontacteerd. Men heeft voor twee manieren van rekruteren gekozen om zo de responsiviteit te verhogen. Van de 15 studenten die gecontacteerd werden hebben negen hun deelname bevestigd. De vraag tot deelname werd verstuurd op 25 april 2015. Na bevestiging van negen deelnemers (twee vrouwen en negen mannen) is door de onderzoekers en promotor de datum van 9 mei 2015 vastgelegd. Verder werden alle deelnemers op voorhand ingelicht over het onderwerp van de focusgroep 'Het imago van de kinesitherapeut: visie van toekomstige kinesitherapeuten'.

Alle deelnemers moesten beantwoorden aan volgende inclusiecriteria: student ReKi, tweede jaar masteropleiding. Volgende exclusiecriteria werden gehanteerd: niet-student, andere opleiding dan ReKi, tweede jaar masteropleiding nog niet bereikt.

De afstudeerrichting binnen ReKi was van geen belang, desalniettemin zaten alle deelnemers in de specialisatierichting musculoskeletale revalidatie.

De focusgroep heeft één uur en 23 minuten geduurd. Bij aanvang werd het doel besproken door de gespreksleider en elke deelnemer werd uitgenodigd zichzelf voor te stellen en zowel zijn/haar ervaring als stagiair en als patiënt te bespreken.

De gegevens werden verzameld tijdens de eigenlijke focusgroep. Dit gesprek is (audio) opgenomen en vervolgens door beide onderzoekers beluisterd. Tot slot heeft één van de onderzoekers het audiobestand uitgeschreven. Deze transcriptie is gebeurd volgens het Verbatim-principe, dat betekent dat het gesprek woordelijk werd uitgeschreven zoals het op de geluidsband staat [8]. Hierna heeft men de tekst gecodeerd en op basis van deze codes verschillende thema's en subthema's bepaald om zo tot een georganiseerde analyse te komen. De eerste fase van het coderen bestond uit het open coderen, wat omschreven wordt als de fase van het afbreken van de data in kleinere delen. Op deze manier krijgt men een overzicht van de hoeveelheid en een selectie van relevante data [8]. Vervolgens



heeft men door middel van axiaal coderen getracht bij elkaar horende codes samen te voegen en overbodige codes te schrappen. Axiaal coderen is het opnieuw door de codes gaan om de hoeveelheid codes te reduceren aan de ene kant en te integreren aan de andere kant [8]. Volgende thema's/subthema's zijn aan bod gekomen tijdens de discussie: 'wat is kinesitherapie?', 'wat is een goede kinesitherapeut?', 'de kloof tussen de opleiding en het werkveld', 'wat zou men aanpassen in de opleiding?', 'waarom kiest men voor ReKi als opleiding?', 'het surplus van de opleiding kinesitherapie', 'wat verwachten patiënten ten opzichte van een kinesitherapeut?' en 'het verschil in verwachtingen van de patiënt tussen vroeger en nu'.

Het open coderen is terug te vinden in bijlage 1, maar dit is slechts een illustratie op basis van selectieve voorbeelden. In bijlage 1 verwijzen we naar de open codes die aanleiding hebben gegeven tot het bepalen van de axiale codes en vervolgens de thema's en subthema's. Men heeft op basis van de tekstfragmenten een totaal van 35 codes bepaald (tabel 4). Hoe deze codes tot de verschillende thema's en subthema's hebben geleid, wordt geïllustreerd aan de hand van een voorbeeld. In bijlage 1 (tabel 5) staan de open codes, inclusief codenummers die men aan de data uit de fragmenten heeft toegekend. Alle relevante data zijn per fragment onderstreept en hebben vervolgens een open code en nummer gekregen. Tabel 5 is een illustratie van de open codes die aanleiding hebben gegeven tot het bepalen van 'Thema 1: Wat is kinesitherapie?' en 'Subthema 1.1: Wat is een goede kinesitherapeut?'.

In bijlage 2 (tabel 6) staat de volgende stap in het codeerproces, het samenvoegen van de open codes tot axiale codes, die op hun beurt hebben geleid tot de bepaling van een subthema's en thema's. De open codes uit tabel 5 hebben tot de axiale code 'Eigenschappen binnen de kinesitherapie' geleid. Deze heeft op haar beurt aanleiding gegeven tot 'Thema 1: Wat is kinesitherapie?' en 'Subthema 1.1: Wat is een goede kinesitherapeut?'.

Tot slot zijn alle andere thema's en subthema's analoog aan bovenstaand voorbeeld bepaald.

### 3 Resultaten

#### 3.1 Kenmerken van de participanten

De geïncludeerde participanten waren tweedejaars masterstudenten van de opleiding ReKi aan de Universiteit Hasselt (n=9), waarbij de gemiddelde leeftijd van de participanten 23 jaar was. Van deze negen participanten hebben allen de specialisatierichting musculoskeletale revalidatie gekozen. Verder moest elke student aangeven hoeveel ervaring men met kinesitherapie had, zowel als stagelopende student en als patiënt. Tabel 1 geeft een overzicht van de kenmerken van elke student, namelijk de leeftijd, specialisatierichting, stage-ervaring en ervaring als patiënt. Hierbij komt één stageperiode overeen met vijf weken. Er zijn vier periodes in het eerste masterjaar en drie periodes in het tweede masterjaar. Daarnaast bestond de focusgroep uit twee vrouwelijke en zeven mannelijke studenten, waarbij één van de participanten geen ervaring had als patiënt bij een kinesitherapeut.

<b>Studenten</b>	<b>Leeftijd (jaren)</b>	<b>Specialisatierichting</b>	<b>Stage-ervaring (periodes)</b>	<b>Ervaring als patiënt</b>
Student 1	23	MSK	5	Kniepijn
Student 2	23	MSK	5	Scheur voorste kruisband
Student 3	24	MSK	6	Scheur voorste kruisband
Student 4	22	MSK	6	N.v.t.
Student 5	24	MSK	5	Scheur voorste kruisband
Student 6	23	MSK	6	Iliotibiaal frictiesyndroom
Student 7	23	MSK	5	Scheur voorste kruisband
Student 8	22	MSK	4	Klachten lage rug
Student 9	23	MSK	4	Pubalgie

*MSK: Musculoskeletale revalidatie  
Een stageperiode bestaat uit 5 weken  
N.v.t. = niet van toepassing*

### 3.2 Thema's

Vier thema's en vier subthema's werden geïdentificeerd (tabel 2) in verband met de visie van toekomstige kinesitherapeuten over het imago van de praktiserende kinesitherapeut:

Thema's	Subthema's
1. Wat is kinesitherapie?	1.1 Wat is een goede kinesitherapeut?
2. De kloof tussen de opleiding en het werkveld	2.1 Wat zou men aanpassen in de opleiding?
3. Waarom kiest men voor ReKi als opleiding?	3.1 Het surplus van de opleiding ReKi
4. Verwachtingen van de patiënten ten opzichte van de kinesitherapeut	4.1 Verschil in verwachtingen van de patiënt tussen vroeger en nu

