

Empathie in de osteopathie

Zelfrapportage en observatie van klinische
empathie onder Nederlandse osteopaten: een
crosssectioneel onderzoek

Thesis voorgedragen met het oog op afstuderen aan het
College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland
te Amsterdam

Naam: Juliane Adam

Begeleidster: Krista Post, D.O.

Datum: 1-7-2018

Beëdigde verklaring

Ik verklaar hierbij, dat ik de voorliggende thesis onafhankelijk en zelfstandig geschreven heb. Alle teksten, tabellen en afbeeldingen in deze thesis, aangehaald of omschreven, van gepubliceerd tot ongepubliceerd, zijn als zodanig door mij vermeld.

Ook zijn alle bronnen en hulp(lijnen) ten behoeve van dit werk als zodanig genoemd.

Deze thesis werd niet eerder, met dezelfde inhoud, aan een andere examenautoriteit aangeboden of voorgelegd.

Datum

Handtekening J. Adam

De begeleiding van deze thesis is uitgevoerd door Krista Post D.O. mro:



Handtekening K. Post D.O. mro

Voorwoord

Allereerst wil ik mijn vader en mijn broer heel hartelijk bedanken voor alle mogelijke steun bij het schrijven van mijn thesis, zonder hun motivatie en geloof in mij was het me niet gelukt om af te studeren. Ook wil ik Ad en de kinderen bedanken voor hun geduld, begrip, behulpzaamheid en flexibiliteit. Verder wil ik Stefan bedanken dat hij me steeds maar weer motiveerde. Zijn luisterend oor was goed waard voor mij en zijn geduld was oneindig.

Verder ben ik grote dank verschuldigd aan Krista Post. Zij heeft me adequaat, duidelijk en kritisch begeleid bij het uitvoeren en schrijven van deze thesis. Dank ook aan Patrick van Dun voor zijn snelle professionele feedback en advies bij het vinden van mijn onderzoeksonderwerp en vooral bij het inkaderen van de onderzoeksvragen. Dank ook aan Toos Bartlema, die mij inspireerde en aanmoedigde met dit onderwerp door te gaan en bij de literatuur zoektocht erg behulpzaam met me mee dacht.

Uiteraard gaat mijn dank naar alle respondenten en proefpersonen die hun tijd en energie hebben gegeven voor dit onderzoek. Verder mijn hartelijke dank aan Foeke van de Zee voor zijn ondersteuning bij de statistische analyse van de onderzoeksgegevens. Grote dank ook aan alle mensen die de hoofdstukken hebben doorgelezen en mij feedback hierop gaven.

Aangezien het schrijven en verdedigen van deze thesis de laatste stap vormt in het afstuderen als osteopaat, resteert mijn hartelijke dank aan iedereen die mijn opleiding mogelijk heeft gemaakt. Dank aan alle co-therapie-patiënten, en hartelijk dank aan alle docenten en begeleiders van College Sutherland voor een inspirerende tijd en een mooie opleiding!

Inhoudsopgave

1	Inleiding	1
2	Achtergrond	2
2.1	Communicatie in de medische zorgverlening	2
2.1.1	<i>Veranderingen in de medische communicatie</i>	2
2.1.2	<i>Functies en doelen van medische communicatie</i>	4
2.1.3	<i>Patiëntgerichte communicatie</i>	5
2.1.4	<i>Empathie in de medische communicatie</i>	7
2.2	Stand van zaken in het onderzoek naar empathie in het algemeen en naar klinische empathie in het bijzonder	12
2.3	Klinische empathie in de osteopathie: stand van zaken in theorie en onderzoek	16
2.4	Probleemstelling en aanleiding voor dit onderzoek	17
3	Hypothese en vraagstelling	18
3.1	Onderzoeksvraag met deelvragen	18
3.2	Hypothesen voor de enquête	18
3.2.1	<i>Gesloten vragen (JSE) in de online enquête</i>	18
3.2.2	<i>Open vragen in de online enquête</i>	19
3.3	Hypothese voor de observaties	20
4	Methoden	21
4.1	Online enquête	21
4.1.1	<i>De Jefferson Scale of Empathy</i>	21
4.1.2	<i>Open vragen</i>	22
4.1.3	<i>Persoonlijke gegevens en de mogelijkheid tot opmerkingen</i>	22
4.2	Observaties	23
5	Resultaten	24
5.1	Online survey	24
5.1.1	<i>Omschrijving van de groep respondenten van de online enquête</i>	24
5.1.2	<i>Antwoorden op de gesloten vragen (JSE)</i>	28
5.1.3	<i>Antwoorden op de open vragen</i>	31
5.2	Observaties	34
5.3	Samenvatting van de resultaten	36
6	Discussie	37
7	Conclusie	41
8	Samenvatting	42

9	Abstract.....	43
10	Literatuur	44
11	Lijst met afbeeldingen	49
12	Lijst met tabellen	50
13	Bijlagen	51
13.1	Resultaten van het systematische literatuur onderzoek	51
13.2	Jefferson Scale of Empathy Origineel en Vertaling	54
13.3	Aanschrijven osteopaten en online enquête	56
13.4	Antwoorden op de open vragen	61
13.4.1	<i>Antwoorden op open vraag 1 (vrije tekst)</i>	61
13.4.2	<i>Antwoorden op open vraag 2 (vrije tekst)</i>	67
13.4.3	<i>De opmerkingen (vrije tekst)</i>	73
13.5	Handleiding Observaties naar TES (Decker et al. 2014)	76
13.6	Resultaten observaties.....	85

1 Inleiding

Tijdens mijn stage gedurende de opleiding tot osteopaat viel mij al op hoe verschillend osteopaten met hun patiënten praten. Sommige osteopaten praten veel met hun patiënten en leggen constant uit wat zij tegenkomen en behandelen. Andere osteopaten leggen veel minder uit en zijn passiever in hun gesprek met de patiënt. Dit vond ik vanaf het begin een interessant onderwerp. Het was mij al snel duidelijk dat ik onderzoek wilde doen naar de gespreksvoering tijdens een osteopathisch consult. Deze thesis heeft niet de gehele osteopathische gespreksvoering als onderwerp, maar behandelt een onderdeel ervan: de empathie in de gespreksvoering. De empathische communicatie wordt nader in dit onderzoek bekeken.

In andere disciplines zoals geneeskunde en psychotherapie is de empathie in de gespreksvoering al onderzocht. Hier is eerder de relevantie voor behandel succes aangetoond. In de osteopathie is dit echter nog nauwelijks onderzocht. Er bestaat een gering aantal thesissen over osteopathische gespreksvoering, onderzocht in Duitstalige gebieden. In Nederland is dit nog niet onderzocht. Deze studie is een belangrijk begin voor het onderzoek naar osteopathische gespreksvoering in Nederland, in het bijzonder empathie in de communicatie tijdens osteopathische consulten.

Het doel van deze studie is een beeld te schetsen van de wijze waarop Nederlandse osteopaten zich in een gesprek met hun patiënt gedragen. De vraag is hoe empathisch ze hierin zijn.

In dit onderzoek is naar drie verschillende onderdelen gekeken. Ten eerste is gekeken hoe de osteopaten empathie in hun gespreksvoering definiëren. Ten tweede is de osteopaten in een vragenlijst gevraagd naar hoe zij hun empathie beleven. En ten derde is tijdens een observatie geanalyseerd hoe empathisch osteopaten daadwerkelijk met hun patiënten communiceren.

In deze thesis wordt als eerste een theoretische achtergrond gegeven over de vraag wat empathie is en waar het binnen een osteopathisch consult te plaatsen is. Hierop volgen de onderzoeksvraagstelling en de hypothesen. Daarna worden de methoden voor dit onderzoek beschreven. Dit wordt opgevolgd door de resultaten van het onderzoek. Vervolgens worden deze resultaten kritisch beschouwd in de discussie en worden uiteindelijk conclusies getrokken voor verder onderzoek.

2 Achtergrond

In dit hoofdstuk wordt het begrip empathie geplaatst in een breder theoretisch kader van communicatie in de medische hulpverlening.

2.1 Communicatie in de medische zorgverlening

Het belang van goede communicatie tussen zorgverlener en patiënt is in de literatuur altijd al onderkend (White 1988), maar werd lange tijd gezien als onderdeel van de kunst (art) van de geneeskunde en niet als een kunde (science), die planmatig kan worden toegepast om concrete doelen te bereiken (Bensing & Verhaak, 2004). Daar is verandering in gekomen.

Dankzij het onderzoek van de laatste jaren is er inmiddels een stevige kennisbasis gelegd onder de bijdrage die een goede communicatie kan leveren aan de diagnostiek en behandeling van patiënten door artsen en andere zorgverleners, maar ook aan het voorkomen van klachten en onvrede. Inmiddels weten we door de systematische bestudering van onderzoeksresultaten dat goede communicatie kan leiden tot een hoger kennisniveau van patiënten, gezonder gedrag, een betere subjectieve en objectieve gezondheid, minder angst en depressie, en een grotere tevredenheid over de kwaliteit van de geleverde zorg (Di Blasi, Harkness, Ernst, Georgiou & Kleijnen, 2001; Griffin et al., 2004). We weten ook dat een gebrekkige communicatie van artsen juist kan leiden tot onjuiste diagnoses, ineffectieve behandelingen, onvoldoende therapietrouw, ontevreden patiënten en formele en informele klachten over de geleverde zorg (Roter & Hall, 2006). Interessant is dat er een rechtstreekse relatie blijkt te bestaan tussen de kwaliteit van communicatie en het plezier dat hulpverleners zelf hebben in hun werk (Roter & Hall, 2006). Volgens Bensing, van Dulmen en de Haes (2010) is “communicatie in de gezondheidszorg geen vrijblijvende zaak, maar behoort tot de kern van de hulpverlening” (p. 109).

2.1.1 Veranderingen in de medische communicatie

De communicatie tussen zorgverleners en patiënten is in de laatste decennia steeds ingewikkelder geworden. Het ziektepatroon ziet er nu anders uit dan dertig jaar geleden en daardoor zijn andere typen patiënten in de spreekkamer verschenen. Terwijl vroeger hoofdzakelijk patiënten met acute klachten (verwondingen, infecties) medische hulp zochten, is de gemiddelde patiënt van nu een oudere vrouw of man met een of meer chronische aandoeningen, zoals blijkt uit recente cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek over gezondheid en zorg in Nederland (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2017). Bij acute klachten ligt het zwaartepunt van de behandeling – en dus ook de communicatie daarover – bij de behandelaar. Bij chronisch zieke patiënten ligt dat anders. Een chronische ziekte vraagt op veel terreinen een langdurige eigen inzet van patiënten om op een goede manier met hun ziekte en de gevolgen daarvan om te gaan. Leefstijl aanpassen, bewust eten, bewust bewegen en letten op de signalen van het lichaam zijn relatief nieuwe adaptieve taken, die veel vragen van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Daarmee is ook de rol van medische zorgverleners veranderd. Het goed begeleiden van patiënten in de aanpassing aan hun ziekten vraagt veel van de communicatievaardigheden van de moderne zorgverleners. Zij hebben er preventieve, ondersteunende en coachende taken bijgekregen, die vragen om individueel maatwerk. Volgens Bensing et al. (2010) is het niet meer voldoende voor een hulpverlener om alleen goede voorlichting te geven, maar gaat het om interactie tussen twee partijen: er moet een dialoog op gang komen.

Een andere belangrijke en relatief nieuwe ontwikkeling die de communicatie tussen patiënten en hulpverleners zowel complexer als belangrijker maakt, is de grotere beschikbaarheid van medische informatie voor het lekenpubliek. Daardoor is de therapeut-patiëntrelatie aan het veranderen. De beschikbare informatie, met name online, opent de mogelijkheid om de deskundigheidskloof tussen therapeut en patiënt te verkleinen. De rol van de zorgverleners verandert daardoor steeds meer van primaire in secundaire informatiebron. Ook het huidige beleid van de overheid is erop gericht de positie van patiënten in de spreekkamer te versterken, onder andere door relevante informatie ter beschikking te stellen en de positie van patiënten in de wet- en regelgeving te verankeren (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008). Belangrijke begrippen in de huidige beleidsideologie zijn vraaggerichte zorg (demand-driven care) en gezamenlijke besluitvorming (shared decision making). Dit vraagt eveneens om meer tweerichtingsverkeer in de communicatie dan vroeger het geval was.

Door deze ontwikkelingen is de relatie tussen patiënten en zorgverleners voor een deel veranderd, maar vooral minder eenvormig geworden dan vroeger. Sommige patiënten komen de spreekkamer binnen met een grote hoeveelheid informatie en willen een gesprek als gelijke, terwijl andere patiënten hun arts of andere zorgverlener het liefste zien als de deskundige waar zij zich in vertrouwen aan kunnen overgeven (De Haes, 2006). Dit betekent dat zorgverleners voortdurend moeten wisselen van rol, wat veel van hun communicatievaardigheden vraagt. Ook verlangen zorgverleners zelf meer een actieve opstelling van patiënten in het medisch consult. Dit vraagt om communicatievaardigheden die niet alle patiënten van nature hebben, zeker niet in tijden van ziekte, stress en veranderde emoties. De mate waarin patiënten beschikken over communicatievaardigheden is onderdeel van een breder spectrum van vaardigheden, namelijk gezondheidsvaardigheden (*health literacy*). Volgens De Haes (2006), Hesse et al. (2005) en Bensing et al. (2006) verschillen de individuele competenties van patiënten op dit gebied sterk. Dat maakt dat zorgverleners de communicatie hierop moeten kunnen aanpassen.

Samenvattend kan gezegd worden dat allerlei vanzelfsprekendheden in de relatie tussen patiënten en zorgverleners zijn verdwenen. Sommige (chronische) patiënten zijn uitermate deskundig op het terrein van hun ziekte, terwijl anderen onverwacht hulpeloos reageren (Bensing et al., 2006). Hierdoor moeten zorgverleners veel alerter zijn op de individuele behoeften en voorkeuren van de patiënten waar zij op dat moment mee te maken hebben, wat veel van hun communicatievaardigheden vergt.

2.1.2 Functies en doelen van medische communicatie

Om in een volgende stap naar verschillende typen communicatie te kunnen kijken, wordt eerst de focus op de functies en doelen van medische communicatie gelegd.

Het medisch consult heeft verschillende functies (Bensing et al., 2010). In De Haes en Bensing (2009) wordt een integratie van de in de literatuur voorkomende modellen gepresenteerd. Daarin worden zes functies van het medisch consult beschreven.

Tabel 1: Functies van medische communicatie (uit De Haes & Bensing, 2009)

	Zes functies van medische communicatie	Doelen	Kortetermijn-uitkomsten	Middellange-termijn-uitkomsten	Langetermijn-uitkomsten
1	Contact leggen en/of relatie onderhouden	Goede en effectieve relatie	Bijvoorbeeld: + oogcontact + patiënt - betrokkenheid - fysiologische stressmaten	Bijvoorbeeld: + vertrouwen + gevoel van contact + tevredenheid met het consult	Bijvoorbeeld: + patiënt tevredenheid + gezondheid patiënt - stress en burn-out arts
2	Informatie verzamelen	Adequate diagnose en/of interpretatie van symptomen	Bijvoorbeeld: + exploratief gedrag + expressie van zorgen door patiënt	Bijvoorbeeld: + adequate diagnose/ behandelplan - aanvragen diagnostische testen - medische fouten	Bijvoorbeeld: + gezondheid patiënt + tevredenheid arts
3	Informatie geven	Goede informatie-verschaffing	Bijvoorbeeld: + check begrip / exploreer eerdere kennis - gebruik van jargon	Bijvoorbeeld: + onthouden + begrip	Bijvoorbeeld: - onzekerheid patiënt + autonomie patiënt
4	Beslissingen nemen	Besluiten genomen op basis van	Bijvoorbeeld: + informatie gegeven	Bijvoorbeeld: - twijfel over besluitvorming	Bijvoorbeeld: + tevredenheid met besluit

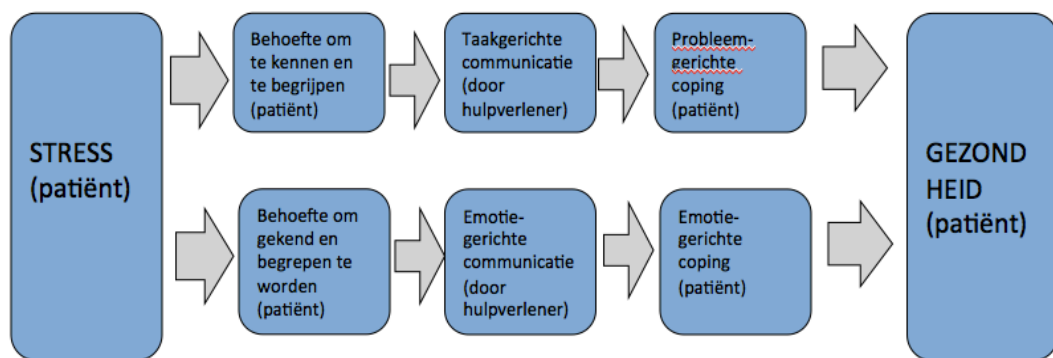
		informatie en voorkeuren	+ check waarden en voorkeuren van patiënt	+ tevredenheid met besluit	+ gezondheid patiënt
5	Bevorderen van ziekte- en behandelings-gerelateerd gedrag	Adequaat en haalbaar ziekte en behandelings-gerelateerd gedrag	Bijvoorbeeld: + bespreek motivatie en effectiviteit van patiënt	Bijvoorbeeld: + ziekte-gerelateerd gedrag + therapietrouw + leefstijl ? kosten	Bijvoorbeeld: + gezondheid patiënt
6	Omgaan met emoties	Steunen van de patiënt, verbeteren van de communicatie en verwijzing indien nodig	Bijvoorbeeld: + exploratieve vaardigheden/ gebruik van stilte + expressie van emoties door patiënt ? tijdsdruk	Bijvoorbeeld: + gevoel van steun patiënt + adequate behandeling psychopathologie	Bijvoorbeeld: + emotioneel welbevinden patiënt - psychologische distress
Noot: + = positieve invloed; - = negatieve invloed; ? = invloed niet eenduidig					

2.1.3 Patiëntgerichte communicatie

Vanuit het perspectief van de patiënt zijn er verschillende theoretische benaderingen interessant. Een belangrijke benadering is gebaseerd op het besef dat het in de gezondheidszorg niet alleen gaat om de ziekte die een patiënt heeft, maar evenzeer om de patiënt die een ziekte heeft. Dit besef heeft in de jaren tachtig van de vorige eeuw geleid tot de ontwikkeling van een biopsychosociaal model, als alternatief voor het tot dan toe dominante biomedische model, dat vooral op ziekte gericht was (Engel, 1977). Door de focus op de patiënt als persoon te leggen en niet alleen op het zieke lichaamsdeel, ontstond er ruimte en aandacht voor de psychosociale context van de zieke patiënt, diens angsten en onzekerheden, en voor de vele emoties die de onvermijdelijke bagage vormen van iedere ernstige of onbegrepen ziekte. Engel vroeg aandacht voor de dubbele behoefte van iedere patiënt die in contact komt met de gezondheidszorg (Engel, 1988). In de eerste plaats is er *the need to know and understand*: de behoefte om te weten en te begrijpen wat er aan de hand is en wat gedaan kan worden om de gezondheidsproblemen het hoofd te bieden. Daarnaast wees Engel op de tweede basale behoefte: *the need to feel known and understood*. Dit is de behoefte aan erkenning en begrip, de behoefte om gehoord en serieus genomen te worden, de behoefte aan tijd, aandacht en een luisterend oor. Hoe belangrijk

juist die tweede behoefte is, bleek uit een onderzoek onder 1787 volwassen patiënten aan wie in de wachtkamer van hun huisarts gevraagd werd wat hun prioriteiten waren in het komende medisch consult (Van den Brink-Muinen, van Dulmen, Schellevis & Bensing, 2004). De top drie antwoorden waren: 'Ik vind het belangrijk dat de dokter (1) mij serieus neemt, (2) open en eerlijk is, en (3) goed naar me luistert.' Het is nog niet onderzocht of patiënten bij osteopathie dezelfde prioriteiten hebben. We gaan er hier vanuit dat deze drie antwoorden ook op de osteopathie toepasbaar zijn.

Afhankelijk van de specifieke behoeften van een patiënt moet een zorgverlener andere vormen van communicatie toepassen. Zo kan onderscheid gemaakt worden in de communicatie van de zorgverlener: deze kan meer instrumenteel zijn of meer affectief (zie afbeelding 1).



Afbeelding 1: Theoretisch model voor patiëntgerichte communicatie (uit van den Brink-Muinen et al., 2014)

De instrumentele of taakgerichte communicatie heeft als functie een bijdrage te leveren aan de oplossing van het medische probleem. Hieronder vallen het verwerven en verstrekken van informatie, patiëntenvoorlichting en -educatie, en verschillende cognitieve, motiverende en gedragsbeïnvloedende gesprekstechnieken die tot doel hebben de patiënt te ondersteunen in diens pogingen op een juiste manier met zijn ziekte en gezondheid om te gaan.

De affectieve of emotiegerichte communicatie heeft vooral als functie een vertrouwensbasis te scheppen waarin de patiënt zich vrij en gefaciliteerd voelt om zijn zorgen te uiten en zijn emoties een plaats te geven. Hieronder vallen de rogeriaanse gesprekstechnieken als actief luisteren, parafraseren, empathie tonen en reflecteren (Ivey & Ivey, 2007; Rogers, 1951). Affectieve communicatie verloopt ook vaak langs non-verbale kanalen, zoals oogcontact, glimlachen, lichaamshouding, bewust gebruikmaken van stiltes en rust uitstralen. Ook hoort hierbij emotionele steun geven, empathie tonen, geruststellen

en vertrouwen uitspreken. Op het specifieke onderdeel 'empathie (tonen)' van de emotiegerichte communicatie wordt in de volgende alinea's nader ingegaan.

2.1.4 Empathie in de medische communicatie

Om verder op de empathie in het gesprek tussen therapeut en patiënt in te zoomen, wordt in de volgende alinea naar een mogelijke definitie van klinische empathie gekeken.

2.1.4.1 Definitie klinische empathie

Empathie wordt vaak als 'begrijpen en verstaan hoe iemand anders zich voelt' gedefinieerd. Zo is op de website van Van Dale te lezen: empathie is het "vermogen om zich in de gevoelens van anderen in te leven" (Van Dale website, 2018). Wikipedia definieert empathie als volgt: "Empathie is inlevingsvermogen, de kunde of vaardigheid om zich in te leven in de situatie en gevoelens van anderen. Het woord empathie is afgeleid van het Griekse woord ἐμπάθεια (empathēia), of invoelen." (Wikipedia website, 2018) Binnen de klinische empathie bestaat tot nu toe nog geen overeengekomen gemeenschappelijke definitie (Stebbins, 2005).

