

## Richtlijn voor het schrijven van een Case Report Complementaire Zorg

Een case report is een professioneel beschreven verhaal over een patiënt/cliënt probleem, de verpleegkundige interventies, de resultaten en het patiënt/cliënt perspectief. Het gaat hierbij om één zorgvrager met een zeldzaam probleem, zeldzame bijwerkingen of een bijzonder herstel. Case reports leveren interessante informatie uit de praktijk. Kwalitatief hoogwaardige en consistent beschreven case reports vormen de basis voor 'practice-based evidence' van complementaire interventies.

Vooraf:

- lees eerst de instructie en de hele richtlijn zorgvuldig door;
- zorg dat je zoveel mogelijk relevante gegevens beschikbaar hebt, maak gebruik van alle gegevens (dossier, ZLP, etc.);
- het gaat bij een case report om zo concreet mogelijke beschrijvingen;
- let ook op extra effecten, soms geeft complementaire zorg andere of aanvullende resultaten dan waar je het voor in hebt gezet;
- omdat er nog niet zoveel voorbeelden zijn van een case report complementaire zorg, kan het helpen om de case report samen met een collega te schrijven of een collega kritisch te laten meekijken.

Instructie bij schrijven van een case report:

1. Titel. De woorden 'case report' worden in de titel opgenomen. Daarnaast geef je aan wat deze gevalsbeschrijving belangrijk maakt. Dit kan een bijzonder probleem, bijzondere interventie en/of bijzonder resultaat zijn.
2. Samenvatting. Geef in ongeveer 200 woorden de volgende punten aan: (1) motivatie voor het schrijven van de case report; (2) zorgvraag van de patiënt/cliënt zoals de belangrijkste klachten, symptomen; (3) (zorg)interventies, ook preventieve en leefstijl interventies en resultaten; (4) belangrijkste lessen geleerd van deze casus.
3. Kernwoorden. Geef 2 tot 5 kernwoorden aan die de lezer zullen helpen om dit case report te vinden.
4. Introductie. Geef in het kort de achtergrond en de context van dit case report aan.
5. Zorgvraag. Beschrijf kenmerkende eigenschappen van de patiënt/cliënt, zoals demografische gegevens, beroep, relevante gewoontes, levensbeschouwing, sociale omgeving, de zorgvraag zoals door de zorgvrager verwoord en de eventueel in het verleden daaraan gerelateerde interventies/behandelingen.
6. Klinische bevindingen. Geef in het kort een overzicht van de medische, familiale en psychosociale geschiedenis van de zorgvrager en de invloed hiervan op het huidige functioneren.
7. Tijdslijn. Maak een tijdslijn waarin voor deze casus belangrijke data en tijden worden weergegeven, bijvoorbeeld in de vorm van een tabel, grafiek, of figuur.

8. Diagnostische focus en beoordeling. Beschrijf (1) hoe de medische diagnose gesteld is en wat de bevindingen zijn (lab uitslagen, beeldmateriaal, etc.), (2) Beschrijf hoe de energetische diagnoses/problemen gesteld zijn (klinisch redeneren, score bij energetische beoordeling/meetinstrumenten, verbale en non-verbale patiënt/cliënt uitingen, etc.).
9. Energetische geneeskundige focus en beoordeling. Geef aan welke specifieke energetische interventie is toegepast. Bijvoorbeeld: *Reiki, Healing Touch, Therapeutic Touch, Qi gong...* Beschrijf hoe de interventie is uitgevoerd (hoeveel, hoe vaak, wanneer, door welke zorgprofessional), geef relevante bevorderende of verstorende (omgevings)factoren tijdens het uitvoeren van de interventie aan.  
Je kunt hier ook iets vermelden over de kwaliteit van je eigen aandacht en attitude, indien relevant. Denk aan de kwaliteit van het centeren, het richten van je intentie, gevoel van compassie, intuïtieve ingeving.
10. Follow-up en resultaten. Beschrijf het klinisch verloop van de interventie: kon de interventie volgens de daarvoor geldende handelingsprocedure worden toegepast? Waren aanpassingen nodig/gewenst? Welke? Waarom?
11. Resultaten. Verwijs bij het beschrijven van de resultaten naar holistische energetische observaties (lichamelijk, psycho-sociaal, spiritueel), naar uitkomsten zoals geregistreerd met valide meetinstrumenten (bijvoorbeeld pijnscore) en naar door de zorgvrager vermelde resultaten.
12. Discussie. Beschrijf de sterke punten en de beperkingen van dit case report. Geef een verwijzing naar aan dit case report gerelateerde wetenschappelijke bevindingen in de literatuur. Beargumenteer je conclusie en geef aan wat de bevindingen in dit case report kunnen betekenen voor de behandeling van soortgelijke klachten bij andere zorgvragers.
13. Indien van toepassing kan de zorgvrager beschrijven hoe hij/zij de zorg ervaren heeft of wordt zijn/haar beschrijving aan het case report toegevoegd. Je kunt hier ook eventuele korte uitspraken van de zorgvrager toevoegen.
14. Zorg ervoor dat de zorgvrager door het ondertekenen van een informed consent toestemming geeft voor het publiceren van dit case report.