#### 3.2.1 Thema 1: Wat is kinesitherapie?

De vraag bij uitstek in dit onderzoek is, wat kinesitherapie, vanuit het perspectief van de toekomstige kinesitherapeuten, inhoudt. Dit is een open vraag waarop verschillende en aanvankelijk vage antwoorden geformuleerd werden:

*“Een soort van zorgverlening in het revalidatieproces van mensen met aandoeningen die niet zelfstandig kunnen...”*

*“Mechanische aandoeningen verbeteren door veel manuele- en veel oefentherapie, op die gebieden vooral.”*

Men schreef de kenmerken zoals motiverend en communicatief vermogen toe aan de kinesitherapeut als zeer belangrijke vaardigheden. Daarbij heerst er een algemene overtuiging dat het revalidatieproces veel meer is dan alleen oefeningen en mobilisaties. Oefentherapie zou bijvoorbeeld goed van toepassing zijn bij iemand met een gescheurde voorste kruisband, terwijl bij een bejaarde patiënt, waarvan het activiteitsniveau gedaald is, motivatie en communicatie meer op de voorgrond komen te staan.

Opvallend is de flexibiliteit die men aan het beroep toeschrijft, zowel in behandeling van de patiënt als in werkuren/dagen. Daarnaast wordt kinesitherapie, die vroeger werd toegepast, door de studenten geassocieerd met tunnelvisie. Men beschouwt het beroep van toen als zeer algemeen, met weinig aandacht voor specialisatierichtingen. Verder is de focusgroep van mening dat de verschillende keuzes aan specialisatierichtingen in de opleiding een groter potentieel aan specifieke behandelmethodes beschikbaar zou stellen. Men ziet kinesitherapie dan ook als een beroep waarin je jezelf moet blijven bijscholen. De verbreding van het werkveld zou dit fenomeen weerspiegelen.

De moderne kinesitherapeut wordt dus afgebeeld als een beroepsbeoefenaar die zijn patiënten moet kunnen motiveren en die breder denkt dan puur het biomechanische. Men spreekt van een kinesitherapeut die zijn patiënten holistisch benaderd.

*“En dan is dat niet, ik noem dat niet puur mechanisch, maar onder meer een holistische vorm van alles.”*

*“Je bent tenslotte met mensen bezig. Het is sowieso ruimer dan alleen puur revalidatie gericht en biomechanisch gericht. Zoals hij zegt qua motivatie, qua communicatie. Het is meer globaal dan dat.”*

Op de opmerking dat de tijd van de kinesitherapeut als masseur voorbij is, kwamen verschillende reacties. Men is het daar enerzijds mee eens, anderzijds hadden enkele studenten in de opleiding meer lessen over massage verwacht. Massage wordt gedefinieerd als het toepassen van manuele manipulatie van zachte weefsels van het lichaam voor therapeutische doeleinden [9]. Ondanks dat massage slechts een mineur onderdeel van de opleiding vormt, wordt de term massage volgens de deelnemers in grote mate geassocieerd met kinesithérapie bij het brede publiek. De gedachte, dat kinesithérapie geen synoniem meer is voor massage en het beroep inmiddels geëvolueerd is naar een veel actievere aanpak, heeft studenten geholpen in het maken van de beslissing om de opleiding ReKi te volgen. Niettegenstaande vinden de participanten dat massage, hoe klein het aandeel in de opleiding ook is, nog deel uitmaakt van het beroep.

*“Als ze aan u vragen wat studeer je en je zegt ik doe kine: “Ah dan kan jij goed masseren?”. Dat krijg ik iedere keer te horen, terwijl dat niet meer het geval is.”*

### **3.2.1.1 Subthema 1.1: Wat is een goede kinesitherapeut?**

Een subthema dat naar voren kwam uit deze hoofdcategorie was: “Wat is een goede kinesitherapeut?”. Naast de rol van motivator, blijkt het communiceren van evenwaardig belang te zijn, waarbij men beide vaardigheden niet kan loskoppelen van elkaar. Onder communicatie verstaat men niet alleen het overbrengen van informatie naar de patiënt, maar vooral het actief luisteren naar de patiënt.

Daarnaast was men van mening dat de algemene houding van de kinesitherapeut van belang was. Een goede kinesitherapeut is niet enkel bekwaam op technisch vlak, maar vooral ook op psychologisch vlak. Hij moet volgens de participanten zelfvertrouwen uitstralen, maar tegelijk ook over een sterk uitgebouwde theoretische basis beschikken die men praktijkgericht kan toepassen.

Bovendien vermeldt men flexibiliteit als belangrijke vaardigheid. Men moet flexibiliteit vertonen op psychologisch vlak naar de patiënt toe en daarnaast in staat zijn om te variëren in behandelingen per pathologie. Zo gaat men met een topsporter anders om dan met een vrouw van 85 jaar. Hierbij sluit aan dat, ook al hebben ze dezelfde pathologie, men afhankelijk van de doelstellingen van de patiënt toch verschillende behandelingen per patiënt kan toepassen. Een topsporter wil bijvoorbeeld terug deelnemen aan belangrijke wedstrijden, terwijl een 85-jarige vrouw enkel haar mobiliteit wil terug winnen.

Ten slotte zijn alle bovenstaande capaciteiten belangrijk om een goede kinesitherapeut te zijn, maar men koppelt dit aan de ervaring die een kinesitherapeut moet bezitten. Des te meer ervaren je bent in een beroep, des te kwaliteitsvoller je dat beroep uitoefent.

Samengevat vertrekt men dus van een sterke theoretische achtergrond die men praktijkgericht moet kunnen toepassen. Verder bezit een goede kinesitherapeut voldoende flexibiliteit om zijn behandelingen, indien nodig, bij te sturen en om zich aan te passen aan elke patiënt. Daarnaast is men als goede kinesitherapeut niet enkel motivator, maar is men sterk vaardig in het communiceren, waarbij actief luisteren een essentiële vaardigheid is. Tot slot is men van mening dat hoe meer ervaring je hebt, hoe beter je een beroep kan uitvoeren.

*“Ja, daar zit ook die motivator in hé. Maar een hele goede communicator dat is gewoon heel belangrijk. Dat kan gewoon over het dagelijkse leven gaan, dat kan over alles gaan eigenlijk.”*

*“Maar ik denk dat andere factoren ook nog wel een rol spelen, zeker sowieso uw theoretische achtergrond is dat je... Dat is logisch, dat je die nodig hebt voor een goede kine te zijn. Uw kennis, en dat je die ook praktijkgericht kunt toepassen. Maar ik denk ook dat je uw patiënt moet kunnen aanvoelen, dat je zegt van “wie heb ik hier voor mij en wat zijn die zijn noden of wat vereist die van mij, is dat een topsporter, is dat een oud vrouwtje van 85?”. Waar liggen de doelstellingen en wat, ja, wat verwacht die van mij en dan denk ik als je dat goed kunt inschatten, en dan een goede communicator bent gecombineerd met ja, wat je moet doen, denk ik dat je een goede kine bent, maar het is een combinatie van vanalles.”*

*“Ja, natuurlijk. Een sporter mag je al eens harder aanpakken bijvoorbeeld en zoals hij zegt een vrouwtje van 80 jaar daar moet je juist misschien het tegenovergestelde bij doen, heel zacht aanpakken, terwijl die sporter die heeft niks aan die zachte aanpak en die zal dat ook niet willen.”*

### **3.2.2 Thema 2: De kloof tussen de opleiding en het werkveld**

Het eerste contact tussen elke deelnemer en zijn/haar stage gaf aanleiding tot de vaststelling dat studenten theoretisch sterk onderbouwd zijn maar dat men soms op het gebied van praktijk tekort schiet, wat leidde tot onzekerheid.