In de klinische context is wel overeengekomen dat een mogelijke definitie aangevuld wordt met emotionele, morele, cognitieve en gedragsmatige dimensies. Deze dimensies zijn in de literatuur als volgt beschreven: (1) emotioneel: de vaardigheid om de emoties van de patiënt en zijn perspectieven voor te stellen; (2) moreel: de intrinsieke motivatie van een arts of therapeut om empathie te tonen; (3) cognitief: de intellectuele vaardigheid om de emoties en perspectieven van de patiënt te herkennen en te begrijpen; (4) gedragsmatig: de vaardigheid het begrijpen van deze emoties en perspectieven aan de patiënt te tonen (zie Benbassat & Baumal, 2004; Halpern, 2001; Mercer & Reynolds, 2002). Deze auteurs, die de verschillende dimensies van empathie onderzoeken, benadrukken dat emotionele deelname, en niet alleen intellectueel begrijpen, cruciaal te noemen is voor effectieve empathie tegenover patiënten.

Alle vier dimensies van empathie kunnen samenwerken in het voordeel van de patiënt. Een therapeut kan bijvoorbeeld de angst van een patiënt cognitief waarnemen en dit communiceren met de woorden 'ik zie dat je dat spannend vindt'. Dit kan de patiënt dan nog als niet-empathisch opnemen. Maar als de therapeut echt met de patiënt zou meevoelen en voelt hoe de angst voor de patiënt zou voelen, dan is de kans groter dat de patiënt zich door de gezichtsuitdrukking en zijn toon (stem) van de therapeut meer begrepen voelt. Daaruit voortkomend kan het verdere emotionele uitingen bij de patiënt mogelijk maken en onderling vertrouwen scheppen, doordat de patiënt zich echt begrepen voelt door de therapeut. Met andere woorden: alle dimensies van klinische empathie kunnen voor therapeuten nodig zijn om in de communicatie effectief empathisch te kunnen zijn (Stepien & Baernstein, 2006).

Mercer en Reynolds (2002) benadrukken het belang van de gedragscomponent: de nodige actie en dynamiek tussen therapeut en patiënt. De therapeut moet aan de patiënt terugkoppelen wat hij denkt dat de patiënt ervaart. Verder moet de therapeut ook adequaat gedrag vertonen dat past bij deze aanname (wat hij verwacht wat er bij de patiënt speelt). Dat vraagt om een feedback-loop: bij de patiënt checken of de therapeut hem goed begrepen heeft. Barret-Lennard (1981) heeft hiervoor een multidimensionaal model van klinische empathie ontworpen, een zogenaamde 'empathie cyclus', die uit drie fases bestaat. Fase 1 omvat het innerlijke proces waarin naar de andere persoon empathisch geluisterd wordt. Fase 2 is een poging om het empathische begrip van zijn situatie naar de andere persoon terug te koppelen. En fase 3 bestaat uit het ontvangen van empathie of de bewustheid van deze communicatie door de patiënt (bewustheid dat er empathisch geluisterd en begrepen wordt).

Daaropvolgend hebben Coulehan et al. (2001) empathie als volgt gedefinieerd: "In clinical medicine, empathy is the ability to understand the patient's situation, perspective, and feelings and to communicate that understanding to the patient." (p. 221) ["In de klinische geneeskunde is empathie de vaardigheid om de situatie, het perspectief en de gevoelens van een patiënt te begrijpen en dit begrijpen aan de patiënt te communiceren." Vertaling J.A.] Verder benadrukken de auteurs dat empathie, zoals elk ander gereedschap, systematische beoefening nodig heeft om te ontwikkelen en te perfectioneren (Coulehan et al., 2001). Dit is een belangrijk bijkomend gegeven: empathie wordt hier gezien als ontwikkelbare, veranderlijke vaardigheid en niet alleen als een aangeboren, genetisch bepaalde karaktereigenschap (Knafo et al., 2009).

2.1.4.2 Afgrenzing empathie en gerelateerde begrippen zoals medelijden, sympathie en compassie

Het begrip empathie kan afgebakend worden ten opzichte van andere gerelateerde begrippen zoals medelijden, sympathie en compassie. Deze begrippen worden vaak als synoniemen gebruikt en een onduidelijke afbakening kan tot verwarring leiden.

Medelijden (het Engelse woord *pity*) wordt volgens Nowak (2011) opgevat als een "emotional response to another's perceived pain, misfortune or distress" (p. 19) ["emotioneel antwoord op de ervaren pijn, ongeluk of stress van een ander" Vertaling J.A.]. Vaak wordt de persoon voor wie medelijden uitgedrukt wordt als inferieur beschouwd (Nowak, 2011). Dit is niet het geval bij empathie.

Volgens Hojat (2016) is een onderscheid tussen empathie en sympathie erg belangrijk. Zo is sympathie volgens hem "a tendency to react emotionally to the observed experiences of others" (p.80) ["een tendens om op de geobserveerde ervaringen van anderen met emoties te reageren"; vertaling J.A.] met een duidelijke nadruk op de ervaren emoties. Dit is als een mogelijk risico van empathie te zien: te veel meevoelen met de ander en zichzelf zo in het

lijden van de ander verliezen. Rogers (1959) formuleert daarom het concept van het 'alsof-karakter' van empathie. Het alsof-karakter van empathie omvat een gedachte om niet te ver in de emoties van de ander mee te gaan. Hierbij houdt een persoon altijd het besef dat de gevoelens van de andere persoon zijn en niet van zichzelf. Dit ontbreekt bij het begrip sympathie.

Compassie is volgens Van der Cingel (2010, 2012) een breder construct en wordt in haar proefschrift op het gebied van de verpleegkunde onderzocht. Empathie wordt hierin als voorwaarde of onderdeel van compassie beschouwd (Nussbaum (2001) geciteerd in Van der Cingel 2012). Voor de auteur is compassie een specifieke reactie van een zorgverlener (verpleegkundige) op het leed van de ander (patiënt). Van der Cingel (2010, 2012) benoemt in totaal twaalf dimensies van compassie: aandacht (als bewuste toenadering op basis van opmerkzaamheid), actief luisteren (door gebruik te maken van diverse luistervaardigheden), het leed benoemen (expliciteren van leed, verlies en daar bijhorende emoties), betrokkenheid (het tonen van bewogenheid die ontstaat door emoties te delen), helpen (fysiek en emotioneel ondersteunen en anticiperen op wat iemand zelf niet kan), aanwezigheid tonen (fysieke en emotionele aanwezigheid, iemand niet alleen laten) en begrip tonen (inlevingsvermogen tonen door betekenis van het leed voor de ander te duiden). In deze scriptie wordt compassie als 'co-lijden' gezien, en als gedrag met de intentie het leed van een ander te verminderen (Nowak, 2011). Samenvattend is Van der Cingels concept van compassie breder dan het in deze scriptie gebruikte concept empathie. Volgens de definities gebruikt in dit onderzoek wordt bij compassie meer emotioneel meegevoeld dan bij empathie.

Om de begrippen met elkaar te vergelijken, wordt hier het schema van Nowak (2011, p. 20) aangehouden. Alle vier begrippen worden op een continuüm geplaatst, met medelijden aan de ene zijde en empathie aan de andere zijde. Empathie bevat het hoogste cognitieve aandeel en medelijden het laagste.

Medelijden ----- Sympathie ----- Compassie ----- Empathie

CONCLUSIE: De definitie en het gebruik van het begrip empathie in dit onderzoek volgt Halpern's definitie: "Empathy is an experiential way of grasping another's emotional states. Empathy is a 'perpetual' activity that operates alongside logical inquiry." (Halpern (2003) p. 673) ["Empathie is een ervaringsgerichte manier om de emotionele toestand van een ander te begrijpen. Empathie is een 'perpetuele' (doorlopende) activiteit die naast het logische onderzoek opereert." Vertaling: J.A.]

2.1.4.3 Communicatie van klinische empathie

Klinische empathie kan door een therapeut op verbale en non-verbale wijze gecommuniceerd worden. Volgens Coulehan et al. (2001) bestaat communicatie in de klinische empathie uit de volgende componenten:

- Actief luisteren met non-verbale vaardigheden zoals lichaamspositie, lichaamshouding, goed oogcontact, spiegelen van de gezichtsuitdrukking en faciliterende uitdrukkingen zoals 'hmmm...' en bevestigende geluiden tijdens het knikken van het hoofd. Hierbij hoort ook dat de arts of therapeut tijdens het gesprek stil is en duidelijk aandacht voor het verhaal van de patiënt heeft. Ook horen hier de non-verbale eigenschappen van de taal bij, zoals spreesnelheid, hoogte van de stem en intonatie.

- Reflecteren wat de patiënt zegt, met een voorbereidende inleiding zoals "Let's see if I have this right." (p. 222) ["Laten we eens kijken of ik je goed begrepen heb." Vertaling: J.A.] of "Sounds like what you're telling me is..." (p. 222) ["Het klinkt alsof je zegt dat..." Vertaling: J.A.]. De reflectie van de feitelijke inhoud van het verhaal van een patiënt wordt aangevuld met een reflectie van de aard en de intensiteit van de gevoelens, angsten of dilemma's van de patiënt.

- Identificeren en kalibreren van de emoties. Een voorbeeldzin om de achtergrond of de afkomst van een emotie te verduidelijken is: "Tell me how you're feeling about this." (p. 222) ["Vertel eens hoe je hierover voelt." Vertaling J.A.]. Daarna volgen empathische antwoorden om bepaalde emoties te verduidelijken. Verdriet: "That must have been a pretty painful experience for you, you sound like it was very sad." (p. 223) ["Dat moet een pijnlijke ervaring voor u zijn geweest, u klinkt alsof het erg verdrietig was." Vertaling J.A.]; Angst: "Sounds like you were really frightened when you discovered that lump." (p. 223) ["Het klinkt alsof u erg geschrokken was toen u de zwelling ontdekte." Vertaling J.A.]; Boosheid: "That situation really got to you, didn't it? I can imagine how angry I'd feel if that happened to me." (p. 223) ["Deze situatie heeft u erg geraakt, of niet? Ik kan me voorstellen hoe boos ik zou zijn als mij dat zou gebeuren." Vertaling J.A.]; Wantrouwen: "It seems you're not sure whether you should trust me after I didn't get that test result back to you last week." (p. 223) ["Het lijkt erop dat u niet zeker bent of u mij kunt vertrouwen nadat ik vorige week de testresultaten niet aan u teruggekoppeld heb." Vertaling J.A.]; Twijfel: "It seems to me that you're caught in a bind about whether to stop smoking or not." (p. 223) ["Het lijkt erop dat u twijfelt of u nu moet stoppen met roken of niet." Vertaling J.A.]

- Vragen om en accepteren van correcties. De respectvolle acceptatie van een correctie door de patiënt is een krachtige manier om hem of haar duidelijk te maken dat de therapeut oprechte intentie heeft om hem of haar te begrijpen. Voorbeeldzinnen hiervoor zijn: "Did I miss anything? Anything I left out?" (p. 223) ["Heb ik iets gemist? Heb ik iets over het hoofd gezien?" Vertaling J.A.].

CONCLUSIE: Belangrijk in dit onderzoek is dat de empathie door de therapeut gecommuniceerd wordt aan de patiënt. Van deze communicatie is in deze alinea een aantal voorbeelden genoemd, dat door een mogelijke derde (normaliter niet aanwezige) in een onderzoek geobserveerd kan worden.

2.1.4.4 Effecten van klinische empathie: the “clinical outcomes”

Zoals eerder uitgelegd is empathie een belangrijk onderdeel van de therapeut-patiënt-communicatie. Alhoewel in de psychotherapie veel onderzoek verricht is naar het effect van empathie in de therapeut-patiëntrelatie, richt deze theoretische achtergrond van dit onderzoek zich meer op de geneeskundige situatie van artsen en andere therapeuten. Deze oriëntatie op artsen wordt gedaan, omdat aangenomen kan worden dat de geneeskundige patiënt-therapeut-situatie meer op een osteopathische patiënt-therapeut-situatie lijkt dan de psychotherapeutische situatie.

De eerder gepresenteerde kortetermijn-, middellangetermijn- en langetermijntuitkomsten zijn dus indirect uitkomsten uit een verbeterde of slechtere empathische communicatie tussen therapeut en patiënt. Hojat (2016) noemt de volgende effecten van empathie in de klinische communicatie: preciezere diagnoses, hogere patiënttevredenheid, verbeterde therapietrouw en de naleving van adviezen door patiënten. Ook noemt hij verminderde rechtszaken wegens medische fouten. Halpern (2003) beschrijft dat empathie niet alleen vertrouwen en openheid (*disclosure*) geeft, maar ook direct positieve therapeutische effecten heeft, zoals verminderde angst bij patiënten en verbeterde coping bij slecht nieuws.

Hojat, Louis, Maio en Gonnella (2013) verklaren dat empathische communicatie draait om wederkerigheid en wederzijds begrip. De door een therapeut getoonde empathie heeft psychosociale en bio-fysio-neurologische gevolgen bij de patiënt. Een voorbeeld van psychosociale gevolgen is het verbeterde vertrouwen in de therapeut, wat in de communicatie tot meer eerlijkheid en minder verzwijgen door de patiënt gekenmerkt wordt. Op bio-fysio-neurologisch vlak kunnen bij verhoogde empathie een betere synchroniciteit en regulatie van verschillende bio-fysio-neurologische markers vastgesteld worden (Hojat et al., 2013, p. 6). Heinrichs en Domes (2008) stellen een activatie van prosociale endogene neuropeptiden of hormoonveranderingen in bijvoorbeeld oxytocine en vasopressine vast. Welk effect oxytocine en vasopressine specifiek op een osteopathische behandeling kunnen hebben is tot nu toe niet wetenschappelijk bewezen.

Verder is bewezen dat een systeem van spiegelneuronen (Gallese, 2001; Gallese, Fadiga, Fogassi & Rizzolatti, 1996) in het centrale zenuwstelsel geactiveerd wordt op het moment dat een andere persoon een doelgerichte handeling voltrekt, alsof de observerende persoon zelf deze handeling uitvoert. In gespecialiseerde gebieden van neuronale cellen in de hersenen worden ook emoties van een andere persoon gespiegeld. Er wordt gedacht dat het systeem van spiegelneuronen van belang is om de ervaringen van anderen te begrijpen. Dat is volgens een aantal auteurs een sleutel ingrediënt van empathie in de therapeut-patiëntrelatie (zie Hojat, et al., 2013, p. 6). Het is echter op dit moment niet volledig onderzocht. Voor Von Gimbom (2013) zijn de spiegelneuronen erg belangrijk in het werk voor osteopaten. Zo maken volgens haar de spiegelneuronen osteopathisch voelen in de zin van Andrew Taylor Stills “feeling, seeing, thinking fingers” [‘voelende, ziende, denkende vingers’ vertaling: J.A.] überhaupt mogelijk. Zij beweert dat “Wenn wir also Mitgefühl,

Empathie, dieses innere 'Ich verstehe dich' in unsere Arbeit als Osteopathen einbauen, (...) dann erhalten wir eine ganze Palette von Informationen, die wir bei einer reinen Technikaarbeit nie erhalten würden." (Von Gimborn, 2013, p. 21) ["Als wij mededogen, empathie, dit innerlijk 'ik begrijp jou' in ons werk als osteopaat inbouwen, (...) dan krijgen wij een heel palet aan informatie terug, wat we door het gebruik van techniek alleen nooit zouden krijgen." Vertaling: J.A.]¹

Preston en de Waal (2002) formuleren het perceptie-actiemodel wat bijvoorbeeld mimicri kan verklaren². Volgens Hojat et al. (2013) kan de connectie tussen het perceptie-actiemodel, het spiegelneuronensysteem en empathie door mimicri van gezichtsuitdrukkingen, aanpassing van lichaamshouding, affectoverdracht, synchronisatie van hartslag, stemming, aanstekend gapen en galvanische huidreacties tussen interagerende mensen verklaard worden (p. 7).

Samenvattend kan vastgesteld worden dat de gecombineerde effecten van psychosociale en bio-fysio-neurologische mechanismen, die bij het tonen van empathie tussen therapeut en patiënt optreden, mogelijk de positieve effecten van klinische empathie kunnen verklaren (Hojat, 2016).

Halpern (2003) constateert dat empathie tonen ook positieve effecten op de therapeut kan hebben. Door empathie ervaren de therapeuten hun werk bijvoorbeeld als belangrijker. Roter et al. (1997) vonden in hun onderzoek dat empathische therapeuten (artsen in dit geval) minder vaak een burn-out krijgen dan minder empathische therapeuten.

In de literatuur worden bijna uitsluitend de positieve effecten van empathie benoemd. Kritisch bekeken kan hier geconstateerd worden dat nooit onderzocht is of empathie ook negatieve effecten bij patiënten teweeg kan brengen. Denkbaar is bijvoorbeeld dat sommige mensen minder empathische communicatie waarderen. Of dat een therapeut te veel empathie kan tonen waardoor dit niet meer geloofwaardig lijkt. Dit soort risico's van het gebruik van empathie in de communicatie is tot nu toe niet in de literatuur besproken.

2.2 Stand van zaken in het onderzoek naar empathie in het algemeen en naar klinische empathie in het bijzonder

In de laatste drie decennia is veel onderzoek gedaan naar empathie in verschillende vakgebieden zoals geneeskunde, sociale wetenschappen, psychologie, pedagogiek, neurowetenschappen, filosofie en communicatie. Miaskiewicz & Monarchi (2008) hebben

¹ Kritisch is op het artikel van Von Gimborn (2013) op te merken, dat dit nog niet wetenschappelijk onderbouwd lijkt. De geciteerde zin is daarom meer als een filosofische mening in deze context te begrijpen.

² Mimicri betekent: een gezichtsuitdrukking van iemand anders roept in de observator automatisch het maken van een gelijke gezichtsuitdrukking op.

een uitgebreide literatuurstudie uitgevoerd over empathie in de veertig topjournals van geneeskunde, pedagogiek, sociale wetenschappen en psychologie. Zij vonden in de veertig journals meer dan 1700 artikelen (peer reviewed) en analyseerden deze door middel van een clusteranalyse. De zes clusters die zij vonden in onderzoek naar empathie (Miaskiewicz & Monarchi, 2008, p.122-124) zijn:

Cluster 1: effect, antwoord, relaties. Dit is onderzoek over hoe empathie is gerelateerd aan factoren en theoretische constructen³ en hoe andere factoren en/of constructen de empathie beïnvloeden.

Cluster 2: man, vrouw, gender. Hier is onderzoek te vinden over het meten en onderscheiden van empathie in mannen en vrouwen in bepaalde omstandigheden (*settings*).

Cluster 3: kind, gedrag, meten. Dit is onderzoek over de relatie tussen verschillende niveaus van empathie en sociaal gedrag. In het bijzonder betreft het onderzoek over de negatieve aspecten van gedrag, zoals een gebrek aan empathie (bijvoorbeeld kindermishandeling of agressiviteit).

Cluster 4: programma, vaardigheid, groep. Hier wordt onderzoek beschreven waarin een bepaalde groep mensen (bijvoorbeeld maatschappelijke werkers) geschoold wordt om het belang van empathie te begrijpen of om meer empathie bij mensen te ontwikkelen.

Cluster 5: concept, proces, begrijpen. Dit is onderzoek over het begrijpen van het concept van empathie, de dimensies van empathie en het proces dat plaatsvindt tijdens het tonen van empathie tegenover anderen.

Cluster 6: rating, meten, schaal. Hierin wordt onderzoek beschreven over de ontwikkeling, validering en toepassing van schalen die empathie meten.

Het meeste onderzoek met betrekking tot klinische empathie vindt tegenwoordig in cluster 2, 4 en 6 plaats. In cluster 4 wordt bijvoorbeeld gekeken naar de wijze waarop de empathische vaardigheden zich tijdens een geneeskundige studie of tijdens de opleiding tot een zorgverlenend beroep ontwikkelen. Ook wordt in dit cluster onderzocht of met empathieverhogende interventies (zoals trainingen, workshops en opleidingsprogramma's) invloed op de empathische vaardigheden van studenten en zorgprofessionals uitgeoefend kan worden. In cluster 6 wordt onderzocht hoe empathie in zorgsituaties kan worden gemeten.

Pedersen (2009)⁴ heeft in een systematische kritische review de methodes van empirisch onderzoek over empathie in de geneeskunde nader bekeken. Hij geeft een overzicht van de

³ Een construct is een beeld of abstract idee speciaal uitgevonden voor een bepaald onderzoek en/of theorieontwikkelingsdoel.

gebruikte methoden, de verschillende perspectieven (van arts, student geneeskunde, patiënt, familie van de patiënt, observator, peer), de hoeveelheid methoden en perspectieven per onderzoek, de kwantitatieve maten, en de wijzen waarop de mogelijke invloeden op medische opleidingen en de therapeutische werkomstandigheden zijn onderzocht.

Tabel 2: Resultaten van de systematische kritische review over onderzoek naar klinische empathie van Pedersen (2009)

Onderzoeksvraag	Resultaten
Welke methoden zijn gebruikt?	Van de 206 publicaties gebruiken 171 kwantitatieve methoden, 33 gebruiken kwalitatieve methoden en 3 gebruiken zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden. Twee (van 206) gebruiken een combinatie van neurobiologische methoden en een kwantitatieve vragenlijst.
Vanuit welk perspectief wordt gekeken?	Het meest worden therapeuten en studenten geneeskunde onderzocht door middel van zelfrapportage. In de klinische setting worden meestal kwantitatieve observaties uitgevoerd. Minder vaak wordt patiënten gevraagd om de empathie van de therapeut (in opleiding) te beoordelen.
Hoeveel methodes en perspectieven zijn gebruikt?	De meeste studies (173 van 206) gebruiken maar één perspectief en één methode. Van alle studies gebruiken 33 (van 206) meerdere perspectieven of methoden.
Met welke kwantitatieve maten wordt gemeten?	Om klinische empathie te meten worden 38 verschillende maten (<i>measures</i>) gebruikt . Bij veel publicaties ontbreekt een definitie van het begrip empathie en bij de publicaties waar empathie wel gedefinieerd is, zijn de definities zeer uiteenlopend. Meestal wordt empathie als generale persoonlijke houding (ver weg van de daadwerkelijke patiënt-therapeut-ontmoeting) getoetst.
Hoe zijn de mogelijke invloeden van de medische	Een groot aantal studies (zeventien stuks) toont aan dat de empathie tijdens de duur van een geneeskundeopleiding

⁴ Hoewel de review van Pedersen van 2009 is en hierdoor misschien als gedateerd beschouwd kan worden, zo is dit de meest recente review die op dit moment bestaat. In het onderzoek naar klinische empathie zijn in de afgelopen 8 jaar sinds deze review geen sterk innoverende nieuwe methoden of verschillende manieren van aanpak opgetreden. Hierdoor kan op dit moment deze review nog steeds als samenvattende status quo gezien worden.

opleiding op empathie onderzocht?	<p>gelijk blijft of vermindert. Er kunnen correlaties optreden met medische specialisatie en empathieniveau.⁵</p> <p>De relatie tussen de medische opleiding en de empathieniveaus is in tien publicaties onderzocht.</p> <p>In zes studies is de samenhang van empathie en andere aspecten die van invloed kunnen zijn op klinische redeneringen onderzocht. Deze andere aspecten kunnen zijn: tolerantie voor ambiguïteit, dogmatisme, zelf waargenomen fouten, attributie van oorzaken en schuld, het aantal voorgeschreven medicijnen, vooringenomen vragen en het aantal observeerbare interpretaties en confrontaties.</p> <p>Een klein aantal (twee) publicaties onderzoekt de samenhang tussen informele activiteiten naast de opleiding en empathie.</p>
Hoe zijn de mogelijke invloeden van de werkomstandigheden op empathie onderzocht?	<p>Acht studies tonen een samenhang tussen tijdsmangel/stress en verlaagde scores voor empathie aan.</p> <p>Acht publicaties stellen vast dat er een samenhang bestaat tussen arbeidsvoorwaarden en empathie.</p>

Pedersen (2009) spreekt ook kritiek uit over het onderzoek naar medische empathie. De voornaamste kritiekpunten van Pedersen (2009, pp. 317-318) zijn:

- De kwantitatieve studies hebben meestal een onderzoeksopzet met maar één enkele methode (*single-method approach*). De meeste zijn zelfrapportages en deze staan ver af van de medische praktijk en de patiënt, en staan in het algemeen ver af van de concrete gevoelens en ervaringen en interpretaties uit de praktijk.
- De observaties zijn meestal ongenueanceerd gefocust op observeerbare aspecten. Sommige van de observatiemethoden gaan er vanuit dat de observator meer of minder valide aannames over de gevoelens of ervaringen van de patiënt maakt.
- Kwalitatieve methoden zijn in het onderzoek naar klinische empathie te weinig gebruikt. Kwalitatief onderzoek kan waardevol zijn om conceptuele problemen op te lossen en beter naar de opvattingen van patiënten en therapeuten te kijken.

