

CARE Guidelines Items en KT Specifieke Aanpassingen: CARE-AAT Guideline

CARE ITEM	CARE GUIDELINESS BESCHRIJVING	KUNSTZINNIGE THERAPIE SPECIFIEKE AANPASSINGEN*
TITEL	De woorden case report (of case study) moeten in de titel staan, evenals het belangrijkste onderwerp (bijv. symptoom, diagnose, test, interventie).	<u>Geen aanpassing</u>
KERNWOORDEN	De kernelementen van deze casus in 2 tot 5 woorden	<u>Geen aanpassing</u>
SAMENVATTING	1) Inleiding — Wat is uniek aan deze casus? Wat voegt het toe aan de bestaande literatuur? Waarom is het belangrijk? 2) Casus Presentatie: a. belangrijkste symptomen/klachten van de patiënt en de belangrijkste klinische bevindingen b. belangrijkste diagnose. Interventies en resultaten 3) Conclusie—wat is de belangrijkste boodschap van deze casus?	<u>Geen aanpassing</u>
INLEIDING	In een of twee paragrafen samenvattend waarom deze casus uniek is, refererend aan de relevante medische literatuur	Specificeer: Literatuur (beroepsspecifiek (zowel KT als vaktherapie), aandoening specifiek, gegevens over natuurlijk beloop, andere behandelingen en bijwerkingen)
CLIENT OF PATIENT INFORMATIE	Beschrijf alle volgende details over de cliënt/patiënt: 1) Demografische gegevens (bijv. leeftijd, geslacht, etniciteit, beroep) 2) Belangrijkste symptomen / hoofdklacht van de patiënt 3) Medische, familiäre, en psychosociale voorgeschiedenis — inclusief dieet, levensstijl en waar mogelijk erfelijke informatie en details omtrent relevante comorbiditeiten, inclusief eerdere interventies en de resultaten daarvan	3) <u>Voeg toe:</u> - Hulpvraag van de cliënt - Korte biografische beschrijving 4) Verwijsgegevens (indien van toepassing): - Professie van de verwijzer - Verwijsvraag en/of therapiedoel
KLINISCHE BEVINDINGEN	Beschrijf het relevante lichamelijke onderzoek en andere belangrijke klinische bevindingen	<u>Pas aan:</u> • Beschrijf de lichamelijke en psychosociale gezondheidstoestand, bij voorkeur gebaseerd op de uitkomsten van een generieke vragenlijst. • Beschrijf specifieke karakteristieken van de aandoening, zo mogelijk volgens een classificatiesysteem (DSM, ICD, ICF,...) en/of gebaseerd op de uitkomsten van een specifieke vragenlijst (gericht op de specifieke aandoening van de cliënt).
TIJDLIJN	Relevante gegevens van de voorgeschiedenis van de patiënt, gerangschikt in de tijdlijn	<u>Geen aanpassing</u>
DIAGNOSTIEK	Diagnostische methoden (bijv. PE, laboratorium testen, beeldvormende diagnostiek, vragenlijsten) Diagnostische uitdagingen (bijv. financieel, taal/cultureel) Diagnostische onderbouwing, inclusief andere overwogen diagnoses Prognostische karakteristieken (bijv. fasering) indien van toepassing	<u>Pas aan:</u> Diagnostiek: - Observatie van de cliënt, houding, manier van werken en het kunstzinnig werk - Medium specifieke diagnose
<u>VOEG TOE:</u> BEHANDELDOELEN EN - PLAN		Behandeldoelen: - Hoofddoel (algemeen) - Subdoelen (gedragmatig en medium specifiek)

CARE-AAT Guideline

		<p>Behandelplan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandelrichting, fasering en thema's (indien van toepassing) - Medium specifiek (materialen, technieken) - Therapeutische attitude - Onderbouwing / rationale voor bovenstaande <p>Evaluatieplan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observatie criteria (belangrijkste observaties voor deze specifieke cliënt in deze casus) - Evaluatie criteria
THERAPEUTISCHE INTERVENTIE	<p>Soorten interventies (bijv. farmacologisch, chirurgisch, preventief, zelfzorg)</p> <p>Toediening van interventie (bijv. dosering, sterkte/hoogte, duur)</p> <p>Aanpassingen in interventie (met onderbouwing)</p>	<p><u>Iedere sessie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kunstzinnige oefeningen (medium en techniek), met onderbouwing - Therapeutische attitude, met onderbouwing - Observaties: aan de uitvoering / manier van werken van de cliënt / aan het kunstzinnig werk / gerelateerd aan de observatiecriteria, inclusief beeldmateriaal van het werk - Interventies en reacties op interventies - Reflectie op de sessie - Andere opvallende gebeurtenissen <p><u>Voeg toe: Consultatie/overleg met anderen (redenen en conclusies)</u> (indien van toepassing)</p> <p><u>Voeg toe: Tussenevaluatie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapeut: reflectie op het therapeutische proces (veranderingen in symptomen, gedrag en in het medium / kunstzinnig werk) - Mening van de cliënt en client-assessed outcomes - Aanpassing van de therapie, gespecificeerd en onderbouwd
FOLLOW-UP RESULTATEN	EN	<p>Samenvatting van het klinische verloop van alle follow-up bezoeken, inclusief:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clinicus- en patient-assessed outcomes • Belangrijke follow-up test resultaten (positief of negatief) <p>• Aanslaan van de interventie en tolerantie (en hoe dit was vastgesteld)</p> <p>• Bijwerkingen en andere onverwachte gebeurtenissen</p>
DISCUSSIE		<p>Sterkte kanten en beperkingen in de processturing van deze casus</p> <p>Relevante medische literatuur</p> <p>Rationale voor de conclusies (inclusief vaststelling van oorzaak en effect / causaliteit)</p> <p>Belangrijkste boodschap / leerpunten van dit case report.</p>
CLIENT OF PATIENT PERSPECTIEF		<p>De patiënt zou zo mogelijk zijn/haar perspectief of ervaring moeten delen</p> <p><u>Geen aanpassing</u></p>
INFORMED CONSENT		<p>Heeft de patiënt <i>informed consent</i> gegeven? Geef dit aan, indien gevraagd</p> <p><u>Geen aanpassing</u></p>

*In bold gedrukt: items die in onderzoek *niet* door KTERS zijn genoemd.