Daarnaast kan men de term EBP niet meer loskoppelen van de opleiding kinesitherapie. EBP is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het aanwezige beste bewijsmateriaal om behandelingsbeslissingen te nemen in samenspraak met de patiënt is. De besluitvorming is gebaseerd op de integratie van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is [1]. Toch blijkt dat dit begrip in het werkveld niet overal even ingeburgerd is zoals in de opleiding.

Het is opvallend dat sommige behandelingen zoals taping en massage bij het brede publiek goed gekend zijn. Hoewel dat deze behandelingen nauwelijks aan bod komen in de opleiding, worden ze

frequent toegepast in het werkveld. De deelnemers verklaarden dat ze via andere toepassingen, bijvoorbeeld Youtube, deze behandelingen geleerd hebben.

Ten slotte beduidden de studenten dat bepaalde behandelingen meer aan bod mogen komen in de opleiding zoals taping en massage, met als voornaamste reden dat deze behandelingen in het werkveld frequent worden toegepast. Verder pleiten ze voor een betere integratie van EBP in het werkveld zelf.

*“Want ik weet nog voor de eerste stage was ik redelijk onzeker van hoe dat nu juist in zijn werk ging gaan. Voor de allereerste stage, allereerste keer.”*

*“Wat ik ook aan voel bij heel veel kinesisten waar ik op stage was, is dat evidence-based niet altijd, ook niet naar hun toe, het juiste is. Dat is soms zo van, ja, hier en daar wordt er wel wat gezegd.”*

*“Youtube leert u taping! Zo heb ik dat geleerd ja. Niet door hier specifiek. Ja hier zie je dat eens één keer, maar met één keer kan je dat niet.”*

### **3.2.2.1 Subthema 2.1: Wat zou men aanpassen in de opleiding?**

Het laatste subthema waarover gediscussieerd werd, handelde over wat de studenten zouden aanpassen aan hun opleiding.

Er heerst bij de studenten het gevoel dat er nog ruimte is om de overstap naar het werkveld te faciliteren. Eerder werd al aangehaald dat stagementoren zich bewust zijn van de sterke theoretische basis van de studenten. Deze mening wordt door de participanten ook gedeeld en daarnaast voegt men er aan toe dat de opleiding te algemeen en, op sommige specifieke gebieden zoals casuïstiek en klinisch redeneren, te beperkt is. De praktijklessen schieten volgens hen tekort. In de lessen worden de technieken uitgelegd aan de hand van presentaties, gedemonstreerd en vervolgens gevraagd om een vijf à tiental minuten in te oefenen op een medestudent, waarna men verder gaat met de volgende techniek. Het is dan de verantwoordelijkheid van de student om deze technieken achteraf extra in te oefenen. Het gebrek ligt volgens de studenten in het feit dat de technieken enkel op gezonde personen worden toegepast enerzijds, en dat de technieken amper of niet geïntegreerd worden in specifieke casuïstiek anderzijds.

De stages moeten hier een oplossing voor bieden, maar men zal nooit alle relevante pathologieën te zien krijgen. Men biedt verschillende mobilisaties en andere behandelopties aan, maar de toepasbaarheid op een echte patiënt is niet altijd even vanzelfsprekend, met de reden dat een echte patiënt niet op dezelfde wijze reageert als een gezonde medestudent. Tijdens het lopen van de stages gaf dit aanleiding tot onzekerheid, maar toch zijn het de stages zelf die het meest leerrijk zijn.

Wanneer men dan het aantal stageperiodes behoudt en de praktijklessen aanpast, zodat er meer pathologieën (inclusief behandelingen) gedurende deze lessen aan bod komen, kan men aan de praktische tekorten, die studenten ervaren tijdens stages, tegemoetkomen.

*“Uw theorie, oké die heb je mee, maar zeker praktisch gericht ga je daar het meeste bijleren. Als je praktijklessen hier pakt, je ziet die technieken één of twee keer, je mag die vijf minuten inoefenen bij wijze van spreken en als je dan er zelf niet mee verder gaat, dan moet je het daar mee doen.”*

*“En je bent ook bezig met gezonde patiënten, terwijl op uw stage, daar kom je wel een echte patiënt tegen hé.”*

Een ander aspect waar de opleiding volgens de participanten meer tijd in moet investeren is het klinisch redeneren. Klinisch redeneren wordt gedefinieerd als het kritisch en analytisch denken, geassocieerd met het proces van het maken van klinische beslissingen en is een interactief model in welke vroegtijdig hypothesen gegenereerd worden gebaseerd op initiële aanwijzingen ontleend aan de observatie van de patiënt/cliënt, een verwijfsbrief, het medisch dossier of andere bronnen [4].

Wederom viel tijdens de stages op dat men praktisch onvoldoende voorbereid is op realistische, specifieke gevallen. Indien men een patiënt met een bepaalde pathologie moet behandelen, is het vereist om een aantal zaken te overlopen en een zeker denkpatroon te volgen. Hetgeen waar de participanten hiernaar verwijzen is niet te verwarren met het eigenlijke opleidingsonderdeel ‘Clinical reasoning in manual therapy and sports physical therapy – case studies’. Het is namelijk een feit dat in het laatstgenoemde blok een aantal casussen klassikaal zijn besproken en een groepsopdracht is gemaakt rondom één bepaalde pathologie. De participanten doelen echter op een intensievere toepassing van het klinisch redeneren in de opleiding. Met betrekking tot klinisch redeneren pleiten ze voor een integrerend blok waarin men, per pathologie, een behandel- en onderzoeksprocedure aangeleerd krijgt en deze vervolgens in casuïstiek kan verwerken en oplossen.

De studenten geven dus als voornaamste bedenkingen aan dat men moet zorgen voor een betere integratie in het werkveld, enerzijds door het intensiever toepassen van casuïstiek, anderzijds door een integrerend blok in de opleiding toe te voegen waarbij men voor bepaalde pathologieën de gepaste behandel- en onderzoeksprocedures aangeleerd krijgt.