Voor toekomstig onderzoek naar klinische empathie beveelt Pedersen (2009) onder andere aan om meer dan één methode en één perspectief te gebruiken en vaker kwalitatieve methoden toe te passen.

⁵ De technische medische specialisaties zoals chirurgie en anesthesie en radiologie zijn minder empathisch. Aanmerking door J.A.

2.3 Klinische empathie in de osteopathie: stand van zaken in theorie en onderzoek

Om een overzicht te krijgen van wetenschappelijke publicaties over empathie in de osteopathie is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. Er zijn verschillende databases geraadpleegd met specifieke zoektermen (zie tabellen 6 tot 9 in de bijlage). De zoektermen en de inclusiecriteria zijn in de betreffende tabellen te vinden.

De gebruikte databases zijn:

- Pubmed
- Osteopathicresearch.com
- Journal of Osteopathic Medicine
- Sciencedirect.com (Duitstalig tijdschrift Osteopathische Medizin, Elsevier)

De resultaten zijn overzichtelijk: er werden in totaal vijftien relevante artikelen gevonden.

Negen van de in totaal vijftien studies onderzochten de ontwikkeling of de status quo (crosssectioneel) van empathie bij studenten osteopathie of net afgestudeerde osteopaten.

Het artikel van Martingano en Martingano (2017) geeft een overzicht van theorieën van empathie in de medische onderzoekswereld en van mogelijke onderzoeksmethoden in de klinische empathie in de osteopathie. Zij hebben geen eigen onderzoek uitgevoerd.

De resterende vijf studies zijn afstudeeropdrachten van osteopaten in Oostenrijk en Duitsland. De kwalitatieve studie van Novy (2007) onderzoekt de therapeut-patiëntrelatie in bredere zin en ziet empathie als een belangrijk onderdeel hiervan. De uitgebreide literatuurstudie van Felder (2006) ziet empathie als onderdeel van het osteopathische waarnemingsproces. Fiedler's onderzoek (2009) bouwt voort op de bevindingen van Felder en doet kwalitatieve face-to-face diepte-interviews met een aantal osteopaten in Oostenrijk over hoe zij empathie gebruiken in de praktijk. Ook Müller-Steffens en Wikus (2015) en Müller-Steffens (2014)⁶ doen kwalitatief onderzoek bij bekwame osteopaten, maar dan in Duitsland; de ondervraging geschiedt via Skype.

Hähn-Jakobs (2008) deed een literatuurstudie gecombineerd met kwantitatief onderzoek met een gesloten vragenlijst onder vijftig Duitse bekwame osteopaten. Zij onderzocht hun zelf gerapporteerde empathische vaardigheid middels een online enquête.

⁶ Dit is de erbij horende ongepubliceerde master thesis van Müller-Steffens, die in geen van de geraadpleegde databases als zoekresultaat verscheen.

Deze laatst genoemde studie van Hähn-Jakobs (2008) gaf aanleiding tot dit onderzoek. Om de resultaten met elkaar te kunnen vergelijken is dezelfde vragenlijst als in Hähn-Jakobs' studie gebruikt. Verder is het uitgevoerde onderzoek aangevuld met observaties. Dit is volgens de aanbevelingen van Pedersen (2009) gedaan⁷.

De gebruikte onderzoeksmethoden worden in hoofdstuk 4 ('Methoden') verder beschreven. Eerst worden de probleemstelling, de onderzoeksvraag en de geformuleerde hypothesen (hoofdstuk 3) geïntroduceerd.

2.4 Probleemstelling en aanleiding voor dit onderzoek

Samenvattend kan gezegd worden dat nog niet eerder onderzoek is gedaan naar empathie in de osteopathie in Nederland. Het is interessant om de situatie van empathie in de osteopathie in Nederland in kaart te brengen en vervolgens (in eventueel toekomstig onderzoek) te kijken welke rol empathie in de praktijk van de Nederlandse osteopaten speelt. Daarnaast is een doel van deze studie om verder onderzoek mogelijk te maken en de basis hiervoor te leggen.

Op dit moment is het gebied van klinische empathie in de osteopathie in Nederland een groot onaangetast onderzoeksveld. Met deze studie wordt geprobeerd dit nader te belichten. Een eerste stap is een status quo vast te stellen: hoe is het op dit moment gesteld met de empathie binnen de osteopathie in Nederland?

⁷ Van een gebruik van meerdere perspectieven zoals het Pedersen (2009) ook aanbeveelt, moest in deze studie in verband met de kosten en omvang van de studie afgezien worden. Er is dus bewust gekozen voor meerdere (twee) verschillende methoden, maar niet voor meerdere verschillende perspectieven (bijvoorbeeld de zichtwijze van therapeut én patiënt).

3 Hypothese en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de visie van Nederlandse osteopaten op empathie. Daarnaast is onderzocht hoe osteopaten hun eigen empathische vaardigheden beoordelen. Ten slotte is middels observaties onderzocht in hoeverre de therapeuten empathisch handelen.

3.1 Onderzoeksvraag met deelvragen

Onderzoeksvraag:

Hoe ziet het gebruik van empathie (empathische vaardigheden) er tegenwoordig bij de osteopaten in Nederland uit?

Deelvragen:

Wat verstaan osteopaten onder het begrip empathie?

Hoe beschrijven de osteopaten zelf hun gebruik van empathische vaardigheden in hun behandelingen?

Hoe schatten osteopaten zelf hun empathische vaardigheden in?

Wordt de empathie – volgens de osteopaten zelf – meer bewust of eerder onbewust ingezet?

Hoe ziet het gebruik van empathische vaardigheden er in de praktijk uit?

3.2 Hypothesen voor de enquête

3.2.1 Gesloten vragen (JSE) in de online enquête

Hypothese 1: in totaal scoren de osteopaten een hoge empathische score (bovenste derde)(Hähn-Jakobs, 2008, p. 53).

Nulhypothese 1: in totaal scoren de osteopaten een lage empathische score (in de laagste twee derde).

Hypothese 2: vrouwen scoren hoger dan mannen (Hojat, 2016, pp. 172; McTighe, 2014, p. 49).

Nulhypothese 2: mannen scoren hoger dan vrouwen.

Hypothese 3: oudere osteopaten scoren hoger dan jongere osteopaten (Hojat, 2016, p. 277).

Nulhypothese 3: jongere osteopaten scoren hoger dan oudere osteopaten.

Hypothese 4: osteopaten die al langer als osteopaat werken (groter of gelijk aan zes jaar werkervaring) scoren hoger dan osteopaten die nog niet zo lang als osteopaat werken (nul tot vijf jaar werkervaring).

Nulhypothese 4: osteopaten die nog niet zo lang als osteopaat werken (nul tot vijf jaar werkervaring) scoren hoger dan osteopaten die al langer als osteopaat werken (groter of gelijk aan zes jaar werkervaring).

Hypothese 5: osteopaten met een universitair opleidingsniveau scoren niet een even hoge empathische score als osteopaten met een hbo-opleidingsniveau. Er bestaat verschil tussen deze twee groepen in de empathiescore.

Nulhypothese 5: osteopaten met een universitair opleidingsniveau scoren hoger of lager op empathie dan osteopaten met een hbo-opleidingsniveau. Er bestaat verschil tussen deze twee groepen in de empathiescore.

3.2.2 Open vragen in de online enquête

Met behulp van twee open vragen is een antwoord gezocht op de vragen 'Hoe definieert u empathie in uw werk als osteopaat?' en 'Gebruikt u bewust empathie tijdens uw behandelingen en zo ja, hoe doet u dat?'. Dit kan niet statistisch in scores of cijfers omgerekend worden en daardoor ook niet numeriek geanalyseerd worden. Er is beschrijvend geanalyseerd met welke begrippen de osteopaten empathie definiëren en hoe vaak deze begrippen voorkomen. Er is gebruikgemaakt van een kwalitatieve inhoudsanalyse volgens Baarda, de Goede en Teunissen (1995).

Voor deze open vragen kunnen in principe geen (theorie toetsende) hypothesen geformuleerd worden (Boeije, 2016, p.45). De resultaten beschrijven hoe de osteopaten de situatie beleven en ervaren en welke formuleringen hierbij gebruikt worden. De verwachte uitkomsten zijn hier toch als hypothese/nulhypothese geformuleerd:

Verwachting 1/hypothese 6:

Er bestaat geen eenduidige visie van de osteopaten op de definitie van het begrip empathie.

Nulhypothese 6: er bestaat wel een eenduidige visie van de osteopaten op de definitie van het begrip empathie.

Verwachting 2/hypothese 7:

De meeste osteopaten gebruiken empathie in hun praktijk onbewust.

Nulhypothese 7: de meeste osteopaten gebruiken empathie in hun praktijk bewust.

3.3 Hypothese voor de observaties

Hypothese 8: de osteopaten scoren een hoge empathische score (in het bovenste derde).

Nulhypothese 8: de osteopaten scoren een lage empathische score (in de onderste twee derde).

4 Methoden

Om een beeld van de status quo van de empathie bij Nederlandse osteopaten te krijgen is hier voor crosssectioneel onderzoek gekozen. Dat wil zeggen dat op één meetmoment een meting uitgevoerd is. Er is bewust voor kwantitatief onderzoek gekozen, zodat een duidelijk objectief ontstaat van wat er op dit moment de status quo is.⁸

4.1 Online enquête

De online enquête bestaat in totaal uit drie delen: een deel met gesloten vragen uit de Jefferson Scale of Empathy (JSE), een deel met open vragen over de definitie en het gebruik van empathie in de osteopathie, en een afsluitend deel met persoonlijke gegevens en de mogelijkheid om opmerkingen te plaatsen.

4.1.1 De Jefferson Scale of Empathy

De onderzoeksgroep van Hojat ontwikkelde aan de Thomas Jefferson University een meetinstrument voor empathie bij artsen, studenten van de geneeskunde en andere beroepen in de zorg (Hojat et al., 2002). De Jefferson Scale of Empathy (JSE) – vroeger bekend als de Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) – gebruikt empathie als “the ability to understand another person’s inner experiences and feelings and a capability to view the outside world from the other person’s perspective” (Hojat et al., 2001, p. 350) [“het vermogen om de innerlijke ervaringen en gevoelens van een andere persoon te begrijpen en de vaardigheid om de uiterlijke wereld vanuit het perspectief van een andere persoon te zien.” Vertaling: J.A.].

De auteur van de JSE verleende toestemming om de reeds bestaande Nederlandse versie aan te passen voor gebruik bij osteopaten. De aanpassingen betreffen het vervangen van ‘arts’ door ‘osteopaat’. Verder zijn er qua formulering geen aanpassingen of veranderingen aangebracht. Hoewel de vragenlijst nog niet voor het Nederlandse taalgebied op betrouwbaarheid en validiteit is getest, is de verwachting dat op statistisch gebied geen problemen oplevert.

Het instrument is een zelfrapportage over de eigenschap empathie. Het instrument omvat twintig stellingen die gemeten worden door middel van een zevenpunts-Likertschaal (1 = helemaal niet mee eens, 7 = helemaal mee eens). Een aantal vragen zijn door de auteurs bewust negatief geformuleerd.⁹ De scores van deze negatieve vragen worden omgecodeerd, zodat op alle items dezelfde schaal gebruikt wordt (1 = weinig empathie, tot 7 = veel empathie). Een totaalscore als ‘eigenschap empathie’ wordt berekend door de scores van

⁸ Kwalitatief onderzoek kijkt naar het ‘hoe?’ en zou in dit geval kunnen onderzoeken hoe osteopaten empathie leren, gebruiken en wat hun beweegredenen hiervoor kunnen zijn.

⁹ Dit is gedaan door de auteurs van de Jefferson Scale of Empathy (JSE) om een eenzijdig antwoordgedrag van de respondenten tegen te gaan en te voorkomen.

de items te sommeren, waarbij de totaalscores als continue data worden beschouwd. Minstens 80% van de stellingen dient beantwoord te zijn om een totaalscore te mogen berekenen¹⁰. De scores variëren in de theorie tussen 20 en 140, maar in de praktijk komen de uitersten zelden voor. Hogere scores wijzen op meer empathie. Voor de precieze formulering van alle twintig stellingen van de JSE in het origineel en in de Nederlandse versie: zie bijlage.

4.1.2 Open vragen

In totaal zijn er twee open vragen in de online enquête gebruikt. Ten eerste is naar een eigen definitie van empathie gevraagd. Ten tweede is gevraagd of empathie bewust tijdens de behandelingen gebruikt wordt en zo ja, hoe dat gebeurt.

De respondenten kregen maximaal 240 tekens in open tekstvelden om open antwoorden in te vullen. Niet beantwoorden (veld vrijlaten) was ook mogelijk.

Voor beide open vragen is een kwalitatieve inhoudsanalyse volgens Baarda, de Goede en Teunissen (1995) uitgevoerd. De antwoorden van de open geven inzicht in de wijze waarop de osteopaten zelf empathie zien, ervaren en gebruiken in hun praktijk. Het betreft geen kwantiteiten zoals hoeveelheid, omvang, frequentie of de mate van voorkomen van empathie, maar om de kwaliteiten ervan. Het gaat om hoe osteopaten de situatie beleven en ervaren, welke formuleringen ze daarbij gebruiken, hoe ze bepaalde eigenschappen waarderen en welke aspecten ze hierbij belangrijk vinden. Volgens Baarda, de Goede en Teunissen (1995) wordt met een inhoudsanalyse de situatie beschreven en geïnterpreteerd. In een overzicht is uiteengezet welke begrippen door de osteopaten gebruikt worden om empathie te beschrijven. In een volgende stap is door de onderzoeker gekeken naar de lading van de begrippen en hoe belangrijk bepaalde begrippen zijn.

4.1.3 Persoonlijke gegevens en de mogelijkheid tot opmerkingen

In de persoonlijke gegevens is gevraagd naar leeftijd, geslacht, aantal jaren werk als osteopaat (met of zonder de titel Diploma Osteopathie (D.O.)), aantal jaren als afgestudeerd D.O.-titel en de hoogst genoten opleiding (antwoord in open-tekstveld).

Ook wordt de mogelijkheid gegeven in een vrij veld opmerkingen te plaatsen.

¹⁰ Dit is dus inclusie-criterium van de Jefferson Scale of Empathy (JSE). Alle respondenten die minder dan 80% van de gesloten vragen beantwoord hebben moeten uit de data analyse eruit genomen worden.

4.2 Observaties

De observaties zijn gebaseerd op de Therapist Empathy Scale (TES) volgens Decker, Nich, Carroll & Martino (2014), ontwikkeld aan de Yale School of Medicine. Deze observatiemethode is gebaseerd op een theoretisch communicatiemodel binnen de Measure of Expressed Empathy (MEE) van Watson (1999, geciteerd in Mlotek, 2013 en Malin, 2016). Oorspronkelijk zijn de observatiemethodes MEE en TES voor de psychotherapie ontwikkeld. De observatiecriteria zijn in dit onderzoek niet specifiek op de osteopathie aangepast. Wel zijn alle geobserveerde behandelingen eerste consulten (met intake) van patiënten. Er wordt van uitgegaan dat een uitgebreider anamnesege gesprek geobserveerd kan worden dan in vervolgsconsulten.

Elke osteopathische behandeling is op negen aspecten beoordeeld. De negen aspecten zijn: bezorgdheid (*concern*), uitdrukking (*expressiveness*), weerspiegelen van de gevoelens van de patiënt (*resonate patient's feelings*), warmte (*warmth*), afgestemd zijn op de binnenwereld van de patiënt (*attunement*), begrijpen van het cognitieve raamwerk (*understanding of the cognitive framework*), begrijpen van de gevoelens en de innerlijke ervaring (*understanding the feelings and the inner experience*), aanvaarding (*acceptance*), en reactiviteit (*responsiveness*) [vertaling J.A.]. Dit gebeurt op een zevenpunts-Likertschaal (1 = helemaal niet voorhanden, 7 = uitgebreid/omvangrijk voorhanden). De beoordeling vond per aspect eenmalig plaats voor een geheel consult. De TES-beoordelingshandleiding¹¹ bevindt zich in de bijlage als referentie.

Een totaalscore als 'therapeut empathie' (*therapist empathy*) wordt berekend door de scores van de negen items te sommeren, waarbij de totaalscores als continue data worden beschouwd. De scores kunnen variëren tussen 9 en 63, waarbij hogere scores op meer getoonde empathie wijzen.

¹¹ De TES-beoordelingshandleiding is een ongepubliceerd document wat door navragen bij de auteurs (Decker et al, 2014) verkregen is.

5 Resultaten

5.1 Online survey

In totaal zijn 429 verschillende osteopathiepraktijken aangeschreven per email met de uitnodiging om deel te nemen aan de online enquête¹². De 429 emailadressen zijn verkregen door te zoeken op de website van de Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO) (“Osteopaat zoeken”¹³) en een lijst op de homepage van de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF) (“Register van aangesloten Osteopaten”¹⁴). Het doel was om alle geregistreerde Nederlandse osteopaten aan te schrijven die een emailadres openbaar maken. Van 22 emailadressen is een foutmelding als ‘niet gevonden’ of ‘het bericht kon niet afgeleverd worden’ ontvangen. Daarmee kan ervan uitgegaan worden dat in totaal 402 Nederlandse osteopathiepraktijken succesvol aangeschreven zijn. Er is geen informatie beschikbaar in hoeveel gevallen de emailuitnodiging daadwerkelijk geopend en gelezen is. (Mogelijk is ook dat de emailuitnodiging bij de ontvanger in de spamfolder terecht was gekomen en daardoor niet geopend of gelezen was.)

De osteopaten zijn op 22 maart 2018 eenmalig per email aangeschreven¹⁵. De enquête stond van 22 maart 2018 tot en met 11 april 2018 online, in totaal 21 dagen (zie bijlage). Oorspronkelijk hadden op 11 april 2018 in totaal 110 osteopaten de enquête gedeeltelijk of geheel ingevuld. Acht respondenten zijn met hun antwoorden niet in de statistische analyse meegenomen omdat ze minder dan 80% van de gesloten vragen van de JSE beantwoord hadden (dit is een inclusie criterium van de JSE, zie Hojat 2016 en het hoofdstuk Methoden). Zo kwam uiteindelijk een totaal van N=102 in de statistische analyse. De resultaten zijn in de analyse volledig anoniem behandeld.

Van alle 102 respondenten hebben 95 alle vragen over hun demografische kenmerken volledig ingevuld. De aantallen die in de resultaten meegenomen zijn, zijn per demografische variabele aangegeven.

5.1.1 Omschrijving van de groep respondenten van de online enquête

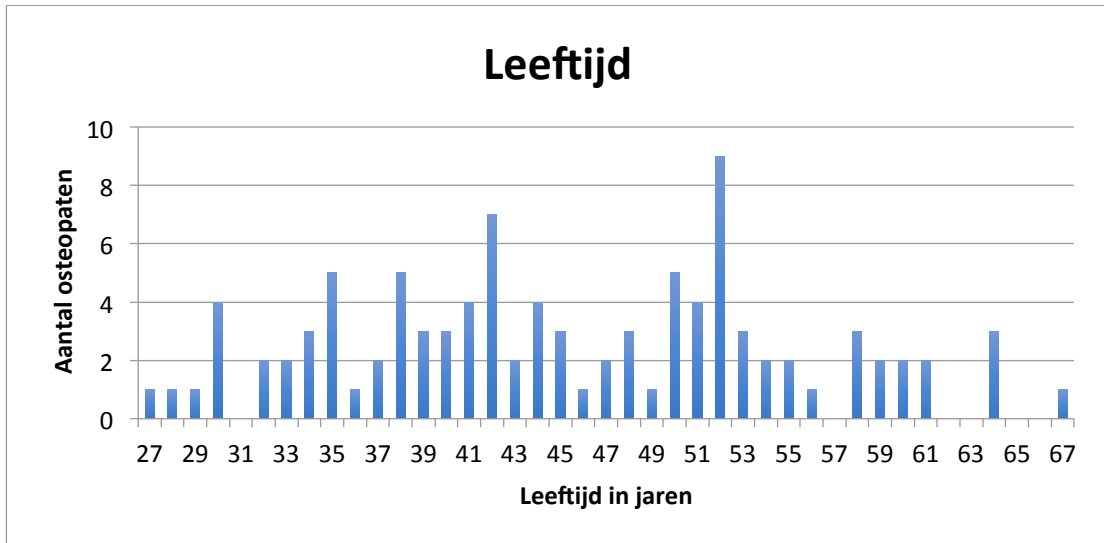
De vraag naar de leeftijd is door 99 osteopaten ingevuld. In afbeelding 2 is te zien hoe de leeftijd van 27 tot 67 jaar varieert. De gemiddelde leeftijd is 45,29 jaar (SD = 9,525).

¹² Het aanschrijven is in de bijlage te vinden.

¹³ <https://www.osteopathie.nl/osteopaat-zoeken>

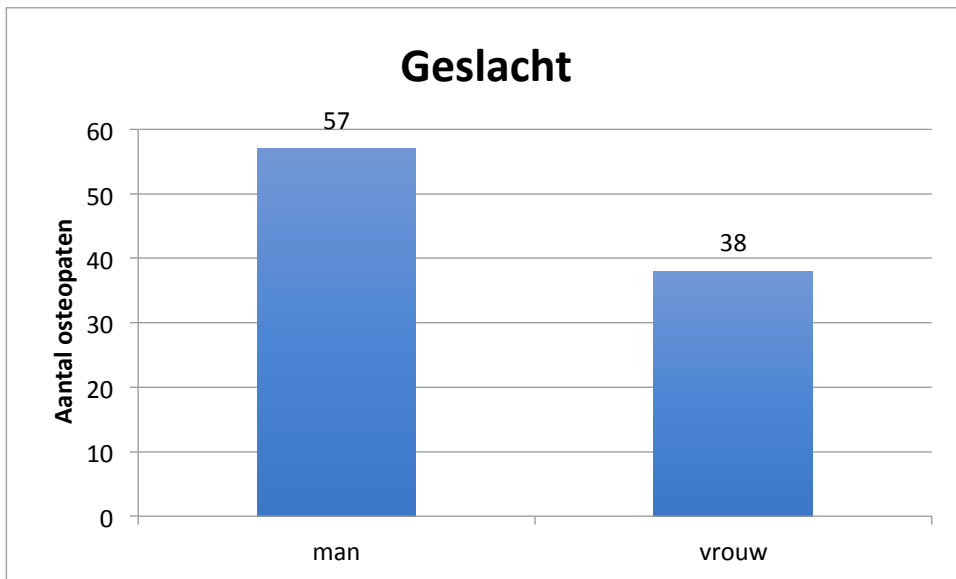
¹⁴ <https://www.osteopathiefederatie.nl/wb/pages/register-van-aangesloten-osteopaten.php>

¹⁵ Er werd ervoor gekozen om de osteopaten maar één keer aan te schrijven om mogelijke belasting ('overlast') door dergelijke bevestigingen zo klein mogelijk te houden.



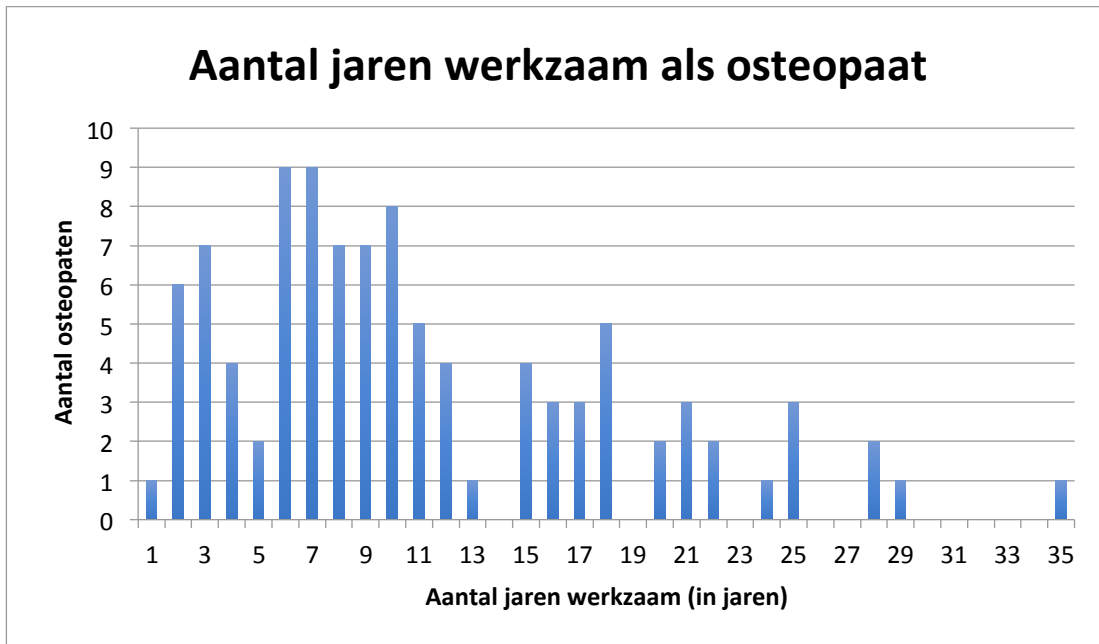
Afbeelding 2: Leeftijd osteopaten verdeling (N=99)

De vraag naar het geslacht is in totaal door 95 osteopaten ingevuld. Het grotere deel van 57 osteopaten is mannelijk (60%), het kleinere deel van 38 osteopaten is vrouwelijk (40%)(zie afbeelding 3).



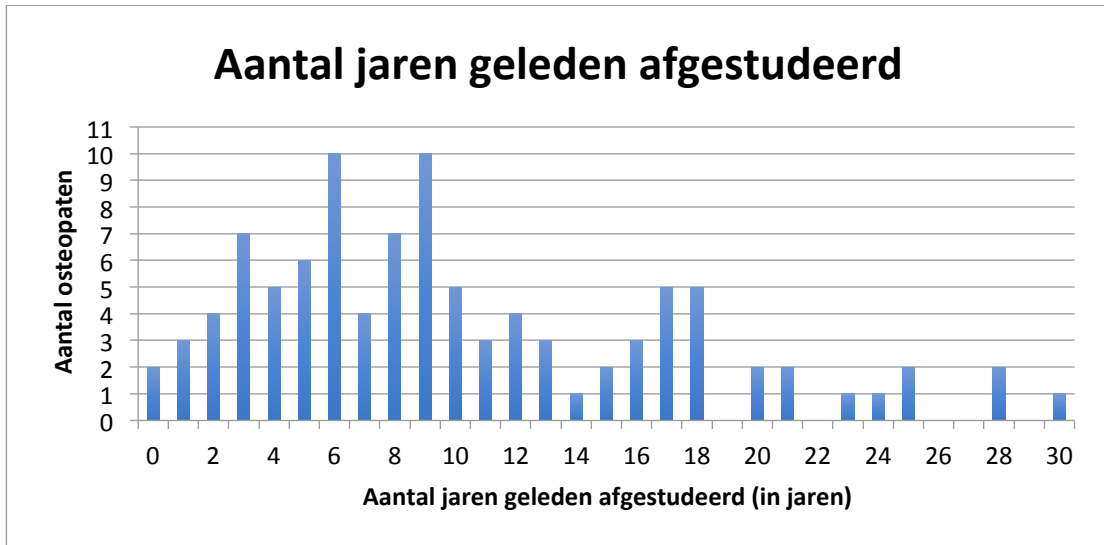
Afbeelding 3: Geslachtverdeling (N=95)

Op de vraag ‘hoeveel jaren werkt u als osteopaat (met of zonder D.O.)?’ variëren de antwoorden tussen 1 en 35 jaar, met een gemiddelde van $M = 11,07$ jaar ($SD = 7,25$). De meeste osteopaten werken minder dan 20 jaar (87%) als osteopaat, en een klein deel van de osteopaten werkt langer dan 20 jaar (13%). Deze vraag is door 100 osteopaten beantwoord. Een gedetailleerde verdeling van de osteopaten per aantal jaren werkzaam is in afbeelding 4 te zien.



Afbeelding 4: Aantal jaren werkzaam als osteopaat (N=100)

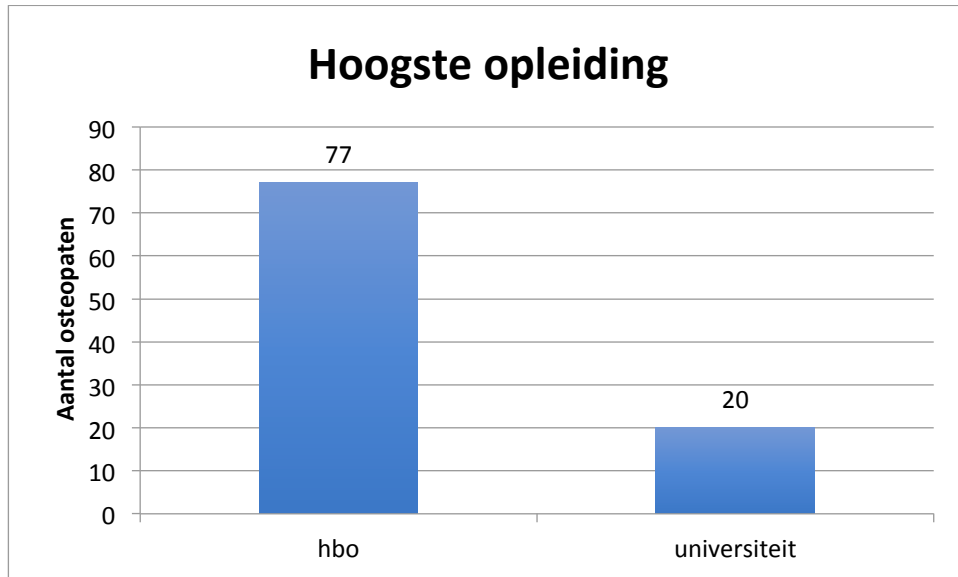
De vraag ‘hoeveel jaar geleden bent u als D.O. afgestudeerd?’ is wederom door 100 osteopaten beantwoord. Het gemiddelde is 10,14 jaren ($SD = 6,89$). De meeste osteopaten zijn minder dan twintig jaar geleden afgestudeerd (90%). De precieze verdeling van het aantal osteopaten per aantal jaren afgestudeerd is in afbeelding 5 te zien.



Afbeelding 5: Aantal jaren geleden afgestudeerd

Op de vraag ‘wat is uw hoogst genoten afgesloten opleiding?’ kan een onderscheid gemaakt worden tussen hbo-opleidingsniveau en universitair opleidingsniveau. In totaal beantwoordden 97 osteopaten deze vraag.

Van alle respondenten hebben 77 osteopaten (79%) een hbo-opleiding als hoogste opleidingsniveau afgerond en 20 osteopaten (21%) een universitaire opleiding (zie afbeelding 6).



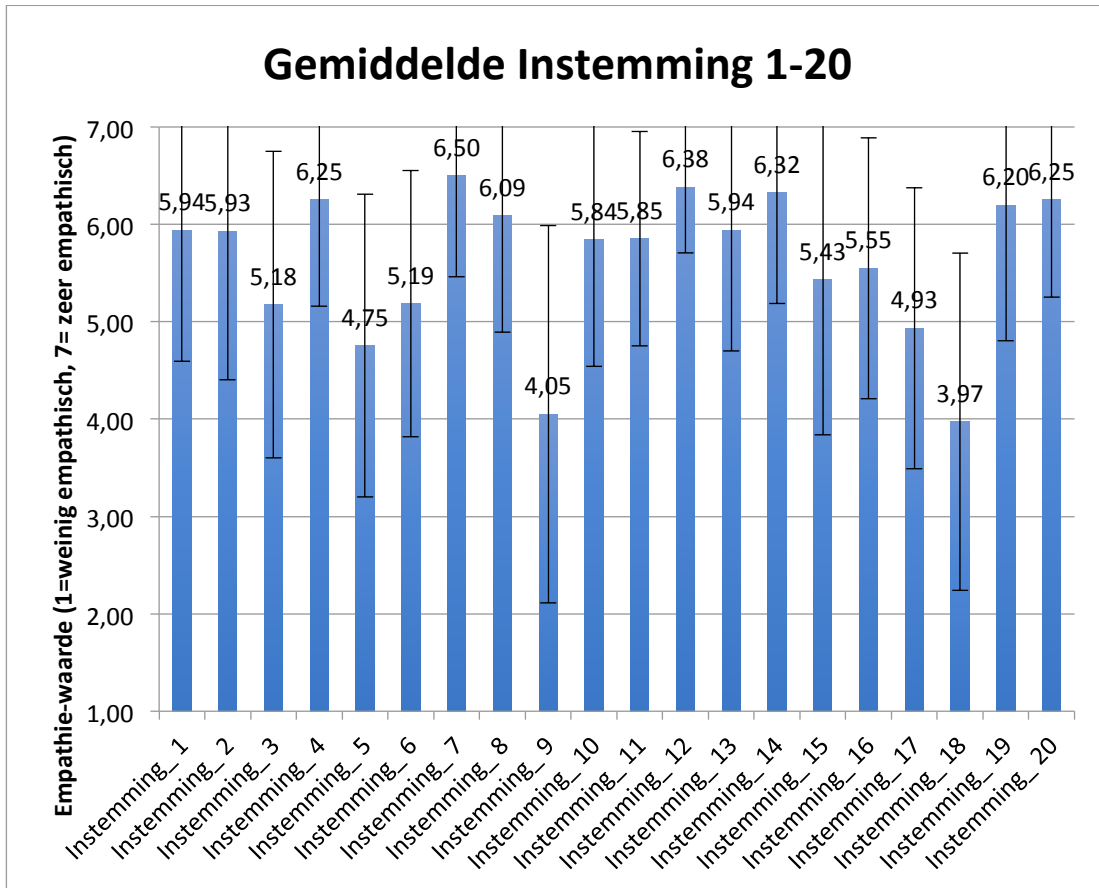
Afbeelding 6: Hoogst genoten opleiding (N=97)

5.1.2 Antwoorden op de gesloten vragen (JSE)

Voor de precieze formulering van alle twintig stellingen van de JSE: zie bijlage.

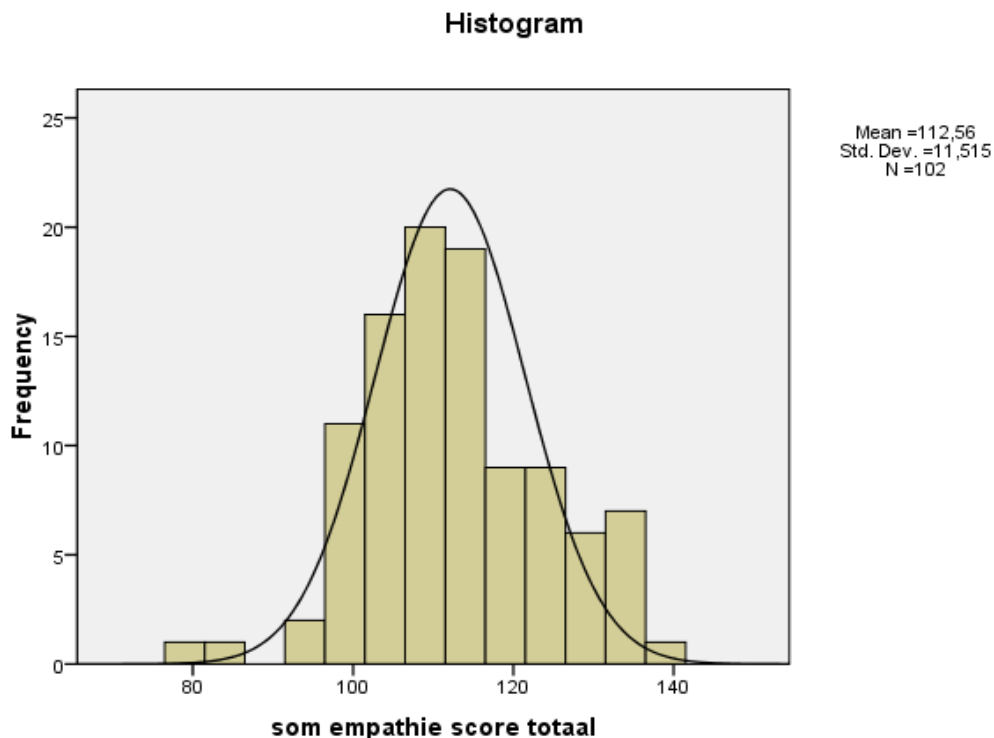
Als voorbereiding op de analyse zijn de scores van de negatief geformuleerde vragen/instemmingen omgecodeerd, zodat bij alle vragen/instemmingen geldt: een hoge schaalwaarde (van 1 tot 7) betekent een hoge empathiewaarde. Dit is volgens de handleiding van de JSE gebeurd (Hojat, 2016).

Hier volgen de gemiddelde resultaten voor elke vraag/instemming:



Afbeelding 7: Gemiddelde empathiewaarde per vraag/instemming (N=102)

Volgens de analysehandleiding van Hojat et al. (2016) is ook een somscore gemaakt. Hierbij zijn alle twintig deelscores bij elkaar opgeteld. Dit geeft een mogelijk bereik van 20 tot 140, waarbij een hogere somscore op een hogere empathiewaarde duidt.



Afbeelding 8: Somscore empathie verdeling

De gemiddelde somscore voor empathie van alle respondenten (N=102) is 112,56 (SD = 11,515). De minimum somscore is 79 en de maximum somscore is 140 (de maximaal haalbare score). Er is gekeken of het gemiddelde (M= 112,56) van de somscores in het bovenste derde (100-140)¹⁶ ligt. Dit is met een *one sample t-test* (t-toets tegen een standaard) getoetst. Uit deze test blijkt dat de somscore empathie van de Nederlandse osteopaten hoger is dan 100; $t(101) = 11,015$; $p = 0.000$. Dit gemiddelde ligt statistisch significant duidelijk in het bovenste derde, en daardoor in het hoogste gedeelte van de empathiescore.

De nulhypothese 1 (in totaal scoren de osteopaten een lage empathische score (laagste twee derde)) kan hierdoor verworpen kan worden.

In de vergelijking van de somscore empathie tussen mannen en vrouwen wordt in de literatuur aangenomen dat vrouwen een hogere empathiescore hebben dan mannen (Hojat et al., 2016 pp. 26-27). Dat wordt in dit onderzoek niet bevestigd: mannen (M = 114,63; SD =

¹⁶ Het laagste derde is qua empathie som-score: 20-59; het middelste gedeelte is 60-99.

11,767) hebben een licht hogere empathiescore dan vrouwen (M= 110,84; SD = 9,000). Dit verschil is statistisch niet significant ($t(93) = 1,683$; $p=0,096$). Nulhypothese 2 (mannen scoren hoger dan vrouwen) is statistisch niet te steunen. In dit onderzoek verschillen mannen en vrouwen statistisch niet op empathie.

Als oudere en jongere osteopaten met elkaar vergeleken worden, kan nulhypothese 3 (jongere osteopaten scoren hoger dan oudere osteopaten) gefalsificeerd worden. Zo hebben oudere osteopaten (> 50 jaar) een hogere empathie-somscore (116,36; SD: 12,883) dan de jongere osteopaten (<49 jaar) (110,17; SD: 10,076); $t(67,368) = -2,539$; $p=0,013$. Dit resultaat is statistisch significant ($p=0,013 < p=0,05$).

In de vergelijking tussen osteopaten die al zes jaar of langer als osteopaat werkzaam zijn en osteopaten die tot en met vijf jaar als osteopaat werkzaam zijn kan het volgende geconstateerd worden¹⁷: er is geen statistisch significant verschil tussen beide groepen. De groep osteopaten die langer als osteopaat werkzaam is, heeft een licht hogere empathie-somscore (M = 113,59; SD = 10,991) dan de korter als osteopaat werkzame osteopaten (M = 109,10; SD = 13,392), met de resultaten van de onafhankelijke t-toets $t(98) = -1,561$; $p=0,122$.

De nulhypothese 4 (osteopaten die nog niet zo lang als osteopaat werken (0-5jaar werkervaring) scoren hoger dan osteopaten die al langer als osteopaat werken (> 6 jaar werkervaring)) kan daarom niet verworpen worden.

Afsluitend zijn de groepen met verschillende opleidingsniveaus met elkaar vergeleken. De universitair opgeleide osteopaten hebben een licht hogere gemiddelde empathiescore (M=115,25; SD = 11,679, N=20) dan de hbo-ers (M= 112,10; SD = 11,639, N=77). De onafhankelijke t-toets $t(95) = -1,076$; $p = 0,285$ wijst uit dat dit resultaat niet significant is. De nulhypothese 5 luidt: osteopaten met universitair opleidingsniveau scoren een hoger of lager empathiescore dan osteopaten met hbo-niveau. Er bestaat statistisch geen verschil tussen deze twee groepen in de empathiescore. Nulhypothese 5 kan daarom in dit onderzoek niet verworpen worden.

5.1.3 Antwoorden op de open vragen

De online vragenlijst bevat twee open vragen: 'Hoe definieert u empathie in uw werk als osteopaat?' en 'Gebruikt u bewust empathie tijdens uw behandelingen en zo ja, hoe doet u dat?'. De respondenten konden per vraag 240 tekens vrije tekst invoeren als antwoord. Niet antwoorden (veld vrijlaten) was ook mogelijk. Voor de open vragen is een kwalitatieve

¹⁷ In deze vergelijking wordt alleen naar "hoe lang werkt u als osteopaat, met of zonder D.O.?" gevraagd en niet nog apart een vergelijking doorgevoerd voor "hoe lang geleden bent u als D.O. afgestudeerd?". Dit gebeurt omdat beide vragen sterk correleren (volgens een Pearson Correlation test, $r=0,959^{**}$.)

inhoudsanalyse volgens Baarda, de Goede en Teunissen (1995) uitgevoerd, waarbij zes analysestappen doorlopen worden.¹⁸

Bij de eerste open vraag over de definitie van empathie kunnen negen verschillende categorieën (Engels: *labels*) door de onderzoeker geïdentificeerd worden.

Dit is in tabel 3 in een overzicht te zien. Het meest genoemd worden de definities inleven/meeleven (35 keer), aanvoelen/meevoelen/invoelen (31 keer) en begrip/interesse/aandacht tonen (25 keer). Hierbij was het noemen van verschillende categorieën mogelijk. Volgens Baarda, de Goede en Teunissen (1995, p. 190) kan het aantal keren dat een categorie genoemd wordt een indicatie zijn voor hoe belangrijk de osteopaten dit aspect van de definitie vinden.

Tabel 3: Categorieën van begrippen in de definitie van empathie (N=95), verschillende categorieën per respondent noemen was mogelijk

Categorie	Aantal
Inleven/meeleven	35
Aanvoelen/meevoelen/invoelen	31
Begrip/interesse/aandacht tonen	25
Luisteren	15
In verbinding komen met patiënt/contact/vertrouwen opbouwen	14
Respect/acceptatie/open mind hebben	13
Geen band met patiënt opbouwen/begrenzen/objectief blijven	10
Terugkoppelen/gevoel geven zich gehoord te voelen/spiegelen	8
Kijken (ook) naar non-verbaal gedrag	6
Advies geven/oplossing probleem zoeken	7
Steun bieden/willen helpen	3
Begeleiden/leiden	3

Op basis van deze lijst van negen verschillende categorieën kan nulhypothese 6 (er bestaat wel een eenduidige visie van de osteopaten op de definitie van het begrip empathie) verworpen worden. De osteopaten definiëren empathie op verschillende manieren.

Het meest genoemd zijn de categorieën 'inleven/meeleven' en 'aanvoelen/meevoelen/invoelen'. Met deze open antwoorden is het in de analyse objectief niet mogelijk om de precieze lading van de begrippen zelf definitief als cognitief of affectief

¹⁸ Oorspronkelijk omvat het analyseschema van de kwalitatieve inhoudsanalyse volgens Baarda, de Goede en Teunissen (1995) 8 analysestappen. Omdat deze 8 stappen voor de analyse van open interviews (met veel langere tekst segmenten) gemaakt is, kunnen in het onderzoek hier de eerste twee stappen (1: informatie selecteren op relevantie en 2: relevante tekst opsplitsen in fragmenten) weggelaten worden.

te bestempelen. Er kan dus in eerste instantie geen uitspraak gedaan worden of de osteopaten empathie meer als cognitief, of als affectief, of als zowel cognitief als affectief definiëren. In tweede instantie is vast te stellen dat beide categorieën bijna evenveel genoemd zijn. Er is dus niet één categorie die in de meerderheid van de definities genoemd is.

Opvallend is dat precies tien respondenten zowel 'inleven/meeleven' als 'aanvoelen/meevoelen/invoelen' als beschrijvende begrippen van 'empathie' gecombineerd in hun definitie gebruiken. Dat betekent dat 45 respondenten één van de twee categorieën gebruikt om empathie te definiëren. Iets meer dan de helft (50) van de respondenten gebruikt andere categorieën om empathie te definiëren. Dit kan geïnterpreteerd worden dat de definities zeer verschillend zijn.