*“Ik wou nog iets zeggen over hetgeen eigenlijk bij de vorige vraag, wat mis je eigenlijk in deze opleiding? Een integrerend blok in uw master en dan bedoel ik, dat je zegt van, die lessen, pak dat we daar dan 15 praktijklessen of zo aan besteden. Dat je dan pathologieën ziet en dat je binnen die pathologie echt een behandelingsprocedure en een onderzoeksprocedure ondergaat, dat er fictieve patiënten nog liefst met die problematiek naar school komen en dat die dan in groepjes van vijf of zo, dat ze daar dan nadenken welke onderzoeken gaan we daar bij doen, wat zijn onze behandelingsmethodes en doelstellingen en dat dan voorleggen aan de praktijklector.”*

*“Maar ook, als je op stage staat en je krijgt patiënten... je krijgt heel weinig patiënten van nul en die daar komen met negen sessies en wat ga je daar mee doen? ... Ja begin daar maar eens aan. Welke doelstellingen ga je zetten? Wat ga je in die negen sessies doen?”*

### **3.2.3 Thema 3: Waarom kiest men voor ReKi als opleiding?**

Een andere vraag die zich stelde was: “Waarom kiest men voor ReKi als opleiding?”. Studenten binnen de opleiding ReKi zijn, in tegenstelling tot studenten van andere opleidingen binnen het hoger onderwijs, sportiever ingesteld. Vandaar dat interesses in sport en het menselijk lichaam de voornaamste redenen blijken te zijn in de keuze voor ReKi als opleiding.

Ook studie-informatiedagen (SID-in) blijken bepalend te zijn in de keuze tot verdere studies. SID-in bieden laatstejaars studenten van het secundair onderwijs de kans om kennis te maken met een waaier aan studie- en beroepsmogelijkheden. Daarnaast was het sociale aspect van belang en het feit dat het beroep zich situeert binnen de gezondheidszorg. Ten slotte werd men beïnvloed door familie, vriendenkring of door de eigen ervaring als patiënt bij een kinesitherapeut in de keuze voor ReKi.

*“Bij mij was het ook zo. Ofwel was het LO gaan doen ofwel was het nog niet goed weten. Maar uiteindelijk in het zesde middelbaar naar zo een SID-in geweest en daar dan bij kinesitherapie blijven staan en ik dacht misschien is dat wel iets?”*

#### **3.2.3.1 Subthema 3.1: Het surplus van de opleiding ReKi**

Bovendien beschouwt men kinesitherapie als een beter alternatief voor de opleiding LO. Beide opleidingen bevatten thema's zoals sport en het menselijk lichaam, maar ReKi onderscheidt zich van LO in twee essentiële factoren, enerzijds is ReKi een universitaire opleiding en anderzijds situeert het zich in de Geneeskunde en Levenswetenschappen. Men plaatst kinesitherapie daarom in een ruimere context dan LO.

Bovendien werd het ruime karakter van kinesitherapie vermeld, waarbij men bijvoorbeeld eenzelfde pathologie op verschillende manieren kan behandelen en men daarnaast meerdere cursussen kan volgen om zich verder te specialiseren. Om te illustreren aan de hand van de specialisatierichtingen in Vlaanderen kan een student ReKi die aan de masteropleiding begint tussen volgende opties kiezen: lerarenopleiding, inwendige aandoeningen, musculoskeletale aandoeningen, neurologische aandoeningen, pediatrie, geriatrie en geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast bestaan bovendien tal van cursussen en bijscholingen die men kan volgen om zich na de vijfjarige opleiding verder te specialiseren.

Geriatrie blijkt eerder een negatief imago te hebben binnen deze specialisatierichtingen, met als voornaamste reden de tegenstrijdigheid tussen de vijfjarige universitaire opleiding enerzijds en het niveau binnen een geriatrische setting anderzijds. Men beschrijft geriatrie als het toepassen van basisoefeningen en is van mening dat, mits enige uitleg, iedereen deze oefeningen kan geven aan de patiënten. Toch is dit geen zwart-wit verhaal en blijkt dit te verschillen van plaats tot plaats.

Samengevat kunnen we besluiten dat de studenten zich in hun keuze hebben laten leiden door de interesses in sport en het menselijk lichaam. Daarnaast beschouwen ze kinesitherapie als een beter (universitair en zorgverlenend) alternatief voor de opleiding LO. Ten slotte kaart men de



veelomvattendheid van het beroep kinesitherapie aan. Hierbij doelt men op de vele richtingen die men binnen dit beroep kan uitgaan.

*“Gewoon ja, via interesses gewoon. Het menselijk lichaam algemeen en sport voor mij dan. Dat heeft mij ook wel heel veel in die richting geduwd, dat neigt dan eerder naar LO leerkracht, maar dat vond ik dan minder, ik wou dan toch proberen iets hoger te gaan en dat was dan het idee bij kine.”*

*“Geriatric dat is gewoon brengen van de fiets, eens dat naar daar. Dat zijn heel basisoefeningen, dat kan iedereen geven, als je dat, oké je legt dat één keer uit aan iemand van de familie bijvoorbeeld, die kan dat perfect, die kan dat misschien nog beter, want die kent die toch veel beter dan ons. Daar heb je ons niet voor nodig.”*

### **3.2.4 Thema 4: Verwachtingen van patiënten ten opzichte van de kinesitherapeut**

Wat verwachten patiënten van een kinesitherapeut? Volgens de studenten verwachten patiënten kwaliteit in hun zorg. Dit vormt de basis, maar is inter-individueel verschillend en afhankelijk van de aard van de pathologie, persoonlijke doelstellingen en de ambitie van de patiënt.

Daarnaast moet een kinesitherapeut de kwaliteit van leven verhogen of zo optimaal mogelijk houden wat wederom gekoppeld is aan de status van de patiënt en in functie van de pathologie.

Vervolgens hecht men belang aan het up-to-date blijven van de kinesitherapeut. Wie up-to-date zegt, zegt EBP. Ondanks dat dit begrip in het werkveld niet overal toegepast wordt, blijkt wel dat dit verwacht wordt van een kinesitherapeut.

*“Ik denk dat het vooral belangrijk is dat ze, dat je up-to-date blijft, want ik denk als er nu bv. een voetballer naar u toe komt en die heeft een spierscheur en je gaat daar alleen op masseren, ja, dat die dan redelijk snel zullen afhaken. Dus dat die misschien verwachten dat ze meer oefentherapie gaan krijgen, ik denk dat ze daar ook wat op gericht zijn.”*

#### **3.2.4.1 Subthema 4.1: Het verschil in patiëntenverwachtingen tussen vroeger en nu**

De verwachtingen zelf hebben ook een evolutie mee gemaakt. Patiënten zijn veeleisender geworden ten opzichte van vroeger. De studenten schrijven deze grotere verwachtingen toe aan verschillende factoren.

Eenzijds is er de opmars van het internet waardoor patiënten in de rol stappen van arts of kinesitherapeut in het stellen van respectievelijk de diagnose en het bepalen van een behandeling, anderzijds is kinesitherapie een universitaire opleiding geworden wat tot een verdere toename in verwachtingen van de patiënten heeft geleid.