Op de open vraag 'gebruikt u bewust empathie tijdens uw behandelingen?' antwoordden 61 (65%) osteopaten met 'ja' en 27 (28%) met 'nee', en 7 (7%) dat dit van de situatie of van de patiënt afhangt (zie tabel 4). Dit is geconcludeerd uit de open-tekstantwoorden door middel van kwalitatieve categorisering.

Tabel 4: Bewust gebruik empathie (N=95)

<u>Gebruikt u bewust empathie tijdens uw behandelingen?</u>	
Ja	61 (65%)
Nee	27 (28%)
Hangt van patiënt en/of situatie	7 (7%)

In de open-tekstantwoorden wordt 18 keer genoemd dat empathie 'niet bewust gaat' of dat het 'intuïtief' of 'vanzelf gaat'. Het merendeel van de osteopaten geeft aan empathie bewust in te zetten, op de volgende manieren: 22 keer is 'open vragen stellen/gesprekstechnieken' genoemd, 19 keer 'luisteren', 14 keer 'inleving/invoelen in de patiënt', en 13 keer 'terugkoppelen/reflecteren'. Andere manieren om empathie te tonen of te gebruiken zijn minder vaak genoemd en staan in tabel 5.

De nulhypothese 7 (de meeste osteopaten gebruiken empathie in hun praktijk bewust) kan dus ondersteund worden door de resultaten van deze open vraag.

Tabel 5: Categorieën van hoe osteopaten empathie in de praktijk gebruiken (N=95), noemen van verschillende categorieën per respondent was mogelijk

Categorie	Aantal
Open vragen stellen/gesprekstechnieken	22
Luisteren	19
<i>Dit gaat niet bewust/gaat intuïtief/gaat vanzelf</i>	<i>18</i>
Inleving/invoelen in de patiënt	14
Terugkoppelen/reflecteren	13
Letten op verbale en non-verbale signalen	10
Individuele behandeling/afstemming op patiënt	9
Zich open stellen/gevoelig opstellen/over zichzelf vertellen	7
Acceptatie/niet oordelen	6
Aanpassing eigen houding en taal/spiegelen	6
Zie antwoord op de vorige vraag	5
Patiënt zich gehoord laten voelen	4
Eigen innerlijke rust creëren	2
Wel afgrenzen/bij zichzelf blijven	1
Geen rol spelen/integer zijn/echt zijn	1
De patiënt als karakterstructuur plaatsen	1
Advies geven	1

5.2 Observaties

De observaties zijn gebaseerd op de TES volgens Decker et al. (2014). De precieze observatiehandleiding van de TES is in de bijlage te vinden.

In totaal zijn tien observaties in april 2018 uitgevoerd.

De geobserveerde osteopaten zijn uit de emaillijsten van NVO en NOF, die al tijdens de online enquête gebruikt zijn, via aselechte gemodificeerde streekproeftrekking¹⁹ getrokken. Vervolgens zijn ze via telefoon benaderd om een afspraak voor de observatie te maken. De observatie vond in de praktijken of behandelruimtes van de geobserveerde osteopaten plaats. De observaties zijn met een digitaal audio-opnameapparaat opgenomen.

Er zijn vijf vrouwelijke en vijf mannelijke osteopaten geobserveerd, waarvan één osteopaat universitair opleidingsniveau heeft en één osteopaat minder dan vijf jaar werkzaam is als

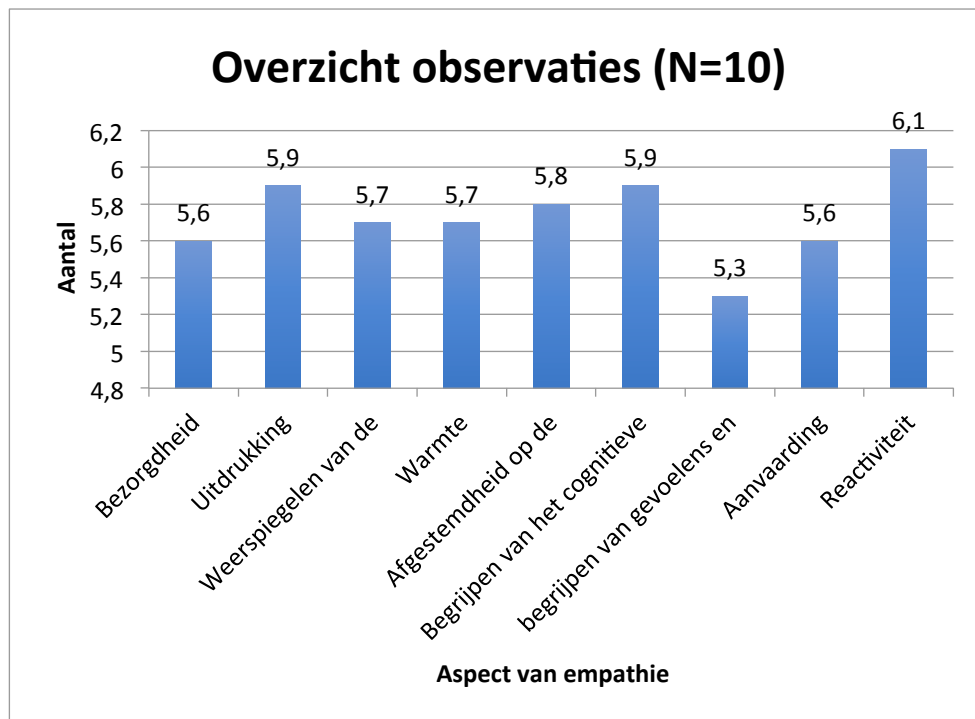
¹⁹ Gemodificeerde aselechte steekproeftrekking (“random sampling”): Met random getallen werd de osteopaat uit de lijst getrokken, in een tweede stap was er een bijkomende voorwaarde: vanwege doorvoerbaarheid van het onderzoek (qua kosten en tijd) mocht de osteopathie praktijk niet verder dan 100km van Zwolle vandaan gelokaliseerd zijn.

osteopaat. De gemiddelde leeftijd van alle geobserveerde osteopaten is 46,3 jaar. Het overzicht van de resultaten van de observaties is in de bijlage te vinden.

De totale gemiddelde therapeut-empathiescore van alle geobserveerde osteopaten (N=10) is 51,6 (de mogelijke minimale score is 9 en maximale score is 63). De gemiddelde score van alle osteopaten is duidelijk in het bovenste derde deel. Nulhypothese 8 (de osteopaten scoren een lage empathische score (in de onderste helft/onderste derde)) kan hierdoor niet ondersteund worden. Met het besef dat er een kleine steekproef is getrokken, kan gezegd worden dat voor dit onderzoek nulhypothese 8 is gefalsificeerd. Het complete overzicht over de scores en de steekproef is in afbeelding 9 te zien.

De vrouwelijke osteopaten (N=5) hebben een gemiddelde therapeut-empathiescore van 52, wat iets hoger is dan de mannelijke osteopaten (N=5) met een gemiddelde van 51,2. Het verschil tussen mannen en vrouwen is klein in deze steekproef.

Vanwege het kleine aantal van de observatiesteekproef (N=10) kunnen geen statistische geldige groepsvergelijkingen voorgenomen worden.



Afbeelding 9: Overzicht van de observaties (N=10), gemiddelden per aspect

5.3 Samenvatting van de resultaten

Uit de antwoorden op de online enquête blijkt dat Nederlandse osteopaten een hoge empathiescore hebben, wat op een hoog empathisch vermogen duidt.

Mannen en vrouwen scoren in de enquête over empathische vaardigheden bijna gelijk, (de mannen licht hoger dan de vrouwen). Dit weerspreekt de bevindingen uit eerder onderzoek in de Verenigde Staten (Hojat, 2016).

Terwijl er geen verschil in de empathiescore op werkzaamheidsduur als osteopaat gevonden is, is er wel een leeftijdsverschil gevonden. Oudere osteopaten van boven de 50 jaar vertonen een statistisch significante hogere empathische score dan jongere osteopaten.

Er is geen verschil in empathie bij verschillende opleidingsniveaus gevonden.

De osteopaten geven zeer verschillende definities van empathie.

De meerderheid van de osteopaten (twee derde) geeft zelf aan empathie in hun behandelingen bewust in te zetten.

Ook in de observaties scoren osteopaten een hoge empathiescore.

6 Discussie

In dit onderzoek zijn twee verschillende onderzoeksmethoden gebruikt om in kaart te brengen hoe Nederlandse osteopaten naar empathie kijken, hoe ze empathie definiëren en hoe ze empathie in hun praktijk gebruiken. De online enquête is door 102 osteopaten ingevuld. Er wordt van uitgegaan dat de respondenten de vragen in het algemeen goed begrepen hebben²⁰. Hierdoor kan aangenomen worden dat de resultaten van dit onderzoek valide zijn. Of de resultaten ook betrouwbaar zijn, is pas duidelijk als bij een herhaald onderzoek dezelfde scores bereikt worden. Betrouwbaarheid kan ook voor een deel aangenomen worden als de observaties op dezelfde empathiescores komen. Dit laatste is in dit onderzoek wel het geval.

Uit de antwoorden op de online enquête blijkt dat Nederlandse osteopaten een hoge empathiescore hebben, wat op een hoog empathisch vermogen duidt. Twee kritiekpunten vallen bij de enquête in het oog. Kritisch aan te merken valt hier dat zelf gerapporteerde houding nog geen daadwerkelijk gedrag kan voorspellen. Ook de formulering van de vragen van de JSE is vaak dubbel-negerend en niet eenvoudig, wat ook in de open-tekst opmerkingen van de enquête het meest door de osteopaten als storend genoemd werd.²¹

Omdat de JSE al in andere studies onder studenten osteopathie in de Verenigde Staten onderzocht is, kunnen we hier de empathiescores als eerste indicatie met elkaar vergelijken. Kimmelman et al. (2012) onderzocht de studenten osteopathie in Philadelphia in een crosssectioneel onderzoek: het eerste jaar heeft een empathiescore van 108,6, het tweede jaar 111,2, het derde jaar 109,4 en het vierde jaar 107,0 (Kimmelman et al., 2012, p. 353). Ook McTighe (2014) heeft de empathiescore van eerste-, tweede- en derdejaars studenten osteopathie in Philadelphia in de Verenigde Staten in 2013 gemeten: 111,3 (jaar 1), 112,4 (jaar 2) en 108,8 (jaar 3) (McTighe, 2014, p. 45).

Vergeleken met deze scores van Kimmelman et al. (2012) en McTighe (2014) is de totaalscore van de onderzochte Nederlandse osteopaten hoger dan van de Amerikaanse studenten osteopathie uit deze twee studies.

Calabrese et al. (2013, p. 902) daarentegen meten scores tussen de 113,6 en 116,7 bij studenten osteopathie in Cleveland, Ohio, VS. Vergeleken met de scores uit de studie van Calabrese et al. (2013) zijn de scores van de Nederlandse osteopaten iets lager.

²⁰ Dit wordt geconcludeerd uit het ongepubliceerde voor-onderzoek, de bespreking van de vragen met enkele osteopaten en de opmerkingen in de vragenlijst.

²¹ Dit was de onderzoekster zich bewust tijdens het opzetten van de enquête. Om de vergelijkbaarheid met andere studies niet negatief te beïnvloeden moest wel de originele formulering van de enquête-vragen bijgehouden worden.

Samenvattend kan gezegd worden dat de scores moeilijk vergelijkbaar zijn met studenten osteopathie uit de Verenigde Staten. De studie osteopathie in de Verenigde Staten lijkt meer op een reguliere studie geneeskunde dan de studie osteopathie in Nederland. Bij vergelijkingen met andere landen speelt in zekere mate altijd een cultureel verschil in sociale vaardigheden mee. Ook het leeftijdsverschil en het verschil in levenservaring maakt een vergelijking van de resultaten van werkende bekwame osteopaten met de resultaten van studenten osteopathie lastig. Verder onderzoek naar studenten osteopathie in Nederland is aan te raden om de resultaten beter met elkaar te kunnen vergelijken.

De enige studie met werkzame osteopaten is de studie van Hähn-Jakobs uit 2008, die de zelfrapportage van bekwame Duitse osteopaten als onderwerp had. Net als in dit onderzoek bestond de onderzoeksgroep uit werkende, afgestudeerde osteopaten met een vergelijkbare leeftijd en ook cultureel zijn de respondenten vergelijkbaar omdat Duitsland relatief dichtbij is. Hierdoor is een vergelijking van de onderzoeksresultaten van alle mogelijke vergelijkingsstudies het meest logisch. In de Duitse studie van Hähn-Jakobs (2008) wordt een totaalscore van dezelfde vragenlijst bereikt van omgerekend²² 108 onder alle respondenten (N=50)(Hähn-Jakobs, 2008, p. 53). Hiermee bereiken Duitse osteopaten een iets lagere empathietotaalscore dan Nederlandse osteopaten (met het gemiddelde van 112,56). Ook hier kan een bepaald cultureel verschil invloed hebben op de resultaten. Helaas heeft Hähn-Jakobs geen somscores empathie voor verdere demografische groepen (mannen/vrouwen; oud/jong; lang werkend/kort werkend, opleidingsniveau enzovoorts) berekend. Vergelijkend kan opgemerkt worden, dat Hähn-Jakobs de respondenten per steekproef getrokken heeft en niet alle osteopaten in Duitsland of in een bepaalde regio aangeschreven heeft. Zij heeft de deelnemers uit de steekproef persoonlijk benaderd om aan de online enquête deel te nemen. Hierdoor kan het verschil in de totaalscore empathie mogelijk voor een deel verklaard worden. Het kan bijvoorbeeld in theorie zijn dat minder empathische osteopaten alsnog aan Hähn-Jakobs' studie deelgenomen hebben door de persoonlijke benadering, versus niet-antwoorden/niet-reageren op de onpersoonlijkere uitnodiging tot de studie van deze scriptie.

Mannen en vrouwen scoren in de enquête over empathische vaardigheden bijna gelijk; de mannen zelfs licht hoger dan de vrouwen, maar niet significant. Dit weerspeelt de bevindingen uit eerder onderzoek in de Verenigde Staten (Calabrese et al., 2013; Hojat, 2016, McTighe, 2014), waar een duidelijk verschil tussen mannen en vrouwen gevonden werd – vrouwen hadden doorgaans een hogere empathiescore dan mannen. Dit resultaat is moeilijk te verklaren. Het zou kunnen dat minder empathische Nederlandse mannelijke (en vrouwelijke) osteopaten op voorhand niet meededen aan de studie.

Er is geen significant verschil in empathie bij verschillende opleidingsniveaus gevonden. Terwijl er ook geen verschil in de empathiescore bij verschillend lange werkzaamheidsduur

²² Hähn-Jakobs heeft in haar scriptie de empathie-scores op een andere manier (niet volgens de officiële handleiding) berekend. Dit is hier omgerekend om de cijfers beter te kunnen vergelijken.

als osteopaat gevonden werd, is er wel een leeftijdsverschil gevonden: oudere osteopaten van boven de 50 jaar vertonen een hogere empathische score dan jongere osteopaten. In de bestaande wetenschappelijke literatuur bestaat geen basis om dit logisch te verklaren of te vergelijken met bestaand onderzoek. Een mogelijke verklaring is dat levenservaring meer invloed heeft op de ontwikkeling van empathie dan alleen het werken als osteopaat. De bevindingen uit deze deelvragen werpen meer vragen op en het is aan te bevelen dit in verdere studies te onderzoeken.

Terwijl de osteopaten zeer verschillende definities van empathie geven, geeft de meerderheid van de osteopaten aan empathie in de behandeling bewust in te zetten. Dat werpt een volgende situatie op: de osteopaten verstaan verschillende dingen onder het begrip empathie, en het grote deel van de osteopaten rapporteert dat empathie wél bewust en doelgericht ingezet wordt. Dit punt werpt verdere vragen van kwalitatieve aard op, zoals hoe osteopaten tot hun visie van empathie in hun werk komen en hoe het 'bewust inzetten van empathie' er precies uitziet.

Opgemerkt kan worden dat er een zekere mate van sociale wenselijkheid bestaat waardoor osteopaten aangeven empathie 'bewust' in hun behandelingen in te zetten. Dit kan het antwoordgedrag van de osteopaten beïnvloed hebben. Hier is een kwalitatievere analyse van de manier en de oorzaak daarvan een interessant perspectief voor toekomstig onderzoek.

Vergeleken met de empathie-somscores uit de enquête scoren de Nederlandse osteopaten ook in de observaties een hoge empathiescore. De geobserveerde empathiescore is niet te vergelijken met eerder geobserveerde osteopaten omdat hier geen onderzoek over bestaat. De verwachting was dat osteopaten veel empathie zouden tonen in hun praktijk en dat wordt in dit onderzoek bevestigd. De beperkte steekproef van de observaties is een kritiekpunt. Hierdoor kunnen we concluderen dat de resultaten van de tien observaties alleen als eerste indicatie te beschouwen zijn, en hier geen algemene conclusies aan te verbinden zijn. Dit kan in verder onderzoek uitgebreider en genuanceerder bekeken worden met gebruik van verschillende observatiemethoden.

Het beantwoorden van de onderzoeksvraag 'hoe ziet het gebruik van empathie (de empathische vaardigheden) er tegenwoordig bij de osteopaten in Nederland uit?' is met dit onderzoek voor een groot deel beantwoord. De vraag wat osteopaten zelf onder het begrip empathie verstaan en met welke begrippen zij het definiëren is tevens beantwoord. Er is informatie verzameld over de vraag of osteopaten zelf vinden dat ze empathie bewust of onbewust inzetten. Ook is inzichtelijk gemaakt op welke manier zij het inzetten, naar eigen inzicht. Er is ook een vergelijkbaar resultaat bereikt op de vraag hoe osteopaten zelf hun empathische vaardigheden inschatten. Ten slotte is er ook een eerste kijk genomen naar het beeld in de osteopathische realiteit, over hoe empathisch osteopaten daadwerkelijk te werk gaan. Enkele deelvragen blijven onbeantwoord, zoals hoe empathie er in de praktijk uitziet

en of empathie daadwerkelijk bewust of onbewust ingezet wordt. Daardoor worden ook weer nieuwe onderzoeksvragen opgeroepen, met name naar een ander perspectief in de communicatie, zoals hoe de patiënt de empathie ziet en ervaart die door de osteopaat getoond wordt.

Samenvattend kan gezegd worden dat deze studie een goed beeld geeft van de eigen inschatting van het empathisch vermogen van de osteopaten in Nederland.

7 Conclusie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de visie van Nederlandse osteopaten op empathie. Er is gevraagd naar een eigen definitie van het begrip empathie, waarop veel verschillende definities genoemd zijn. Op de vraag of empathie bewust of onbewust gebruikt wordt, zegt de meerderheid empathie in een behandeling bewust in te zetten. Op de vraag hoe de osteopaten empathie praktisch inzetten, zijn veel verschillende manieren van gedrag genoemd. Daarnaast is onderzocht hoe de osteopaten hun eigen empathische vaardigheden beoordelen. Ze beoordelen de eigen empathische vaardigheden als hoog. Ten slotte is middels observaties onderzocht in hoeverre de therapeuten empathisch handelen. Hier is een hoog niveau van empathisch handelen geobserveerd. Dit laatste resultaat is echter beperkt algemeen geldig en kan slechts als indicatie gezien worden.

Als de resultaten van dit onderzoek met de hypothesen vergeleken worden, dan is vast te stellen dat de Nederlandse osteopaten hun eigen empathische vaardigheden hoog inschatten en dat ook in de observaties laten zien. De definities van empathie verschillen zeer, net zoals de aangegeven manieren waarop empathie in de praktijk ingezet wordt. Het resultaat dat osteopaten aangeven empathie bewust in te zetten kan een sociaal wenselijk antwoord zijn. Daardoor kan het antwoord kritisch bekeken worden. Verder onderzoek wordt aanbevolen om vast te stellen of de sociale wenselijkheid echt het geval is en om te analyseren hoe osteopaten empathie gebruiken. Ook kan onderzocht worden hoe ze het geleerd hebben te gebruiken, hoe empathie in de opleidingen onderwezen wordt. Interessant kan ook zijn of empathie in postacademisch onderwijs aangeboden kan worden en of osteopaten over dit onderwerp hun kennis en vaardigheden willen vergroten.

8 Samenvatting

Achtergrond: Onderzoek in de geneeskunde heeft aangetoond dat het tonen van empathie door de therapeut een belangrijke rol in de therapeut-patiënt-relatie speelt. Terwijl in de Verenigde Staten en in Europa steeds meer wetenschappelijk onderzoek hierover gedaan wordt binnen de osteopathie, is empathie een weinig onderzocht onderwerp in Nederland. Het is niet bekend hoe het met de empathie in de osteopathie in Nederland staat.

Doelstelling: Deze studie probeert empathie in de osteopathie nader te belichten. Een eerste stap is een status quo vast te stellen en te onderzoeken hoe het op dit moment gesteld is met de empathie binnen de osteopathie in Nederland?

Methoden: Met behulp van een crosssectioneel onderzoek zijn Nederlandse osteopaten via een online enquête en een observaties onderzocht. Voor de gesloten vragen van de online enquête is de Jefferson Scale of Empathy (JSE) (Hojat, 2016) gebruikt. Dit is een zelfrapportage over empathievaardigheden. Met behulp van open vragen is geanalyseerd hoe osteopaten empathie definiëren, of ze empathie bewust inzetten en op welke manier. De observaties zijn volgens de Therapist Empathy Scale (TES) (Decker et al., 2014) uitgevoerd en geven informatie over hoe empathisch de osteopaten in de praktijk werken.

Resultaten: Van de 402 uitgenodigde osteopaten hebben 102 osteopaten deelgenomen aan de online enquête. In totaal zijn tien osteopaten in de praktijk geobserveerd. De antwoorden op de online enquête hebben uitgewezen dat Nederlandse osteopaten een hoge empathiescore hebben, wat op een hoog empathisch vermogen duidt. Er is statistisch significant verschil gevonden tussen jongere en oudere osteopaten: oudere osteopaten van boven de 50 jaar vertonen een statistisch significant hogere empathische score dan jongere osteopaten. Osteopaten geven uiteenlopende definities van empathie. De meerderheid van de osteopaten (twee derde) geeft aan empathie bewust in te zetten in hun behandelingen. De manieren waarop de osteopaten empathie inzetten verschillen zeer. Ook in de observaties behalen de osteopaten een hoge empathiescore.

Discussie: In tegenstelling tot eerder gedaan onderzoek hebben vrouwen geen statistisch hogere empathiescore in deze studie. Dit kan niet eenduidig verklaard worden. Paradoxaal is het resultaat dat de gegeven definities en manieren van gebruik van empathie sterk verschillen, en de meerderheid van de osteopaten aangeeft bewust gebruik te maken van empathie tijdens hun behandelingen.