Tot slot is men van mening dat kinesitherapie als opleiding en als beroep aan bekendheid gewonnen heeft tegenover vroeger. Dit is gelijkaardig aan de opmars van het internet, waarbij patiënten menen te weten hoe hun pathologie behandeld moet worden. Men kan bijvoorbeeld op internet zoeken wat

de behandeling is voor een gescheurde kruisband, maar men kan ook informatie gewonnen hebben bij kennissen of familieleden die eerder in behandeling zijn geweest bij een kinesitherapeut en die zo het beroep bekender hebben gemaakt bij de geblesseerde persoon in kwestie.

*“Dat hangt van patiënt tot patiënt af. Sommige patiënten willen eigenlijk volledig herstel en als dat niet kan dan moeten we dat toch duidelijk maken als kinesist vind ik, maar dat hangt van patiënt tot patiënt af.”*

*“Ik denk hun kwaliteit van leven verhogen, het zo goed mogelijk proberen te houden in de mate van het mogelijke, in de pathologie waarin dat ze zitten of ze daar nog uit geraken ja dan nee. Ik denk dat, dat belangrijk is.”*

#### **4 Discussie en conclusie**

We hebben deze studie ontworpen om meer te leren over hoe laatstejaars studenten van de opleiding ReKi in België zich een beeld vormen over het imago van de professionele kinesitherapeut. Doorheen de focusgroep zijn vier thema's aan bod gekomen: 'Wat is kinesitherapie?', 'De kloof tussen de opleiding en het werkveld', 'Waarom kiest men voor ReKi als opleiding?' en 'Verwachtingen van patiënten ten opzichte van de kinesitherapeut'. Hieronder vallen vier subthema's: 'Wat is een goede kinesitherapeut?', 'Wat zou men aanpassen aan de opleiding?', 'Het surplus van de opleiding ReKi' en 'Het verschil in patiëntenverwachtingen tussen vroeger en nu'.

Opvallend is dat men veel belang hechtte aan de psychologische vaardigheden van een kinesitherapeut tijdens de focusgroep. Een verdedigbare hypothese hiervoor is de evolutie van de gezondheidszorg naar het biopsychosociaal model en de toepassing hiervan in de curricula [12]. Het is opvallend dat de technische, praktische en anatomische kant van kinesitherapie nauwelijks werd aangehaald als zijnde de kwaliteiten van een goede kinesitherapeut. Studenten spraken over communicatie en motivatie als belangrijke vaardigheden, waarbij de studenten meer neigen richting een biopsychosociale benadering. Bij de biopsychosociale benadering kan men de ziekte van de patiënt in een breder kader plaatsen door het verkennen van de patiënt aan de hand van zijn unieke biologische, psychologische, en sociale context. Men kijkt naar de persoon in zijn geheel, de proximale context (familie, werk, sociale steun, financiële situatie), en de distale context (culturele achtergrond, maatschappij) [16]. Literatuur toont aan dat deze holistische visie niet in elke context toegepast wordt. Ondanks dat er een evolutie is naar een meer holistisch concept van gezondheid in academische en institutionele contexten in de afgelopen decennia, blijkt er geen parallelle verandering te zijn in de praktische domeinen van de geneeskunde. Mogelijke oorzaken zijn de moeilijkheid van het toepassen van het biopsychosociale model in de medische zorg en daarnaast moet men de strijd aangaan met het traditionele biomedische concept van gezondheid, dat bewezen heeft vruchtbaar en dominant te zijn in de afgelopen drie eeuwen [13]. De kans bestaat dat de resultaten uit deze focusgroep enigszins biopsychosociaal gekleurd zijn omwille van het feit dat de moderator, dr. Eddy Neerinckx, professor is binnen de ReKi en specifiek de biopsychosociale aspecten doceert.

Dit fenomeen kan tevens te wijten zijn aan de verwachtingen die patiënten hebben van praktiserende kinesitherapeuten. Vooral niet-sportende patiënten verwachten dat de kinesitherapeut sociaal sterk is en bovendien iemand is die ze kunnen vertrouwen [15]. Aangezien alle participanten laatstejaars studenten zijn met stage-ervaring waarbij ze tijdens de stages in aanraking komen met echte patiënten en daarbij het psychologische aspect van het beroep zelf hebben kunnen ervaren, is het plausibel dat dit ook een rol speelt voor het sterke psychologische karakter van de besproken thema's.

Het is aan de kinesitherapeut om die aspecten, die motiverend op de patiënten werken, te stimuleren. Bij de oudere populatie blijken de volgende factoren motiverend te zijn in de aanzet tot regelmatige fysieke activiteit: advies, intergenerationele en familiale invloeden, verbetering in fysieke en motorische competenties, gezondheidsvoordelen, en psychosociale redenen zoals het genieten van groepsinteractie en de ontmoeting met vrienden [12]. Ongeacht de populatie is het de kinesitherapeut die deze factoren aan de patiënt moet overbrengen.

De studenten kwamen tot het besluit dat er een kloof bestaat tussen de opleiding en het werkveld. Deze kloof uit zich in het toepassen van EBP. Dit begrip is één van de pijlers binnen de opleiding ReKi, maar wordt in het werkveld niet altijd even frequent toegepast. Opvallend is dat deze tendens in de huidige literatuur bevestigd wordt.

Huidige curricula benadrukken het gebruik van EBP, dewelke tegelijkertijd deel uitmaakt van de rol van de kinesitherapeut als beroepsontwikkelaar [4, 14]. Binnen deze rol vervult hij onder andere de functie van onderzoeker. Dit houdt in dat hij de praktijk voortdurend relateert aan onderzoek en omgekeerd, participeert aan wetenschappelijk onderzoek en dat hij bijdraagt tot beroepsontwikkeling door onderzoek en verspreiding van nieuwe inzichten door wetenschappelijke publicaties, onderwijs en voorlichting [4]. Praktiserende kinesitherapeuten maken echter eerder gebruik van hun klinische expertise als bron van informatie voor klinische beslissingen dan van EBP, en dit onafhankelijk van het aantal jaren ervaring in de praktijk. Wetenschappelijk bewijsmateriaal wordt zelden gebruikt bij het proces van klinisch beslissen [14].

Verder was het tekort aan ervaring op vlak van klinisch redeneren een belangrijke determinant voor het bekwaamheidsniveau tijdens de stages. In een onderzoek uitgevoerd bij kinesitherapie studenten in Nieuw-Zeeland bleek dat de studenten een vijftal categorieën toeschrijven aan het concept 'klinisch redeneren': 1) toepassen van kennis en ervaring op het probleem, de patiënt of de situatie, 2) analyseren en re-analyseren om het probleem en de behandeling te abstraheren, 3) rationaliseren of rechtvaardigen wat en waarom, 4) kennis combineren om tot een conclusie te komen, 5) probleemoplossing en patroonopbouw [10]. Uit deze definities blijkt het sterke verband tussen enerzijds het beheersen van kennis en anderzijds het gebruiken van deze kennis in een bepaald denkproces om tot conclusies te komen met betrekking tot het onderzoeken en behandelen van de patiënt. De focusgroep heeft laten blijken dat, vooral het implementeren van de kennis in een denkproces omtrent een zeer specifieke pathologische situatie bij de studenten, problematisch is. Ook dit benadrukt de kloof tussen de opleiding en het werkveld waarin men effectief in aanraking komt met variërende, patiënt-specifieke aandoeningen.

Uiteindelijk verwachten patiënten, volgens de focusgroep, van een kinesitherapeut kwaliteit in de toegediende zorg. Bovendien moet een kinesitherapeut de kwaliteit van leven verhogen of zo optimaal mogelijk houden. Dit kan men deels realiseren door up-to-date te blijven en EBP in het werkveld toe te passen. In de literatuur onderscheidt men vier types van verwachtingen (tabel 3) [17]:

<b>Tabel 3. Verwachtingen</b>	
<b>Soorten (verwachtingen)</b>	<b>Uitleg</b>
Ideale	Aspiratie, verlangen of geprefereerd resultaat, houdt zich bezig met een idealistische staat van overtuigingen
Voorspelde	Het realistische, praktische en geanticiperde resultaat matchen met wat patiënten zelf geloven
Normatieve	Wat zou moeten gebeuren
Ongevormde	Patiënten willen of kunnen hun verwachtingen niet verantwoorden omdat ze er geen hebben of het te moeilijk vinden

Om te illustreren, een patiënt wordt doorverwezen voor kinesithérapie als gevolg van een terugkeer van een oude klacht die in het verleden werd behandeld met elektrotherapie. De patiënt zijn voorspelde verwachting van de kinesitherapeut zal waarschijnlijk het gebruik van dezelfde modaliteit zijn, hoewel door de terugkeer van het probleem en gesprekken met vrienden, zijn ideale verwachting is dat er een meer actieve aanpak zoals oefentherapie volgt.

De kinesitherapeut moet deze soorten verwachtingen in kaart brengen en hier te allen tijde rekening mee houden, enerzijds om de patiënt tevreden te stellen en anderzijds om de invloed ervan op de progressie en het resultaat van de behandeling te kennen [17].

#### **4.1 Beperkingen studie**

Deze studie heeft een aantal beperkingen. Ten eerste moet gezegd worden dat er slechts één focusgroep heeft plaatsgevonden. Aanvankelijk was het immers de bedoeling om het imago van de kinesitherapeut te onderzoeken bij praktiserende kinesitherapeuten met een indeling in enerzijds pas afgestudeerden en anderzijds kinesitherapeuten met een aantal jaren ervaring. Het rekruteringsproces was geen succes. De meeste gecontacteerde kinesitherapeuten gaven aan geen interesse te hebben in het onderwerp en dus niet te willen deelnemen. De povere respons is, met waarschijnlijkheid, te wijten aan twee redenen. Enerzijds kan wil/kan men geen tijd vrij maken, anderzijds verwacht men eventueel een compenserende vergoeding. Van de ruim 20 benaderde kinesitherapeuten stelden slechts twee zich beschikbaar om aan het onderzoek deel te nemen.

Een andere tekortkoming in de studie is het feit dat alle participanten zich specialiseerden in musculoskeletale revalidatie, wat mogelijk tot een minder gevarieerde respons heeft geleid in vergelijking met een focusgroep die studenten uit verschillende specialisatierichtingen zou bevatten.

Het is een feit dat een kwalitatief onderzoek zijn beperkingen heeft. De kwaliteit van de resultaten is zeer afhankelijk van de individuele vaardigheden van de onderzoeker. Daarnaast heeft het volume van data vaak een negatieve invloed op data-analyse en interpretatie, daar deze tijdrovend is. Het is ook niet altijd een geaccepteerde onderzoeksmethode zoals kwantitatief onderzoek door de wetenschappelijke wereld [11].

Ten slotte is deze studie het eerste onderzoek dat het imago van de kinesitherapeut heeft trachten te onderzoeken. Dit onderzoek kan dienen als basis om het imago verder te verkennen en daarnaast van nut zijn om te vergelijken met resultaten uit gelijkaardige focusgroepen.

## **4.2 Conclusie**

De visie die tweedejaars master studenten van de opleiding ReKi hebben over praktiserende kinesitherapeuten, sluit nauw aan bij het beeld dat geschetst wordt door de beroepsprofielen.

Desondanks worden bepaalde kwaliteiten van een kinesitherapeut meer benadrukt dan andere, waarbij men zich meer op de psychologische vaardigheden focust dan op de technische vaardigheden. Het biopsychosociaal model dat hedendaags van toepassing is op het denkkader van de zorgverlener, wordt door studenten integraal als vertrekpunt gerespecteerd. Psychologische en sociale kwaliteiten van de kinesitherapeut worden als cruciale karaktereigenschappen opgenoemd, waarbij motiverende en communicatieve vaardigheden hoog in het vaandel gedragen worden.

De kinesitherapeut wordt dus gezien als een beroepsbeoefenaar die vertrekt vanuit het biopsychosociaal model. Massage hoort nog steeds bij het beroep, maar is verre van bepalend voor het imago. Bijgevolg is het beeld van een kinesitherapeut die louter handarbeid verricht en als masseur wordt gebrandmerkt, gepasseerd. Intellectuele arbeid staat in de opleiding zodoende centraal, maar de curricula schieten tekort op vlak van het aanleren van het klinisch denkvermogen waarbij de aangeleerde manuele technieken betekenis krijgen in functie van een specifieke pathologische situatie. Dit leidt vervolgens tot het ontstaan van een kloof tussen de opleiding en het werkveld. De studenten kunnen hierdoor tijdens de stages, dewelke het werkveld representeert, de ideale kinesitherapeut niet belichamen, ook al zijn ze theoretisch sterk aangelegd en beschikken ze over een groot aantal manuele technieken. Als gevolg hiervan pleiten studenten voor meer aandacht aan het klinisch redeneren in de opleiding.

Directe toegang tot de kinesitherapie kan in het voordeel van het imago van de kinesitherapeut een verschuiving teweeg brengen in de hiërarchische verhouding met huisartsen. Een kinesitherapeut is dan niet meer afhankelijk van het medisch voorschrift, wat tot een stijging in onafhankelijkheid en autonomie kan zorgen.

Daarnaast is het imago van kinesitherapie en de praktiserende kinesitherapeut verbonden met het ruime karakter van het beroep. In de focusgroep werd meermaals aangehaald dat dit een aantrekkelijke factor is in het kiezen voor ReKi als opleiding.

Bovendien vindt men LO een interessante opleiding, maar kiest men toch voor ReKi omdat deze twee factoren te bieden heeft die de opleiding LO niet kan bieden: enerzijds een universitaire opleiding en anderzijds situeert het zich binnen de Geneeskunde en Levenswetenschappen.

Tot slot blijkt het niet toepassen van EBP in het werkveld nefast te zijn voor het imago van de kinesitherapeut. Hoewel grote aandacht besteed wordt aan EBP in het onderwijssysteem, blijken de praktiserende kinesitherapeuten hier weinig gebruik van te maken.