Conclusie: Met deze studie is een begin gemaakt om de empathie van Nederlandse osteopaten in kaart te brengen. Het is aanbevelenswaardig door middel van verdere observaties te onderzoeken of Nederlandse osteopaten in de realiteit net zo empathisch zijn als zij zelf aangeven. Verder wordt kwalitatief onderzoek aanbevolen om naar de wijze van gebruik van empathie van Nederlandse osteopaten te kijken en de wijze waarop empathie wordt aangeleerd tijdens opleidingen.

9 Abstract

Background: Research in medical sciences has shown that clinical empathy plays a significant role in the therapist-patient-relationship. Although more and more research is conducted within osteopathy in this particular field in the United States and in Europe, no research about clinical empathy has yet been conducted in the Netherlands. There is no knowledge about the status of empathy in osteopathy in the Netherlands.

Aim: This study would like to shed some light on this situation. As a first step, a status quo will be assessed: What is the status of empathy within osteopathy in the Netherlands?

Methods: By conducting a cross sectional study, Dutch osteopaths were researched thru an online survey and conducting observations. The closed-ended questions consisted of the Jefferson Scale of Empathy (Hojat, 2016). This is a self-report about empathy capability. By the use of open-ended questions it has been analysed how the osteopaths define empathy, if they use empathy consciously and how they do that. The observations are conducted by using the Therapist Empathy Scale (TES) (Decker et al., 2014), and they provide information about how the osteopaths use empathy in practice.

Results: In total 102 of the 402 invited osteopaths took part in the online survey. In total ten osteopaths were observed in practice. The answers on the online survey showed that Dutch osteopaths have a high empathy score, which can be interpreted as a high capacity for empathy. A statistic significant difference between younger and older osteopaths has been found: older osteopaths above the age of 50 show statistically significantly higher empathic scores than younger osteopaths. Osteopaths have diverse definitions of empathy. The most part of osteopaths (two thirds) reports conscious use of empathy in their treatments. The ways that osteopaths make use of empathy varies widely. Finally, also in the observations the osteopaths reached high empathy scores.

Discussion: In contradiction with earlier research this study's results did not show a higher empathy score in women. This cannot be explained unambiguously. Paradoxical is the result that the given definitions of empathy and the given ways of using empathy in practice vary widely, whilst the major part of osteopaths report conscious use of empathy during their treatments.

Conclusion: By conducting this study, a start is made to research and report the empathy of Dutch osteopaths. We recommend to find out if Dutch osteopaths are as empathic in practice as they report to be in this study by conducting more observations. Furthermore, qualitative research methods are recommended in order to analyse the use of empathy by Dutch osteopaths and the manner that empathy is taught in osteopathy schools.

10 Literatuur

- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, & Teunissen, J. (1995). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese (1^e druk).
- Barret-Lennard, G.T. (1981). The empathy cycle: refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 91-100.
- Benbassat, J., & Baumal, R. (2004). What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships? *Academic Medicine*, 79, 832-839.
- Bensing, J.M., & Verhaak, P.F.M. (2004). Communication in medical encounters. In A.A. Kaptein & J. Weinman (Eds.), *Health psychology* (pp. 261-287). Oxford: Blackwell Publishing.
- Bensing, J.M., Dulmen, S. van, & Haes, H. de (2010). Communicatie tussen patiënten en hun hulpverleners. In: L. Lechner, Mesters, I., & Bolman, C. (Eds.), *Gezondheidspsychologie bij patiënten*. (pp. 109-134). Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Bensing, J.M., Tromp, F., Dulmen, S. van, Brink-Muinen, A. van den, Verheul, W., & Schellevis, F.G. (2006). Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: A study of videotaped general practice consultations with hypertension patients. *BMC Family Practice*, 7, 62.
- Boeije, H. (2016). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boom (2^e druk).
- Brink-Muinen, A. van den, Dulmen, A.M. van, Schellevis, F.G., & Bensing, J.M. (2004). *Oog voor communicatie: Huisarts-patiënt communicatie in Nederland*. Utrecht: NIVEL.
- Calabrese, L.H., Bianco, J.A., Mann, D., Massello, D., & Hojat, M. (2013). Correlates and changes in empathy and attitudes toward interprofessional collaboration in osteopathic medical students. *Journal of the American Osteopathic Association*, 113 (12), 898-907.
- Cingel, M. van der (2010). Compassie in de verpleegkundige praktijk. Een onderzoek naar de aard en betekenis van compassie voor chronisch zieke ouderen. *Verpleegkunde*, 4, 18-25.
- Cingel, M. van der (2012). *Compassie in de verpleegkundige praktijk: Een leidend principe voor goede zorg*. (Proefschrift) Erasmus Universiteit Rotterdam. Amsterdam: Boom Lemma.

- Coulehan, J.L., Platt, F.W., Egener, B., Frankel, R., Lin, C.T., Lown, B., & Salazar, W.H. (2001). "Let me see if I have this right... ": Words that help build empathy. *Annals of Internal Medicine*, 135 (3), 221-227.
- Decker, S.E., Nich, C., Carroll, K.M., & Martino, S. (2014). Development of the Therapist Empathy Scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy Journal*, 42 (3), 339-354.
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E. Georgiou, A. & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet*, 357, 757-762.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.
- Engel, G.L. (1988). How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view. In K. White (Ed.), *The task of medicine: Dialogue at Wickenburg* (pp.113-116). Menlo Park, CA: The Henry Kaiser Foundation.
- Felder, R. (2006). *Empathy as part of the perception process in osteopathy. Litterature study.* (Master thesis, Donau Universität Krems, Wenen, Oostenrijk).
- Fiedler, I.C. (2009). *Empathie als Teil des Wahrnehmungsprozesses in der Osteopathie. Teil II. Qualitative soziologische Studie mit leitfadengestützten Interviews.* (Master thesis, Donau Universität Krems, Wenen, Oostenrijk).
- Gallese, V. (2001). The 'shared manifold' hypothesis: From mirror neurons to empathy. *Journal of Conscious Studies*, 8, 33-50.
- Gallese, V., Fadiga, L. Fogassi, L., & Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119, 593-609.
- Griffin, S.J., Kinmonth, A.L., Veltman, M.W.M., Gillard, S., Grant, J., & Steward, M. (2004). Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: A systematic review of trials. *Annals of Family Medicine*, 2, 595-608.
- Haes, H. de (2006). Dilemmas in patiënt centerdness and shared decision making: A case for vulnerability. *Patient Education and Counseling*, 62, 291-298.
- Haes, H. de, & Bensing, J.M. (2009). Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74, 287-294.
- Haes, H. de, Zandbelt, L. & Ong, L.M.L. (2010). Communicatie van arts en patiënt. In: Kaptein, A.A., Prins, J.B., Collette, E.H., & Hulsman, R.L. (Eds.) *Medische psychologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Hähn-Jakobs, C. (2008). *Empathie und Osteopathie. Eine Begriffsbestimmung und eine Untersuchung der Empathiefähigkeit und deren Bedeutung im Therapeuten-Patienten-Verhältnis derzeit tätiger Osteopathen. Eine systematische Literaturarbeit und empirische Untersuchung.* (Diplomarbeit/ eindwerk, College Sutherland Duitsland).
- Halpern, J. (2001). *From detached concern to empathy: Humanizing medical practice.* New York, NY: Oxford University Press.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of General Internal Medicine, 18,* 670-674.
- Heinrichs, M., & Domes, G. (2008). Neuropeptides and social behavior: Effects of oxytocin and vasopressin in humans. *Progress in Brain Research, 170,* 337-350.
- Hesse, B.W., Nelson, D.E., Kreps, G.L., Croyle, R.T., Arora, N.K., Rimer, B.K., & Viswanath, K. (2005). Trust and sources of health information: The impact of the internet and its implications for health care providers: Findings from the first health information national trends survey. *Archives of Internal Medicine, 165,* 2618-2624.
- Hojat, M. (2016). *Empathy in health professions education and patient care* (Tweede herz. ed.). New York, NY: Springer.
- Hojat, M., Gonella, J.S., Nasca, T.J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician Empathy: Definition, components, measurement and relationship to gender and speciality. *Psychiatry, 159,* 1563-1569.
- Hojat, M., Kaye, M., Carroll, S., & Cass, J. (2016). *Jefferson Scale of Empathy (JSE), User Guide.* Unpublished Document. Thomas Jefferson University. Philadelphia, PA, VS.
- Hojat, M., Louis, D.Z., Maio, V., & Gonnella, J.S. (2013). Empathy and health care quality (Editorial). *American Journal of Medical Quality, 28,* 6-7.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T.J., Cohen, M.J.M., Gonnella, J.S., Erdmann, J.B. Veloski, J.J., & Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement, 61,* 349-365.
- Ivey, A.E., & Ivey, M.B. (2007). *Intentional interviewing and counselling: Facilitating client development in a multicultural society.* Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Kimmelman, M., Giacobbe, J., Faden, J., Kumar, G., Pinckney, C.C., & Steer, R. (2012). Empathy in osteopathic medical students: A cross-sectional analysis. *Journal of the American Osteopathic Association, 112 (6),* 347-355.

- Knafo, A., Zahn-Waxler, J., Davidov, M., Hulle, C. van, Robinson, J.L., & Rhee, S.H. (2009). Empathy in early childhood: genetic, environmental, and affective contributions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1167, 103-114.
- Malik, A.J. (2016). *Therapist expressed empathy across experiential treatment for depression: Its growth and relationship to other psychotherapy processes* (Dissertatie, York University Toronto, Canada).
- Martingano, A.J., & Martingano, D. (2017). Measuring multidimensional empathy: Theoretical and practical considerations for osteopathic medical researchers. *Journal of the American Osteopathic Association*, 117 (11), 697-704.
- McTighe, A. (2014). *Effects of medical education on empathy in osteopathic medical students*. (Dissertatie, Philadelphia College of Osteopathic Medicine, USA).
- Miaskiewicz, T., & Monarchi, D.E. (2008). A Review of the literature on the empathy construct using cluster analysis. *Communications of the Association for Information Systems*, 22, 117-142.
- Mlotek, A. (2013). *The contribution of therapist empathy to client engagement and outcome in emotion-focused therapy for complex trauma* (Master thesis, University of Windsor, Canada).
- Müller-Steffens, C. (2014). *Empathie in der Osteopathie. Eine qualitative Studie über das Bewusstsein der Rolle der Empathie in der osteopathischen Behandlung*. (Master thesis, fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH, Innsbruck, Oostenrijk).
- Müller-Steffens, C., & Wikus, P. (2015). Rolle der Empathie in der Osteopathie – eine qualitative Studie. *Osteopathische Medizin* (3), 9-13.
- Novy, R. (2007). *Therapist-patient-relationship in osteopathy. How do osteopaths form their relationship to patients? A qualitative study*. (Master thesis, Donau Universität Krems, Wenen, Oostenrijk).
- Pedersen, R. (2009). Empirical research on empathy in medicine – A critical review. *Patient Education and Counseling*, 76 (3), 307-322.
- Preston, S.D., & Waal, F.B.M. de (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 25, 1-20.
- Rogers, C.D. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. London, Engeland: Constable.
- Rogers, C.D. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: The study of a science* (Vol. 3, pp. 184-256). New York, NY: McGraw-Hill.

- Roter, D., & Hall, J.A. (2006). *Doctors Talking with Patients/ Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits*. Westport: Praeger.
- Roter, D., Stewart, M., Putnam, S.M., Lipkin, M., Stiles, W., Inui, T.S. (1997). Communication Patterns of Primary Care Physicians. *Journal of the American Medical Association*, 277 (4), 350-356.
- Stepien, K.A., & Baernstein, A. (2006). Educating for empathy. A review. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (5), 524-530.
- Von Gimborn, G. (2013). Spiegelneuronen – ein unentbehrliches Werkzeug in der Osteopathie. *Osteopathische Medizin*, 2, 18-21.
- Watson, J.C. (1999). *Measure of expressed empathy*. Unpublished manuscript. Department of Adult Education, Community Development, and Counseling Psychology, OISE, University of Toronto, Canada.
- White, K. (Ed.) (1988). *The task of medicine: Dialogue at Wickenburg*. Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation.

Websites:

- Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). *Gezondheid, leefstijl, zorggebruik en –aanbod, doodsoorzaken; kerncijfers*. Gewijzigd op: 29 december 2017. Geraadpleegd op 24-3-2018, op: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/81628ned/table?ts=1521888041673>.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008). *Brief Zorgconsumenten Elektronisch Patiëntendossier*. Geraadpleegd op 24-3-2018, op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2008/05/26/programma-quot-zeven-rechten-voor-de-client-in-de-zorg-investeren-in-de-zorgrelatie-quot>.
- Van Dale (2018). Empathie. Geraadpleegd op 29-3-2018, op: <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/empathie#.WrzcKGaiFEI>.
- Wikipedia (2018). Empathie. Geraadpleegd op 29-3-2018, op: <https://nl.wikipedia.org/wiki/Empathie>.

11 Lijst met afbeeldingen

Afbeelding 1: Theoretisch model voor patiëntgerichte communicatie (uit van den Brink-Muinen et al., 2014).....	6
Afbeelding 2: Leeftijd osteopaten verdeling (N=99).....	25
Afbeelding 3: Geslachtverdeling (N=95)	25
Afbeelding 4: Aantal jaren werkzaam als osteopaat (N=100).....	26
Afbeelding 5: Aantal jaren geleden afgestudeerd	27
Afbeelding 6: Hoogst genoten opleiding (N=97)	28
Afbeelding 7: Gemiddelde empathiewaarde per vraag/instemming (N=102)	29
Afbeelding 8: Somscore empathie verdeling.....	30
Afbeelding 9: Overzicht van de observaties (N=10), gemiddelden per aspect.....	35

12 Lijst met tabellen

Tabel 1: Functies van medische communicatie (uit De Haes & Bensing, 2009)	4
Tabel 2: Resultaten van de systematische kritische review over onderzoek naar klinische empathie van Pedersen (2009).....	14
Tabel 3: Categorieën van begrippen in de definitie van empathie (N=95), verschillende categorieën per respondent noemen was mogelijk	32
Tabel 4: Bewust gebruik empathie (N=95)	33
Tabel 5: Categorieën van hoe osteopaten empathie in de praktijk gebruiken (N=95), noemen van verschillende categorieën per respondent was mogelijk.....	34
Tabel 6: Relevante resultaten uit literatuur recherche in Pubmed	51
Tabel 7: Relevante resultaten uit de literatuur recherche in Osteopaticresearch.com	52
Tabel 8: Relevante resultaten uit literatuur recherche in Journalofosteopathicmedicine.com	53
Tabel 9: Relevante resultaten uit literatuur recherche in tijdschrift "Osteopathische Medizin"/ Sciencedirect.com.....	53

13 Bijlagen

13.1 Resultaten van het systematische literatuur onderzoek

Tabel 6: Relevante resultaten uit literatuur recherche in Pubmed

Pubmed				
Zoekterm (keywords)	AND	Hits	Inclusiecriteria	Relevant
<p>“Osteopathic Physicians” OR “Osteopathic Medicine” OR “Osteopathic treatment”</p>	<p>“Empathy” OR “Empathic”</p>	34	<p>“Empathy” en “Osteopathic” in de titel; het moet een onderzoeks- artikel zijn (geen editorial)</p>	6
<p>1. Measuring Multidimensional Empathy: Theoretical and Practical Considerations for Osteopathic Medical Researchers. Martingano AJ, Martingano D. J Am Osteopath Assoc. 2017 Nov 1;117(11):697-704. doi: 10.7556/jaoa.2017.136. PMID: 29084323</p>				
<p>2. Clinical Preceptors' Perceptions of Empathy: The Empathy in Osteopathic Training and Education (EMOTE) Study. Davis GE, Hartwig WC, McTighe AJ. J Am Osteopath Assoc. 2017 Aug 1;117(8):503-509. doi: 10.7556/jaoa.2017.100. PMID: 28759092</p>				
<p>3. Effect of Medical Education on Empathy in Osteopathic Medical Students. McTighe AJ, DiTomasso RA, Felgoise S, Hojat M. J Am Osteopath Assoc. 2016 Oct 1;116(10):668-74. doi: 10.7556/jaoa.2016.131. PMID: 27669071</p>				
<p>4. Correlation Between Standardize Patients' Perceptions of Osteopathic Medical Students and Students' Self-Rated Empathy. McTighe AJ, DiTomasso RA, Felgoise S, Hojat M. J Am Osteopath Assoc. 2016 Oct 1;116(10):640-6. doi: 10.7556/jaoa.2016.127. PMID: 27669067</p>				

5. Correlates and changes in empathy and attitudes toward interprofessional collaboration in osteopathic medical students.
 Calabrese LH, Bianco JA, Mann D, Massello D, Hojat M.
 J Am Osteopath Assoc. 2013 Dec;113(12):898-907. doi: 10.7556/jaoa.2013.068.
 PMID: 24285032

6. Empathy in osteopathic medical students: a cross-sectional analysis.
 Kimmelman M, Giacobbe J, Faden J, Kumar G, Pinckney CC, Steer R.
 J Am Osteopath Assoc. 2012 Jun;112(6):347-55.
 PMID: 22707644

Tabel 7: Relevante resultaten uit de literatuur recherche in Osteopaticresearch.com

Osteopaticresearch.com					
Zoekterm (keywords)	OR	OR	Hits	Inclusiecriteria	Relevant
"Empathy"	"Empathie"		12	"Empathy"/ "Empathie" in de titel of in de lopende text	7
Title: What is the status quo of emotional competence among Vienna School of Osteopathy (WSO) graduates in Austria?					
Authors: Archer Birgit					
Publication date: 2011, Sep					
Title: UNDERGRADUATE TRAINING DOES NOT REDUCE EMPATHY: A Cross Sectional Survey of Students at the British School of Osteopathy					
Authors: Ellen Sarah					
Publication date: 2011					
Title: Empathy as part of the perception process in osteopathy					
Authors: Felder Reinhard					
Publication date: 2006, Jan 01					
Title: Empathie als Teil des Wahrnehmungsprozesses in der Osteopathie Teil II					
Authors: Fiedler Irene Christina					
Publication date: 2009, Dec 01					
Title: Empathy and Osteopathy. A systematic review and cross-sectional survey					
Authors: Hähn-Jakobs Christiane					
Publication date: 2008, Oct 01					
Title: Don't let your training ruin your education. An investigation into levels of emotional					

empathy at the British School of Osteopathy Authors: Leighton Chris Publication date: 2000, Jun 23
Title: Therapist- Patient- Relationship in Osteopathy Authors: Novy Regina Publication date: 2007, Sep 01


Tabel 8: Relevante resultaten uit literatuur recherche in Journalofosteopathicmedicine.com

Journalofosteopathicmedicine.com					
Zoekterm (keywords)	OR	OR	Hits	Inclusiecriteria	Relevant
"Empathy"			26	"empathy" in de titel	1
Evidence of declining empathy in third year osteopathic medical students Hilary M. Caruso, Bettina Bernstein International Journal of Osteopathic Medicine, Vol. 17, Issue 1, p22–27 Published online: November 11, 2013					

Tabel 9: Relevante resultaten uit literatuur recherche in tijdschrift "Osteopathische Medizin" / Sciencedirect.com


Sciencedirect.com (Elsevier), zoekopdracht binnen "Osteopathische Medizin" (tijdschrift, Duitstalig);					
Zoekterm (keywords)	OR	OR	Hits	Inclusiecriteria	Relevant
"Empathie"			17	"empathie" in de titel	1
Rolle der Empathie in der Osteopathie – eine qualitative Studie Osteopathische Medizin, Volume 16, Issue 3, September 2015, Pages 9-13 Christina Müller-Steffens, Priska Wikus					

13.2 Jefferson Scale of Empathy Origineel en Vertaling



Jefferson Scale of Empathy

Physician/Health Professions (HP - version)



Instructions: Using a ball-point pen, please indicate the extent of your agreement or disagreement with *each* of the following statements by marking the appropriate circle to the right of each statement.

Please use the following 7-point scale (*a higher number on the scale indicates more agreement*):
Mark one and only one response for each statement.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Strongly Disagree *Strongly Agree*

	1	2	3	4	5	6	7
1. My understanding of how my patients and their families feel does not influence medical or surgical treatment.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. My patients feel better when I understand their feelings.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. It is difficult for me to view things from my patients' perspectives.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. I consider understanding my patients' body language as important as verbal communication in caregiver-patient relationships.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. I have a good sense of humor that I think contributes to a better clinical outcome.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Because people are different, it is difficult for me to see things from my patients' perspectives.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. I try not to pay attention to my patients' emotions in history taking or in asking about their physical health.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Attentiveness to my patients' personal experiences does not influence treatment outcomes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. I try to imagine myself in my patients' shoes when providing care to them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. My patients value my understanding of their feelings which is therapeutic in its own right.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Patients' illnesses can be cured only by medical or surgical treatment; therefore, emotional ties to my patients do not have a significant influence on medical or surgical outcomes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Asking patients about what is happening in their personal lives is not helpful in understanding their physical complaints.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. I try to understand what is going on in my patients' minds by paying attention to their non-verbal cues and body language.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. I believe that emotion has no place in the treatment of medical illness.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Empathy is a therapeutic skill without which success in treatment is limited.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. An important component of the relationship with my patients is my understanding of their emotional status, as well as that of their families.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. I try to think like my patients in order to render better care.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. I do not allow myself to be influenced by strong personal bonds between my patients and their family members.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. I do not enjoy reading non-medical literature or the arts.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. I believe that empathy is an important therapeutic factor in medical or surgical treatment.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

0E0

Page 2

© Thomas Jefferson University, 2001. All rights reserved. 160106 (ver. 4.0)

Jefferson Scale of Empathy (JSE, HP-version), Nederlandse Vertaling

Vul in het vakje voor elke zin een cijfer in van 1 tot 7 volgens jouw instemming met de uitspraak:

1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7

helemaal niet mee eens

helemaal mee eens

1	Het resultaat van een behandeling wordt niet beïnvloed door het feit dat een osteopaat de gevoelens van de patiënt en zijn/haar familie begrijpt.
2	Patiënten voelen zich beter als hun osteopaat hun gevoelens begrijpt.
3	Het is moeilijk voor een osteopaat om de dingen vanuit het perspectief van de patiënt te bekijken.
4	Het begrijpen van lichaamstaal is in de osteopaat-patiënt-relatie even belangrijk als verbale communicatie.
5	Een goed gevoel voor humor bij de osteopaat draagt bij tot een beter behandelresultaat.
6	Omdat mensen verschillend zijn is het moeilijk om de dingen vanuit het perspectief van de patiënt te bekijken.
7	Aandacht voor de emoties van de patiënt is niet belangrijk tijdens de osteopatische anamnese.
8	Aandacht hebben voor de persoonlijke ervaringen van de patiënt beïnvloedt het resultaat van de behandeling niet.
9	Osteopaten zouden moeten proberen om tijdens de behandeling in de schoenen van hun patiënten te staan.
10	Patiënten stellen het op prijs als een osteopaat hun gevoelens begrijpt, wat op zich therapeutisch is.
11	Ziekten/klachten van patiënten kunnen enkel door gerichte behandeling genezen/verminderd worden; emotionele banden tussen osteopaat en patiënt hebben dan ook geen betekenisvolle invloed op het resultaat van de behandeling.
12	Vragen aan patiënten wat er zich in hun privéleven afspeelt helpt niet om hun lichamelijke klachten te begrijpen.
13	Osteopaten zouden moeten proberen te begrijpen wat er zich afspeelt in het hoofd van hun patiënten door te letten op non-verbale signalen en lichaamstaal.
14	Ik geloof dat emotie geen plaats heeft in de behandeling van medische ziekte/klachten.
15	Empathie is een therapeutische vaardigheid zonder welke het succes van een osteopaat beperkt is.
16	In de osteopaat-patiënt-relatie is het begrijpen van de emotionele toestand van zowel de patiënt als zijn/haar familieleden een belangrijke component.
17	Om betere zorg te kunnen verstrekken zouden osteopaten zich in de

	gedachtewereld van hun patiënten moeten proberen te verplaatsen.
18	Osteopaten zouden zichzelf niet mogen toelaten zich te laten beïnvloeden door de sterke persoonlijke band tussen patiënten en hun familieleden.
19	Ik hou niet van niet-medische/osteopatische literatuur of kunst of muziek.
20	Ik geloof dat empathie een belangrijke therapeutische factor is in de behandeling van de patiënt.