### **4.3 Praktische implicaties**

Hoewel de visie van de studenten op het imago van de praktiserende kinesitherapeut realistisch blijkt te zijn, benadrukken onze bevindingen de kloof tussen de opleiding en het werkveld. Deze resultaten pleiten voor meer aandacht voor het technisch-vaardige facet in de curricula, nl. het implementeren van casuïstiek uit de werkelijkheid in de praktijklessen waarbij het klinisch redeneren prioritair is. Toch zijn de uitkomsten van de studie niet te generaliseren. Verder onderzoek is nodig waarbij meerdere focusgroepen uitgevoerd worden met participanten uit verschillende afstudeerrichtingen.



## Referenties

- [1] World Confederation for Physical Therapy. WCPT Policy statement, Description of physical therapy (2011). Verkregen op 21 februari, (2014), van <http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>
- [2] Dreeben, O., Introduction to physical therapy for physical therapist assistants, Sudbury, Massachusetts, (2010).
- [3] Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, Infobox RIZIV, Toelichting bij de kinesitherapeutische verstrekkingen, België, (2010), pp. 31-45
- [4] Nationale Raad voor de Kinesitherapie. Beroeps- en Competentieprofiel van de kinesitherapeut in België (2010). Verkregen op 16 december, (2013), van [http://www.axxon.be/public/website/files/content\\_files/files/Beroepsprofiel%20kinesitherapeut.pdf](http://www.axxon.be/public/website/files/content_files/files/Beroepsprofiel%20kinesitherapeut.pdf)
- [5] De Vries, C., Hagedaars, L., Kiers, H., & Schmitt, M., KNGF Beroepsprofiel Fysiotherapeut. De Fysiotherapeut, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (2014).
- [6] American Physical Therapy Association, A Guide To Physical Therapist Practice, Volume One: A Description Of Patient Management, Physical Therapy, United States, (1995), pp. 709-762.
- [7] World Confederation for Physical Therapy, WCPT guideline for physical therapist professional entry level education (2011). Verkregen op 21 februari, (2014), van <http://www.wcpt.org/guidelines/entry-level-education>
- [8] Dimitri Mortelmans, Handboek Kwalitatieve Onderzoeksmethoden, (2013).
- [9] Saravana Kumar, Kate Beaton, Tricia Hughes, The effectiveness of massage therapy for the treatment of nonspecific low back pain: a systematic review of systematic reviews, International Journal of General Medicine (2013) 733-741.
- [10] Paul Hendrick, Carol Bond, Elizabeth Duncan and Leigh Hale, Clinical Reasoning in Musculoskeletal Practice: Students' Conceptualizations, Physical Therapy 89 (2009) 430-442.
- [11] Claire Anderson, Presenting and Evaluating Qualitative Research, American Journal of Pharmaceutical Education 74 (2010).
- [12] Ellen Costello, Marcia Kafchinski, Jo Ellen Vrazel, Patricia Sullivan, Motivators, barriers, and beliefs regarding physical activity in an older adult population, J Geriatr Phys Ther 34 (2011) 138-147.
- [13] Yolanda Alonso, The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades, Patient Education and Counseling 53 (2004) 239-244.
- [14] Patricia J. Manns, Amy V. Norton, Johanna Darrach, Cross-sectional study to examine evidence-based practice skills and behaviours of physical therapy graduates: is there a knowledge-to-practice gap?, Physical Therapy 95 (2015) 568-578.
- [15] Inke Deborger, Emily Huybrichs, De visie van de algemene bevolking op kinesitherapie, 2015.
- [16] Isabelle Scholl, Jördis M. Zill, Martin Härter, Jörg Dirmaier, An Integrative Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis (2014).
- [17] Andrew G. H. Thompson, Rosa Sunol. Expectations as Determinants of Patient Satisfaction: Concepts, Theory and Evidence, International Journal for Quality in Health Care, (1995) 127-141.





## BIJLAGEN

### Bijlage 1

<b>Codenummer</b>	<b>Open code</b>
1	Menselijk lichaam
2	Sport
3	Alternatief leerkracht Lichamelijke Opvoeding
4	SID-in
5	Geweekte interesse door een derde
6	Zorgverlening
7	Ervaring als patiënt/stagiair/kinesitherapeut
8	Ruime kader van het beroep
9	Massage als klein onderdeel binnen de opleiding
10	Kinesithherapie, meer dan massage
11	Behandelingen
12	Theoretisch sterk
13	Praktisch zwak
14	Bijscholen
15	Het belang van stages
16	Behandelen van aandoeningen
17	Motivatie en communicatie
18	Holisme
19	Vroeger tunnelvisie
20	Kwaliteit
21	Inter-individueel verschillend
22	Evolutie patiëntenverwachtingen: internet, universitair niveau, bekendheid beroep
23	Algemene houding
24	Theorie in praktijk toepassen
25	Flexibiliteit
26	Kinesitherapeut binnen het biopsychosociaal model
27	Inter-individueel verschil tussen kinesitherapeuten
28	Het niet toepassen van EBP in het werkveld
29	Integrerend blok
30	Klinisch redeneren
31	Negatief imago geriatrie
32	Positief imago geriatrie
33	Directe toegang kinesithherapie
34	Jonge generatie artsen
35	Oefentherapie

Tabel 5. Voorbeeld open codering focusgroep

Spreker	Fragment	Codenummer	Open code
Moderator	Dan komen we nu even aan de kern van de kernvraag: wat is het dan eigenlijk kinesitherapie?		
Student 3	Een soort van <u>zorgverlening</u> in het <u>revalidatieproces van mensen met aandoeningen</u>	6, 16	16: Behandelen van aandoeningen
Student 1	<u>Mechanische aandoeningen</u> verbeteren door veel <u>manuele- en veel oefentherapie</u>	15 11	
Student 2	Ik weet niet, want dat is een deel, maar ik denk dat je <u>als grootste deel toch de motivator</u> bent van de patiënt. Want dat hangt er nu van af, we spreken nu over een kruisband die je gescheurd hebt of dergelijke, maar als je bv. een patiënt hebt met rugklachten en die patiënt is 60 jaar en die kan steeds minder in haar activiteitenlevel, dan moet je toch voornamelijk een <u>motivator</u> zijn om haar op het juiste pad te brengen en dat mis ik een beetje in [Student 1] zijn definitie van kine	17  17	17: Motivatie en communicatie
Student 8	Ja, het is nu wel iets totaal anders, mensen met CVS en fibromyalgie, die komen ook naar de kine, die komen ook voor problematiek, maar eigenlijk mechanisch, ik heb het dan over biomechanisch of anatomisch is daar niet echt iets, echt soms niks aan. Maar die hebben wel pijn, of die hebben wel last van het een of het ander. En dan is dat niet, ik noem dat <u>niet puur mechanisch, maar onder meer een holistische vorm van alles</u>	18	18: Holisme
Student 3	Je bent tenslotte met mensen bezig. Het is sowieso <u>ruimer dan alleen puur revalidatie gericht en biomechanisch gericht</u> . Zoals hij zegt qua <u>motivatie</u> , qua <u>communicatie</u> . Het is <u>meer globaal dan dat</u>	18 17, 8	
Student 5	Als je het vroeger bekeek was kine eigenlijk een beetje <u>tunnelvisie</u> . Het was heel beperkt tot één richting zal ik zeggen. En ook als je dan naar de specialisatierichtingen gaat kijken, het is veel uitgebreider, het is niet meer het algemene, je gaat meer specifieke mensen kunnen helpen gaande van mechanische letsels tot CVS tot fibromyalgie tot eventueel hartaandoeningen, pulmonale aandoeningen. Dus het is <u>veel uitgebreider dan dat het vroeger was</u> . Dus als je die visie bekijkt dan kan je zeggen van, ja, ok, <u>daarmee dat we misschien alles ook maar algemeen zien in de opleiding</u> . Dat ze daarom niet alles heel specifiek kunnen geven tot in detail, dat kan misschien ook wel een gevolg daar van zijn.	19  8 14	19: Vroeger tunnelvisie