Dutch translation by Juliane Adam, College Sutherland Amsterdam.

© Thomas Jefferson University, 2001 All rights reserved

Jefferson, as the sole copyright holder, maintains the copyright for granting or declining permission for any additional use of any and all versions of the JSE.

13.3 Aanschrijven osteopaten en online enquête

Beste collega,

op dit moment voer ik een online enquête door voor mijn afstudeerscriptie in de osteopathie.

Mijn onderzoek gaat over de patient-therapeut-relatie, specifiek over empathie in de gespreksvoering van een osteopaat.

Ik maak onder andere gebruik van een gevalideerde vragenlijst uit de VS, de Jefferson Scale of Empathy, die al eerder (in andere landen) gebruikt is om osteopaten over hun empathie te ondervragen. Dat wil ik dan met reeds doorgevoerde onderzoeken en eigen observaties vergelijken.

Met deze link gaat u naar de online enquête (5-10 min):

<https://www.thesistoolspro.com/survey/tpw4q5aaa271c98c9d>

Het zou me zeer helpen als u de online enquête zou kunnen invullen.

De gegevens worden volstrekt anoniem behandeld.

met vriendelijke collegiale groet

Jule Adam

<https://www.thesistoolspro.com/survey/tpw4q5aaa271c98c9d>

Online: 22-03-2018 tot 11-04-2018

beste bezoeker, welkom bij deze vragenlijst. U bent uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek over empathie in de osteopathie. Uw medewerking is erg belangrijk voor mij, uw deelname helpt in het bereiken van mijn diploma. De verzamelde gegevens worden anoniem geanalyseerd. Bovendien is uw deelname volledig vrijwillig. Wanneer u nog vragen, opmerkingen of moeilijkheden hebt, kunt u contact opnemen met mij, Jule Adam, via juliane.adam@gmx.de. Het invullen van de vragenlijst duurt 5 - 10 minuten.

1. Hieronder staan een aantal stellingen.

		Instemming						
		helemaal niet mee eens			helemaal mee eens			
		1	2	3	4	5	6	7
Het resultaat van een behandeling wordt niet beïnvloed door het feit dat een osteopaat de gevoelens van de patiënt en zijn/haar familie begrijpt.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patiënten voelen zich beter als hun osteopaat hun gevoelens begrijpt.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het is moeilijk voor een osteopaat om de dingen vanuit het perspectief van de patiënt te bekijken.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het begrijpen van lichaamstaal is in de osteopaat-patiënt-relatie even belangrijk als verbale communicatie.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een goed gevoel voor humor bij de osteopaat draagt bij tot een beter behandelresultaat.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Hieronder staan een aantal stellingen.

Instemming	
helemaal niet mee eens	helemaal mee eens
	1 2 3 4 5 6 7
Omdat mensen verschillend zijn is het moeilijk om de dingen vanuit het perspectief van de patiënt te bekijken.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Aandacht voor de emoties van de patiënt is niet belangrijk tijdens de osteopatische anamnese.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Aandacht hebben voor de persoonlijke ervaringen van de patiënt beïnvloedt het resultaat van de behandeling niet.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Osteopaten zouden moeten proberen om tijdens de behandeling in de schoenen van hun patiënten te staan.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Patiënten stellen het op prijs als een osteopaat hun gevoelens begrijpt, wat op zich therapeutisch is.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

3. Hieronder volgen een aantal stellingen.

Instemming	
helemaal niet mee eens	helemaal mee eens
	1 2 3 4 5 6 7
Ziekten/klachten van patiënten kunnen enkel door gerichte behandeling genezen/verminderd worden; emotionele banden tussen osteopaat en patiënt hebben dan ook geen betekenisvolle invloed op het resultaat van de behandeling.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Vragen aan patiënten wat er zich in hun privéleven afspeelt helpt niet om hun lichamelijke klachten te begrijpen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Osteopaten zouden moeten proberen te begrijpen wat er zich afspeelt in het hoofd van hun patiënten door te letten op non-verbale signalen en lichaamstaal.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ik geloof dat emotie geen plaats heeft in de behandeling van medische ziekte/klachten.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Empathie is een therapeutische vaardigheid zonder welke het succes van een osteopaat beperkt is.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

4. Hieronder staan een aantal stellingen.

		Instemming						
		helemaal niet mee eens			helemaal mee eens			
		1	2	3	4	5	6	7
<p>In de osteopaat-patiënt-relatie is het begrijpen van de emotionele toestand van zowel de patiënt als zijn/haar familieleden een belangrijke component.</p> <p>Om betere zorg te kunnen verstrekken zouden osteopaten zich in de gedachte wereld van hun patiënten moeten proberen te verplaatsen.</p> <p>Osteopaten zouden zichzelf niet mogen toelaten zich te laten beïnvloeden door de sterke persoonlijke band tussen patiënten en hun familieleden.</p> <p>Ik hou niet van niet-medische/osteopatische literatuur of kunst of muziek.</p> <p>Ik geloof dat empathie een belangrijke therapeutische factor is in de behandeling van de patiënt.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Dutch translation by Juliane Adam, College Sutherland Amsterdam.
 © Thomas Jefferson University, 2001 All rights reserved

5. Hoe definieert u empathie in uw werk als osteopaat?

tekens: 240

6. Gebruikt u bewust empathie tijdens uw behandelingen en zo ja: hoe doet u dat?

7. Hier komen de afsluitende vragen:

Wat is uw leeftijd?

Wat is uw geslacht?

Hoe veel jaar werkt u al als osteopaat (met of zonder D.O.)?

Hoe veel jaar geleden bent u als D.O. afgestudeerd?

Wat is uw hoogst genoten afgesloten opleiding?

8. Hier heeft u de mogelijkheid om opmerkingen te plaatsen.

Bedankt voor het invullen!

13.4 Antwoorden op de open vragen

13.4.1 Antwoorden op open vraag 1 (vrije tekst)

	Hoe definieert u empathie in uw werk als osteopaat?
1	Begrip en respect voor de patiënt en zijn of haar hulpvraag.
2	aanvoelen, meevoelen wat er in de patient omgaat zowel fysiek, emotioneel, psychisch als energetisch.
3	Letten op wat/ hoe iemand (non)verbaal communiceert. Tussen de regels door luisteren. Terugkoppelen wat ik zie en hoor of dat correct is. Begrip tonen voor de situatie van de patiënt, maar ook kijken met de patiënt wat daar aan te doen is.
4	Het inleven in een patient en de manier waarop zij met haar klachten omgaat. Het gevoel geven de patient te hebben gehoord
5	X
6	invoelen en inleven in de situatie van de patient, rekening houden met het feit dat negatieve emoties / problemen invloed hebben op het herstellend vermogen.
7	Oprecht luisteren en kijken naar de patient in het gesprek.
8	Het herkennen en erkennen van emotie/toestand en accepteren dat het er mag zijn, zonder daar enige waarde aan vast te plakken.
9	.Inlevend vermogen naar de patient toe om "een" van de vele lagen van de persoon in kader te brengen. Belangrijk maar niet leidend
10	Het vermogen om me in te kunnen leven in de beleveniswereld van de patiënt
11	inleving in patiënt; begrip voor gevolgen van klachten voor patiënt in doen en laten; ook emotionele gevolgen van een klacht
12	Begrip, begrijpen, begeleiden, leiden.
13	Goed luisteren naar de patient. Invoelen. Oprecht geïnteresseerd en gemotiveerd zijn om de patient te willen helpen.
14	inlevingsvermogen, invoelingsvermogen
15	oprecht en open luisteren naar het verhaal van je patiënt

16	Empathie is belangrijk voor een goede cliënt -therapeutrelatie en dus voor een zo groot mogelijk effect van de behandeling.
17	Luisteren, meedenken, respect, uitleg een oplossing voor het probleem zoeken
18	Inlevingsvermogen naar patiënt
19	x
20	als osteopaat is het belangrijk om te kunnen invoelen in welke emotionele toestand de patiënt is om de effectiviteit van de behandeling te verbeteren. belangrijk is om zich niet laten meeslepen in de emotie van de patiënt
21	Begrip op kunnen brengen voor de situatie van de patient, meeleven en steun bieden waar nodig en gewenst, het kunnen spiegelen van de non-verbale communicatie van de patient.
22	Het vermogen om gevoelens van de client in te leven en voor te stellen en min of meer zo in verbinding te komen met de client
23	Luisteren evt doorvragen en evt meeleven adviezen geven
24	gevoelens erkennen
25	Meeleven/denken met een patient,
26	mee lopen naast de pt/mee voelen met de pt zonder er een band mee op te bouwen. Zeker niet verplaatsen 'in' de patient of 'in' diens schoenen staan.
27	Openstaan voor de verbale en non-verbale signalen van een patient.
28	Inleving en ervaring is belangrijk
29	invoelen, aandacht en rekenschap houden met de gevoelens van de patiënt en begrip tonen voor deze gevoelens
30	middel tot geruststelling, vertrouwen wekken, ontspanning creëren, en zodoende van ondersteunend belang in een behandeling.
31	je inleven in de gevoelens van de patient
32	Behandelen, uitleggen, adviseren op een manier die de patient begrijpt en kan uitvoeren binnen al zijn mogelijkheden
33	Het je kunnen verplaatsen in de client en het afstemmen op de patiënt. Inlevingsvermogen hebben, maar ook kunnen begrenzen.

34	Medeleven tonen, interesse tonen
35	Luisteren verbaal en non verbaal
36	Zo dicht als mij mogelijk is bij de patient gaan staan en voelen wat er leeft in hem/haar en daar zo respectvol en adequaat mee omgaan.
37	invoelend vermogen tav de klacht en de wijze van omgaan hiermee door een patient
38	Een basis voor "behandel"vertrouwen
39	Begrip en inlevingsvermogen in de klacht / leefomstandigheden van de patiënt
40	Begrip voor de situatie en emotionele belasting van de patient en het fysiek kunnen voelen wat voor effect het heeft op het lijf van diegene. Niet et zich gaan verplaatsen in de patient. Als osteopaat moet je daarin neutraal kunnen blijve
41	een open mind en een oprechte belangstelling voor de patiënt ,waarbij de OP zichzelf ook bloot kan geven is belangrijk voor een goede band en voor een betere communicatie en dus ook voor een beter behandel resultaat
42	invoelen vermogen
43	Luisteren naar de patiënt. Begrijpen wat er speelt. Inschatten of er een psychische belasting is die de osteopatische behandeling in weg staat. Doorverwijzen waar nodig. Emoties kunnen spanningsvelden zijn in het lichaam deze zijn behandelb
44	subjectieve ervaringen/bevindingen van een patient serieus nemen, aanhoren en beamen
45	Goed luisteren naar de patient en naar je eigen intuïtie
46	empathie is een belangrijk therapeutisch instrument om contact met de patient te verdiepen, dit helpt om een beter beeld te krijgen van het systeem en haar context, in de juiste dimensie geplaatst is dit van belang voor het begrip vorm !
47	Het vermogen om je in te leven in de situatie en gevoelens van degene tegenover je
48	Empathie is belangrijk om de patiënt beter te begrijpen. Veel klachten zullen deels ook een psychologische oorzaak hebben. als hier geen aandacht voor is laat je als osteopaat een groot deel liggen.
49	Interesse tonen in de patiënten zodat ze zich behandeld voelen als mens en niet als de volgende in de rij. Kunnen inleven in de pijn (zowel lichamelijk als geestelijk) van een patiënt.

50	
51	Belangrijk en een grote kracht van mij als osteopaat
52	in het lichaam/weefsel zijn vaak ook emoties opgeslagen, daar bewust van zijn tijdens het behandelen. het goed luisteren naar de patient zodat die zich gehoord voelt. ruimte maken voor eventuele emoties en hun functionaliteit.
53	Osteopathie is voelen en dan niet alleen met de handen. Empathie is heel fysiek (spiegelneuronen) en een geëvolueerd instrument wat een zeer belangrijke rol speelt in de osteopatische praktijk. Osteopaten voelen met hun hele lijf!
54	Het kunnen zien, voelen, begrijpen van de patiënt zijn/haar situatie-gevoelens-omgeving zonder tegenoverdracht. Dat betekent zonder dat het de gevoelens van de therapeut in die mate beïnvloedt dat het de behandeling verstoort.
55	je inleven in de gevoelens van je patient.
56	meeleven met de patient op lichamelijke en emotionele vlak
57	Invoelend vermogen, begrip voor de patient als MENS. Zonder jezelf je helemaal “in de patient te verplaatsen”, wel een integer en objectief begrip kunnen opbrengen voor het fysieke en emotionele welzijn van de “client”.
58	In ieder geval proberen als je merkt dat de patiënt jou deelgenoot wil maken van bepaalde problematiek een luisterend oor geven. Wat vaak vergeten wordt, we zijn niet opgeleid tot psychotherapeut!
59	Meeleven met de mens, maar niet meelijden.
60	het vermogen je als therapeut te verplaatsen in de gedachtenwereld en /of gevoelswereld van de patiënt, maar met een professionele houding. Zonder dat dit afstand creëert tussen patiënt en behandelaar. Niet mee lijden maar compassie tonen.
61	begrijpen welke emoties de pt doormaakt en daar aandacht voor hebben
62	je inleven wat de klachten betekenen voor de patiënt, als therapeut er naar kijken wat hun eigen aandeel hierin kan zijn op alle vlakken lichamenlijk en geestelijk. En wat het aandeel van de osteopaat kan zijn met als intake een lichamenlijk
63	empathie is mijns inziens een belangrijk onderdeel in de behandeling van patienten

64	Het is volgens mij belangrijk om het vertrouwen van de patient te hebben. Zonder oordelen luisteren en zeker niet de psycholoog uithangen. De patient moet zich gehoord voelen en merken dat je aandacht hebt.
65	meevoelen met de patient
66	Medeleven tonen, maar wel op gepaste afstand zodat de patient-therapeut relatie behouden blijft.
67	Het vermogen om het emotionele/ gevoelsleven en/ of situatie van de patient in te leven en/ of in te schatten.
68	Proberen in te leven en mee te leven. Begrijpen wat er speelt
69	Empathie is van belang voor het opbouwen van een goede therapeut-patiënt relatie. En maakt dat mensen ook andere lagen kunnen voelen die gelinkt zijn aan hun pijnklacht.
70	Naast de patient gaan staan in de zoektocht naar herstel
71	Ik definieer dat niet.
72	Ik denk dat het belangrijk is dat de patient zich op zijn gemak voelt en gehoord voelt. Uit onderzoek is ook gebleken dat dit therapeutisch werkt en dus ook een belangrijk onderdeel is van de behandeling.
73	Luisteren en tijd nemen om het verhaal te horen van de persoon die tegenover je zit. Niet invullen, maar doorvragen.
74	Empathie is een van de pijlers die nodig is om als osteopaat te kunnen werken!
75	Empathie is het vermogen om in te leven in het gevoelsleven van de patiënt
76	N
77	Zonder medemenselijkheid geen behandeling
78	De pt het gevoel geven dat het volledig oke is te zijn wie hij/zij is. Alle emoties, gevoelens, gedachten zijn even welkom. De pt erkennen als totaal mens.
79	Mijn werk is zowel somatische als emotioneel. Het één kan niet zonder het ander
80	Het begrijpen van de situatie waarin de patiënt zich verkeerd. Om te begrijpen wat de klachten hebben doen ontstaan of wat de mentale gevolgen hiervan zijn
81	X

82	
83	Zowel in mijn anamnese, onderzoek als behandeling speelt het aanvoelen van wat de patient voelt een belangrijke rol. Aanvoelen wanneer je door moet gaan of stoppen is van belang.
84	Intunen op de patiënt als betrachter. Dus met gepaste afstand.
85	Je kunnen verplaatsen in gevoelens pt
86	Een belangrijk onderdeel van de behandeling
87	Het kunnen invoelen en inleven in de lichamelijke, geestelijke en/of emotionele problematiek van de patiënt waardoor hij of zij zich gezien en begrepen voelt.
88	Inleven in het gevoelsleven van de patient
89	empathie is een essentieel en is een waardevolle competentie van een osteopaat of van welke gezondheidswerker dan ook.
90	Als therapeut de patient kunnen invoelen, wat de oorsprong is van hun klachten en in sommige gevallen je kunnen verplaatsen in het gevoelsleven van de patiënt
91	met liefde/begrip naar een patient kijken en daarom beter kunnen zien waarom die moeite heeft om zijn/haar gezondheid op peil te houden. Daarmee heb je ook meer gereedschap in handen om de juiste interventies te doen of voor te stellen aan
92	Een verbinding kunnen leggen met de emotionele sensaties en gedachten van de patient en zodoende mee te voelen in zijn of haar gevoelens en gedachten.
93	Mee voelen
94	Betrokkenheid en begrip voor een patiënt en zijn / haar klacht
95	Invoeling zonder welk geen respectvolle behandeling kan plaatsvinden.
96	Verplaatsen in beleving van een ander helpt me contact te maken en aandacht te geven aan zijn situatie.
97	Als het vermogen om zich te verplaatsen in de gevoelens en gedachtes van een patiënt, waarin toegevoegd kan worden te begrijpen hoe klachten iemand sociaal en emotioneel belasten
98	Soms is alleen het gevoel gehoord te worden al ondersteunend voor een patiënt, het feit dat iemand hun verhaal serieus neemt. Duidelijk maken dat hun emotionele toestand of stressituatie

	van invloed kan zijn op het functioneren/ herstel.
99	Ik denk dat empathie het meest fundamentele bestanddeel is en hoort te zijn in de relatie zonder dat die gespeeld is. Het moet wel recht uit het hart komen want een gespeelde empathie werkt afstotelijk. Goed luisteren is heel belangrijk.
100	Empathie is het vermogen om me in te leven in de patiënt.
101	z
102	Inlevingsvermogen in de leefwereld en levensstijl van de client

13.4.2 Antwoorden op open vraag 2 (vrije tekst)

	Gebruikt_u_bewust_empathie_tijdens_uw_behandelingen_en_zo_ja:_hoe_doet_u_dat?
1	Niet bewust
2	gaat gelukkig vanzelf
3	Ja, door terug te koppelen wat ik hoor en zie. En zie vorig antwoord.
4	Ja, benoeming van gevoelens die een patient uit en gesprek daarover
5	X
6	door zowel mens als osteopaat te zijn ten alle tijden
7	Mijn behandeling wordt individueel afgesteld, wat op zich al empathisch voelen is. Verder luister ik oprecht wat een patient me vertelt en vraag hier soms naar terug tijdens een vervolgconsult
8	Echt luisteren, kijken, vragen stellen, stiltes laten, bevestiging van wat er is en mag zijn.
9	nee, niet bewust. het is er altijd.
10	Ja, zo voelt de patiënt zich gehoord. Terugkoppelen naar de patiënt dat ik hoor wat hij/zij zegt.
11	nee
12	Belangstelling, luisteren, feedback, raad & daad

13	Als de relatie goed is hoeft u niet bewust empathisch te zijn. Gaat dan vanzelf. Ondanks dat ik wel op non-verbale en verbale signalen. Empathie komt m.i. grotendeels van binnenuit te komen en niet door het toepassen van .
14	Inleving, invoeling in elke interactie tussen mensen gebruik ik dat, dus ook in mijn behandelingen.
15	Ja, door te proberen zonder oordeel naar het verhaal van mijn patiënten te luisteren
16	Empathie is een sociale vaardigheid, die elke hulpverlener dient te beheersen. Dan gaat t tijdens een behandeling vanzelf.
17	Ja
18	Als je met mensen werkt hoort empathie daar onlosmakelijk bij
19	
20	Ik denk dat dit niet helemaal bewust is. Ik ben gefocust en heb aandacht.
21	Niet bewust, maar dit gebeurt intuïtief,
22	Ja en ik spiegel dit en communiceer dit toetsend om zo goed mogelijk te verbinden
23	Zie voorgaande antwoord
24	ja. door open vragen te stellen Als bepaalde gevoelens aan het licht worden in combinatie met fysieke releases kan de release versterkt worden of definitief zijn
25	Nee, dat gaat vanzelf,
26	Hangt af van de pt...en situatie waar die zich in bevind.
27	ja, ik probeer met name de non-verbale signalen van een patient te lezen en daarover gericht vragen te stellen om tot de kern van het probleem van mijn patient te komen.
28	Door je houding en taal aan te passen
29	zie 5
30	ja, actief luisteren, registeren non-verbale signalen, doorvragen naar prive indien vermoeden bestaat dat dit onderliggend dusdanig spanning geeft bij de patient dat het de behandel-effecten in de weg zou kunnen zitten.
31	door anamnese

32	Vragen naar omstandigheden, copingstrategieën, etc
33	Ik denk het zeker wel, maar dat is iets wat ik van nature doe/ heb. Wellicht is dat de reden waarom iemand therapeut wordt?
34	Ja, dit lijkt mij ook sociaal wenselijk en ik denk dat mensen daardoor een beter gevoel bij een therapeut hebben. Medeleven tonen, interesse tonen
35	Afhankelijk van klacht, oorzaak en behandelstrategie.
36	ik probeer me altijd af te stemmen op de patient vanuit mijn "kern" en vandaaruit te "voelen" wat voor de ander nodig is.
37	neen, dat gaat vanzelf
38	Daar waar zinvol. In woord, gevoel en uiting (ver/non verbaal)
39	Basis elementaire sociale vaardigheden: spiegelen / reflecteren / open vragen stellen
40	Dat gaat vanzelf , verbaal en non verbaal
41	ik tracht mij gevoelig en open op te stellen zonder met de patiënt mee te gaan zitten huilen
42	Bewust gebruik bij gesloten patienten mbv gebruik van gesprekstechnieken.
43	zonder innerlijke rust bij mij als osteopaat, kun je niet goed luisteren.
44	ja, zie vorig antwoord
45	Uiteraard! Iedere patient is even belangrijk en verdient op alle vlakken volledige aandacht
46	ja, al was het enkel als een elementaire sociale vaardigheid tijdens de anamnese, open vragen stellen, sturend doorvragen, knikken en hummen, samenvatten en reflecteren, laten merken dat je pt begrijpt etc
47	Min of meer: er worden veel persoonlijke dingen uitgevraagd, zeker als tijdens de anamnese het vermoeden rijst dat er emotionele of relationele problematiek speelt. Als er ruimte is om door te vragen deins ik daar niet voor terug.
48	Ja. Luisteren, begrijpen, vragen stellen,
49	Ik vraag naar werk/school, hobby's/sporten. Tijdens de behandeling kom ik daar vaak op terug. Zo heb ik het ook vaak over kinderen en vakanties. Ik vertel ook wat over mijzelf als mensen dit vragen, wat zorgt voor wederzijdse interesse.