Tabel 5. Voorbeeld open codering focusgroep  
(vervolg)

Spreker	Fragment	Codenummer	Open code
Moderator	Ja, daar moesten we het over hebben ook. Wat is een goede kinesist? En jij zegt eigenlijk van, ik heb de helft, dat is veel hé, nee, maar ik weet, dat is plastische voorstelling, maar dat je zegt van ja, eigenlijk als je al goed kunt babbelen met uw patiënten, dat maakt je al een goeie		
Student 7	Ik denk dat heel veel, dat het <u>heel belangrijk is hoe je babbelt met uw patiënten</u> , dat, dat heel belangrijk is. Als je bij wijze van spreken kunt <u>goed babbelen met uw patiënten</u> , dan heb je al de helft van uw therapie	17 17	
Student 2	<u>Ja dat is waar</u>	17	
Student 7	Ja, daar zit ook die <u>motivator</u> in hé. Maar een hele goede <u>communicator</u> dat is gewoon heel belangrijk. Dat kan gewoon over het dagelijkse leven gaan, dat kan over alles gaan eigenlijk	17	
Student 9	Ik denk ook <u>niet alleen communicatie</u> , maar <u>algemeen uw houding</u> . Als je heel onzeker overkomt, ja, dan gaat de patiënt misschien ook beginnen denken van ja die is ook, ja, hij twijfelt over zichzelf en over de behandeling. En ja dan gaan ze ook meer dingen zoeken van ja, die pijn blijft of... Maar als je heel <u>zelfzeker</u> overkomt dan denkt de patiënt toch waarschijnlijk van, die gaat me helpen met mijn probleem	17, 23  23	23: Algemene houding
Moderator	Ja, dus we hebben eigenlijk een paar dingen, hé. Communicatie is belangrijk, om een goede kinesitherapeut te zijn, moet je eigenlijk een goede communicator zijn, hoor ik u zeggen. Ik hoor... mensen die het niet eens zijn moeten nu reageren hé. Zijn we het daar mee eens? Iedereen is het daar mee eens?		
Student 5	Maar ik denk dat andere factoren ook nog wel een rol spelen, zeker sowieso uw <u>theoretische achtergrond</u> is dat je... Dat is logisch, dat je die nodig hebt voor een goede kine te zijn. Uw kennis, en dat je die ook <u>praktijkgericht kunt toepassen</u> . Maar ik denk ook dat je <u>uw patiënt moet kunnen aanvoelen</u> , dat je zegt van "wie heb ik hier voor mij en wat zijn die zijn noden of wat vereist die van mij, is dat een topsporter, is dat een oud vrouwtje van 85?". Waar liggen de doelstellingen en wat, ja, wat verwacht die van mij en dan denk ik als je dat goed kunt inschatten, en dan <u>een goede communicator</u> bent gecombineerd met ja, wat je moet doen, denk ik dat je een goede kine bent, maar het is een combinatie van alles	24  24 18  17	24: Theorie in praktijk toepassen
Moderator	Ja, dus we hebben ook <u>flexibiliteit nodig hoor ik u zeggen</u>	25	25: Flexibiliteit
Student 7	<u>Ja, natuurlijk</u> . Een sporter mag je al eens harder aanpakken bijvoorbeeld en zoals hij zegt een vrouwtje van 80 jaar, daar moet je juist misschien het tegenovergestelde bij doen, heel zacht aanpakken	25	

Bijlage 2

Tabel 6. Axiaal coderen focusgroep: Wat is kinesitherapie?

Codenummer	Open code	Axiale code	Subthema	Thema
6	Zorgverlening	Eigenschappen binnen kinesitherapie	Wat is een goede kinesitherapeut?	Wat is kinesitherapie?
7	Ervaring als patiënt/stagiair/kinesitherapeut			
8	Het ruime kader van het beroep			
12	Theoretisch sterk			
14	Bijscholen			
16	Behandelen van aandoeningen			
17	Motivatie en communicatie			
18	Holisme			
19	Vroeger tunnelvisie			
23	Algemene houding			
24	Theorie in praktijk toepassen			
25	Flexibiliteit			

## Auteursrechtelijke overeenkomst

Ik/wij verlenen het wereldwijde auteursrecht voor de ingediende eindverhandeling:

**Visie van toekomstige kinesitherapeuten op het imago van de praktiserende kinesitherapeut: een focusgroep**

**Richting: master in de revalidatiewetenschappen en de kinesitherapie-revalidatiewetenschappen en kinesitherapie bij musculoskeletale aandoeningen**

Jaar: **2015**

in alle mogelijke mediaformaten, - bestaande en in de toekomst te ontwikkelen - , aan de Universiteit Hasselt.

Niet tegenstaand deze toekenning van het auteursrecht aan de Universiteit Hasselt behoud ik als auteur het recht om de eindverhandeling, - in zijn geheel of gedeeltelijk -, vrij te reproduceren, (her)publiceren of distribueren zonder de toelating te moeten verkrijgen van de Universiteit Hasselt.

Ik bevestig dat de eindverhandeling mijn origineel werk is, en dat ik het recht heb om de rechten te verlenen die in deze overeenkomst worden beschreven. Ik verklaar tevens dat de eindverhandeling, naar mijn weten, het auteursrecht van anderen niet overtreedt.

Ik verklaar tevens dat ik voor het materiaal in de eindverhandeling dat beschermd wordt door het auteursrecht, de nodige toelatingen heb verkregen zodat ik deze ook aan de Universiteit Hasselt kan overdragen en dat dit duidelijk in de tekst en inhoud van de eindverhandeling werd genotificeerd.

Universiteit Hasselt zal mij als auteur(s) van de eindverhandeling identificeren en zal geen wijzigingen aanbrengen aan de eindverhandeling, uitgezonderd deze toegelaten door deze overeenkomst.

Voor akkoord,

**Yavuz, Hakan**

**Slowack, Tom**