50	
51	Onbewust gaat vanzelf en daarom ook succes bij mensen
52	ik probeer goed naar de patient te luisteren (verbaal/nonverbaal) en ook naar haar lichaam met het bewustzijn dat deze niet gescheiden staat van de emotionele kant. mijn eigen emoties omhelzen zodat ik vrijer naar de patient kan kijken
53	Door de gevoelens die ik oppak tijdens de behandeling te reflecteren naar de patiënt en deze vervolgens de gelegenheid te bieden dit gevoel daadwerkelijk toe te staan en zondig te ontladen.
54	Invoelen bij patiënt in hun situatie. Begrijpen van reacties op omgeving. Plaatsten van waar een patiënt 'uithangt' emotioneel. Karakterstructuur plaatsten.
55	niet bewust gaat vanzelf. als je je inleeft in de patient voelt hij / zij zich eerder op zijn gemak. Wat een positieve invloed heeft op het neurovegetatief systeem van de patient
56	met verbale en non-verbale communicatie. Laten horen en zien wat er speelt en wat je denkt
57	JA! om de doodeenvoudige reden dat ik als mens zo ben.. het is nl. geen "trucje"... mensen / patienten voelen wel of je "een rol" speelt of wanneer je eigen attitude integer is.
58	Laten merken dat ik open sta om te luisteren
59	Meeleven met de mens, maar niet meelijden.
60	Niet geheel bewust, ik weet dat het een positieve bijdrage kan leveren. Ik heb ook oprecht interesse en ben nieuwsgierig naar de mens achter de klacht. Het maken van contact speelt hierbij voor mij een belangrijke rol.
61	nee, ik gebruik empathie niet als onderdeel van een behandeling. Het is hoe ik ben als therapeut
62	ja , ervaring, karakter.
63	nee, gaat automatisch dat zit in mijn karakter
64	in mijn geval en meestal is dat zo denk ik, gaat dat volledig natuurlijk. Op het moment dat ik aan het werk ben, ben ik met mijn volle aandacht bij de patient en mijn onderzoek/ behandeling.
65	ja ik luister goed

66	Ik vraag bijvoorbeeld geregeld naar de thuissituatie als ik daar aanleiding toe voel tijdens een gesprek. Dit betrek ik ook in mijn behandeling.
67	Door goed te luisteren en goed in te leven
68	Ja, door wanneer mogelijk in te gaan op bv persoonlijke situaties
69	Ja, door mensen te vragen naar hun ervaringen/gevoelens/belevingen van hun pijnklachten en de behandeling.
70	Ja, probeer dmv begrip vd situatie de klacht te doorgronden.
71	Ja en nee. Luisteren. Spiegelen etc
72	Niet heel bewust, maar ik vind wel dat dit ook een belangrijk onderdeel is van de behandeling. Door naar de patient te luisteren en begrip te tonen.
73	Positief te benaderen en door te vertellen wat ik zie in de non verbale communicatie en te vragen of dat klopt.
74	Door te laten voelen met technieken wat de klacht en emotionele, psyche er mee doet!
75	Alle goede behandelaars hebben op zijn minst voldoende empathie, dat maakt bewust en onbewust onderdeel uit van de behandeling
76	N
77	Het hoort bij de behandeling. Mens- mens relatie
78	Luisteren, niet oordelen.
79	Zie vorige antwoord
80	Ja, door doortevragen over sommige dingen en soms door iets van je zelf te vertellen waardoor iemand zich beter begrepen voelt
81	X
82	
83	Ja. Het is ten aller tijde de bedoeling om volledig bij jezelf te blijven en niet verplaatsen in de gedachten of gevoelens van de patient. Alert zijn op de veranderingen van de patient en hier op aanpassen.

84	Ja. Proberen aan te voelen wanneer onderliggende zaken benoemd kunnen worden. En uitsluitend als dit het resultaat van de behandeling dient.
85	Niet bewust. Wel onbewust
86	Neen, niet bewust tijdens een behandeling. Je bent betrokken of niet
87	Ja door me af te stemmen op iemands fysieke, geestelijke en emotionele toestand en daarover vragen te stellen of met iemand in gesprek te gaan.
88	refereren aan eigen ervaringen
89	nee
90	Ja door dingen te benoemen, spiegelen en te reflecteren. Door te vragen op specifieke punten.
91	luisteren, meedenken, vragen wat patient zelf denkt te kunnen doen, en vooral ook hoe reageert het lijf als er bv emoties los komen
92	Meer onbewust bekwaam. Soms is het moeilijk mee te voelen bij ervaringen die je zelf als mens niet kent en dan probeer ik mijzelf ertoe te dwingen een poging te doen mee te voelen.
93	Luisteren met handen en oren, zelfs ogen
94	Ja, de oorzaak zit hem af en toe in het psychisch component. Dan is het belangrijk om te weten of je deze patiënt naar een specialist hierin door moet sturen.
95	Niet alleen bewust.
96	Ja. In het contact let ik op verbale en non-verbale signalen, stel vragen om te verduidelijken, spiegel gedrag en taalgebruik. Plaats me ernaast als mede-lijder.
97	uiteraard, door gerust te stellen en veel uitleg te geven
98	zie vorige vraag, voornamelijk belangrijk om mensen te laten blijken dat je hun verhaal serieus neemt. Daarnaast proberen om mensen aan te zetten iets te doen aan bepaalde stresssituaties om hun herstel te bevorderen
99	
100	Ja. Om een patient te begrijpen bevraag ik de patient uitgebreid, geef dingen soms terug en vraag of ik dingen goed begrijp. Vooral veel vragen stellen.

101	Ja, het is, denk ik, een natuurlijk “gebeuren”; om je als behandelaar / osteopaat empatisch op te stellen
102	Soms door navraag te doen bij de client

13.4.3 De opmerkingen (vrije tekst)

De velden waar geen tekst ingevoerd was werden door de auteur verwijderd.

Hier heeft u de mogelijkheid om opmerkingen te plaatsen.	
Sommige stellingen vond ik nogal, hoe zal ik het zeggen, “alsof elke osteopaat zo doet/ of zou moeten zijn”;. Dus kon ik niet altijd duidelijk stelling nemen. Mooi als iemand mag kiezen om te doen en te zijn in zijn werk wat hij graag doet.	
Sommige enquêtevragen zijn min of meer dubbel gesteld en er waren ook een paar vragen bij die verkeerd beantwoord kunnen worden omdat bv twee keer nee in de vraag voorkomt. Succes met het afstuderen	
Succes	
Dubbele ontkenning in vragen is verwarrend en onnodig.. succes verder ?	
Osteopathische kunst???	
De vraag moet zijn HOE. niet wat of waar of waarom.	
stel je voor voordat je een vragenlijst aanbiedt	
?Niet? in een stelling verwart in het beantwoorden van de vragen	
Sommige klachten en bewegingsbeperkingen zijn lokaal, niet chronisch etc en met een simpele techniek te verhelpen. Net of zonder empathie	
Interessant onderwerp.	
Juist door je empathie kun je mi samen met de patient gaan ontdekken wat voor invloeden er bestaan (op klachten)	
Lastige vragen met dubbele ontkenning. Verder interessant om hier eens bewust over na te denken!	
Vraag over muziek?!? Veel dubbele vragen en teveel in 1 aspect onderzoeksresultaten willen behalen ,	

meer vragen over andere aspecten buiten empathie die een osteopaat goed maken zijn noodzakelijk
bij de stellingen ben ik vaak oneens met een verwoording waardoor ik het midden aankruis. moeten proberen te begrijpen...ik denk dat kan vaak helpen maar het moet niet en liever goed luisteren dan willen begrijpen. succes!
Wat een geweldig onderwerp! Het krijgt veel te weinig aandacht.
ik begrijp de vraag over osteopathie en muziek niet
Geen.
geen
Succes!
Dank
Vraagstelling bij de stellingen! Veel dubbele ontkenningen, 1 vraag dubbel gesteld, vragen die veel op elkaar lijken. Kan simpeler.
Meerdere vragen zijn ontkennend gesteld. Dit is erg verwarrend. Sommige stellingen zijn ook geen makkelijk lezende zinnen
Bij de meerkeuze vragen kreeg ik het idee dat sommige vragen uit twee vragen bestonden. Dat maakte het antwoorden moeilijk. Verder wens ik je heel veel sterkte toe met het af studeren.
Er waren twee vragen die onduidelijk gedefinieerd waren. Hier heb ik neutraal op geantwoord, omdat de vraag niet blanco gelaten kon worden.
Wens u veel succes toe bij het afstuderen.
M.i. Heeft de osteopaat bij de huidige opleiding te weinig kennis opgedaan van psychopathologie en emotionele theorieën om met het gevoelsleven van de patient te kunnen werken. Zie ook het uit te komen magazine
m.i. een zeer belangrijk onderwerp!!
Ik kon de 1e vraag over empathie niet afmaken; het lukte niet meer om door te gaan; er kwamen geen letters meer op het scherm

Verder is er een vraag in het midden van de enquête die verwarrend is; het is

Succes met het afstuderen!

Heling kan plaatsvinden in het contact met mezelf en de ander.

Ziekte/ongemak zijn deel van een proces, als osteopaat ondersteun je dit proces en om dit te doen is het nodig om meerdere factoren die bijdragen aan dit proces te weten. De functie van de disfunctie zien.

Therapist Empathy Scale²³

1. CONCERN: *How much did the clinician demonstrate concern for the client?*

A clinician conveys concern by showing a regard for and interest in the client. The clinician seems engaged and involved with the client and attentive to what the client has said. The clinician's voice has a soft resonance that supports and enhances the clinician's concerned expressions.

<u>Rating</u>	<u>Definition</u>
1	<i>Not at all</i>
2	<i>A Little.</i> In only one or two instances the clinician demonstrated concern for the client. These instances were weak or momentary.
3	<i>Infrequently.</i> The clinician occasionally demonstrated concern for the client. Most instances were weak and momentary.
4	<i>Somewhat.</i> The clinician demonstrated concern for the client several times during the session. In at least one of these instances, the clinician's demonstration of concern was clearly evident and sustained.
5	<i>Quite a Bit.</i> The session was split evenly between the clinician's consistent demonstration of concern and the absence of these occurrences.
6	<i>Considerably.</i> Most of the session was marked by the clinician's demonstration of concern for the client. On only a few occasions the clinician failed to demonstrate concern adequately.
7	<i>Extensively.</i> The clinician demonstrated concern for the client throughout the session. In almost all instances, the clinician's concern was clearly evident and sustained.

²³ De TES-beoordelingshandleiding is een ongepubliceerd document wat door navragen bij de auteurs (Decker et al, 2014) verkregen is.

2. EXPRESSIVENESS: *How much did the clinician demonstrate expressiveness in his or her voice?*

A clinician's voice demonstrates expressiveness when the clinician speaks with energy and varies the pitch of his or her voice to accommodate the mood or disposition of the client.

<u>Rating</u>	<u>Definition</u>
1	<i>Not at all</i>
2	<i>A Little.</i> In only one or two instances the clinician demonstrated expressiveness in his or her voice. These instances were mild or momentary.
3	<i>Infrequently.</i> The clinician occasionally demonstrated expressiveness vocally. Most instances were mild and momentary.
4	<i>Somewhat.</i> The clinician demonstrated expressiveness several times during the session. In at least one of these instances, the clinician's vocal expressiveness was clearly evident and sustained.
5	<i>Quite a Bit.</i> The session was split evenly between the clinician's consistent demonstration of expressiveness and the absence of these occurrences.
6	<i>Considerably.</i> Most of the session was marked by the clinician's demonstration of expressiveness. On only a few occasions the clinician failed to demonstrate expressiveness adequately.
7	<i>Extensively.</i> The clinician demonstrated expressiveness in his or her voice throughout the session. In almost all instances, the clinician's expressiveness was clearly evident and sustained.

3. RESONATE CLIENT FEELINGS: *How much did the clinician's vocal tone or response resonate with or capture the intensity of the client's feelings?*

A clinician resonates with or captures the intensity of the client's feelings when he or she speaks with a tone and emphasis that matches the client's emotional state or that pitches words or phrases in a manner that underscores how a client feels.

<u>Rating</u>	<u>Definition</u>
1	<i>Not at all</i>
2	<i>A Little.</i> In only one or two instances the clinician resonated with the intensity of the client's feelings. These instances were relatively weak or momentary.
3	<i>Infrequently.</i> The clinician occasionally resonated with the intensity of the client's feelings. Most instances were weak and momentary.
4	<i>Somewhat.</i> The clinician resonated with the intensity of the client's feelings several times during the session. In at least one of these instances, the clinician's demonstration of emotional resonance was clearly evident and sustained.
5	<i>Quite a Bit.</i> The session was split evenly between the clinician's consistent resonance of with the client's feelings and the absence of these occurrences.
6	<i>Considerably.</i> Most of the session was marked by the clinician's resonance with the intensity of the client's feelings. On only a few occasions the clinician failed to demonstrate emotional resonance adequately.
7	<i>Extensively.</i> The clinician resonated with the intensity of the client's feelings throughout the session. In almost all instances, the clinician's efforts to resonate with the client's feelings concern were clearly evident and sustained.

4. **WARMTH:** *How much did the clinician convey warmth?*

A clinician demonstrates warmth by speaking in a friendly, cordial, and sincere manner. The clinician is involved with and supportive of the client's efforts to express him- or herself. In some way, the clinician seems kindly disposed toward or fond of the client.

<u>Rating</u>	<u>Definition</u>
1	<i>Not at all</i>
2	<i>A Little.</i> In only one or two instances the clinician conveyed warmth for the client. These instances were mild or momentary.
3	<i>Infrequently.</i> The clinician occasionally conveyed warmth for the client. Most instances were mild and momentary.
4	<i>Somewhat.</i> The clinician demonstrated warmth for the client several times during the session. In at least one of these instances, the clinician's warmth was clearly evident and sustained.
5	<i>Quite a Bit.</i> The session was split evenly between the clinician's consistent demonstration of warmth and the absence of these occurrences.
6	<i>Considerably.</i> Most of the session was marked by the clinician's demonstration of warmth for the client. On only a few occasions the clinician failed to demonstrate warmth adequately.
7	<i>Extensively.</i> The clinician was warmly disposed toward the client throughout the session. In almost all instances, the clinician's warmth was clearly evident and sustained.

5. ATTUNED: *How much is the clinician attuned to the client's inner world moment by moment in the session?*

A client's inner world is defined as the client's feelings, perceptions, memories, meanings, bodily sensations, and core values. A clinician is attuned to the client's inner world when he or she provides moment-to-moment verbal or nonverbal acknowledgment of the client's expressions. These acknowledgments suit, agree with, or support the mood and reflections of the client. The clinician is attentive to nuances of meaning and feeling conveyed in the client's statements beyond surface content and shows a genuine understanding of the client's inner world.

<u>Rating</u>	<u>Definition</u>
1	<i>Not at all</i>
2	<i>A Little.</i> In only one or two instances the clinician was attuned to the client's inner world. These instances were relatively weak or momentary.
3	<i>Infrequently.</i> The clinician occasionally was attuned to the client. Most instances were weak and momentary.
4	<i>Somewhat.</i> The clinician was attuned to the client's inner world several times during the session. In at least one of these instances, the clinician's demonstration of being attuned was clearly evident and sustained.
5	<i>Quite a Bit.</i> The session was split evenly between the clinician's consistently being attuned to the client and the absence of these occurrences.
6	<i>Considerably.</i> Most of the session was marked by the clinician being attuned to the client's inner world. On only a few occasions the clinician failed to demonstrate being attuned.
7	<i>Extensively.</i> The clinician was attuned to the client throughout the session. In almost all instances, the clinician's demonstration of being attuned was clear and sustained.

6. UNDERSTANDING COGNITIVE FRAMEWORK: *How much did the clinician's responses convey an understanding of the client's cognitive framework and meanings?*

A clinician demonstrates an understanding of the client's cognitive framework and meanings when he or she clearly follows what the client has said and accurately reflects this understanding to the client. In short, the clinician and the client are on the same page. The clinician is careful to provide ample opportunities for the client to state his or her views in order to permit the fullest and most accurate understanding of the client. The interaction conveys that the clinician values knowing what the client means or intends by his or her statements without predetermination or judgment.

<u>Rating</u>	<u>Definition</u>
1	<i>Not at all</i>
2	<i>A Little.</i> In only one or two instances the clinician demonstrated understanding the client's cognitive framework. These instances were not precise.
3	<i>Infrequently.</i> The clinician occasionally demonstrated understanding the client's cognitive framework. Most instances were not precise.
4	<i>Somewhat.</i> The clinician demonstrated understanding the client's cognitive framework several times during the session. In at least one of these instances, the clinician's understanding was precise.
5	<i>Quite a Bit.</i> The session was split evenly between the clinician consistently understanding the client's cognitive framework and the absence of these occurrences.
6	<i>Considerably.</i> Most of the session was marked by the clinician's precise understanding of the client's cognitive framework. On only a few occasions the clinician failed to accurately understand the client's perspective.
7	<i>Extensively.</i> The clinician accurately understood the client's cognitive framework throughout the session. In almost all instances, the clinician's understanding of the client was precise.

7. UNDERSTANDING FEELINGS/INNER EXPERIENCE: *How much did the clinician's responses convey an understanding of the client's feelings and inner experience?*

A clinician conveys an understanding of a client's feelings and inner experience when he or she shows a sensitive appreciation and gentle caring for the client's emotional state. A clinician provides ample opportunities for the client to explore his or her emotional reactions. The clinician accurately reflects how the client feels by appropriately labeling feeling states with words (e.g., anger, sadness, frustration, etc.) or metaphors (e.g., "It's as if you are pent up and feel about to explode") to clarify and crystallize for the client what he or she is experiencing emotionally.

<u>Rating</u>	<u>Definition</u>
1	<i>Not at all</i>
2	<i>A Little.</i> In only one or two instances the clinician demonstrated understanding the client's feelings/inner experience. These instances were not precise.
3	<i>Infrequently.</i> The clinician occasionally demonstrated understanding the client's feelings/inner experience. Most instances were not precise.
4	<i>Somewhat.</i> The clinician demonstrated understanding the client's feelings/inner experience several times during the session. In at least one of these instances, the clinician's understanding was precise.
5	<i>Quite a Bit.</i> The session was split evenly between the clinician consistently understanding the client's feelings/inner experience and the absence of these occurrences.
6	<i>Considerably.</i> Most of the session was marked by the clinician's precise understanding of the client's feelings/inner experience. On only a few occasions the clinician failed to accurately understand the client's emotional state.
7	<i>Extensively.</i> The clinician accurately understood the client's feelings/inner experience throughout the session. In almost all instances, the clinician's understanding of the client was precise.

8. ACCEPTANCE: *How much is the clinician accepting of the client's feelings and inner experiences?*

A clinician shows acceptance of the client's feelings and inner experience when he or she validates the client's experience and reflects the client's feelings without judgment or a dismissive attitude. The clinician is unconditionally open to and respectful of how the client feels. The clinician's stance is one of genuineness and honesty instead of seemingly feigning concern or appearing inauthentic.

<u>Rating</u>	<u>Definition</u>
1	<i>Not at all</i>
2	<i>A Little.</i> In only one or two instances the clinician demonstrated acceptance of the client's feelings/inner experiences. These instances were mild or momentary.
3	<i>Infrequently.</i> The clinician occasionally demonstrated acceptance of the client's feelings/inner experiences. Most instances were mild and momentary.
4	<i>Somewhat.</i> The clinician demonstrated acceptance of the client's feelings/inner experiences several times during the session. In at least one of these instances, the clinician's demonstration of client acceptance was clearly evident and sustained.
5	<i>Quite a Bit.</i> The session was split evenly between the clinician's consistent demonstration of client acceptance and the absence of these occurrences.
6	<i>Considerably.</i> Most of the session was marked by the clinician's demonstration of acceptance of the client's feelings/inner experiences. On only a few occasions the clinician failed to demonstrate acceptance adequately.
7	<i>Extensively.</i> The clinician demonstrated acceptance of the client's feelings/inner experiences throughout the session. In almost all instances, the clinician's acceptance of the client was clearly evident and sustained.

9. RESPONSIVENESS: *How responsive is the clinician to the client?*

A clinician shows responsiveness to the client by adjusting his or her responses to the client's statements or nonverbal communications during the conversation. The clinician follows the client's lead in the conversation instead of trying to steer the discussion to the clinician's agenda or interests.

<u>Rating</u>	<u>Definition</u>
1	<i>Not at all</i>
2	<i>A Little.</i> In only one or two instances the clinician was responsive to the client. These instances were relatively weak or momentary.
3	<i>Infrequently.</i> The clinician occasionally demonstrated responsiveness to the client. Most instances were relatively weak and momentary.
4	<i>Somewhat.</i> The clinician was responsive to the client several times during the session. In at least one of these instances, the clinician's responsiveness was clearly evident and sustained.
5	<i>Quite a Bit.</i> The session was split evenly between the clinician's consistent demonstration of client responsiveness and the absence of these occurrences.
6	<i>Considerably.</i> Most of the session was marked by the clinician's demonstration of client responsiveness. On only a few occasions the clinician failed to be adequately responsive to the client.
7	<i>Extensively.</i> The clinician was responsive to the client throughout the session. In almost all instances, the clinician's responsiveness was clearly evident and sustained.

13.6 Resultaten observaties

	A Bezorgdheid	B Uitdrukking	C Weerspiegelen van de gevoelens	D Warmte	E Afgestemdheid op de binnenwereld	F Begrijpen van het cognitieve raamwerk	G Begrijpen van gevoelens en innerlijke ervaring	H Aanvaarding	I Reactiviteit	Therapeut- Empathie-Score (som A-I)	Geslacht	Leeftijd ²⁴	Opleidingsniveau	Werkzaam als osteopaat
1	6	6	5	7	5	7	5	6	7	54	vrouw	50+	HBO	9
2	7	7	5	5	6	6	5	7	7	55	man	<50	Uni	2
3	4	7	6	4	7	5	5	5	6	49	vrouw	<50	HBO	16
4	6	6	6	7	7	6	6	6	7	57	man	50+	HBO	18
5	5	5	4	5	5	6	4	4	4	42	vrouw	<50	HBO	7
6	4	5	5	4	4	5	5	4	5	41	man	50+	HBO	9
7	6	6	7	7	7	6	6	7	7	59	man	50+	HBO	14
8	6	6	7	7	6	5	5	6	6	54	vrouw	<50	HBO	11
9	5	5	5	4	4	6	6	4	5	44	man	<50	HBO	8
10	7	6	7	7	7	7	6	7	7	61	vrouw	50+	HBO	12
Empathie-Score totaal (mean), min 9/max 63:										51,6				

²⁴ Ter bewaring van de anonimiteit van de respondenten is de precieze leeftijd hier niet aangegeven.