



Eindverslag implementatie existentiële dimensie CGA, juli 2026

1. Algemene inleiding

In 2021 werd een herziene versie van de richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) aangenomen door de NVKG, met daarin een hoofdstuk over het belang van aandacht voor de existentiële dimensie. Sindsdien vormt dit een vast onderdeel van het CGA.

De existentiële dimensie verwijst naar het verkennen van iemands gevoelens over zingeving, het leven en belangrijkste waarden, en is, samen met de hieruit voortvloeiende overwegingen, een belangrijk onderdeel van het CGA om inzicht te krijgen in iemands kwaliteit van leven en behandelwensen en -grenzen te bepalen. Ondanks scholing via webinars en tijdens de LOAG, blijkt het voor veel klinisch geriaters en aiossen in de praktijk moeilijk om aandacht te besteden aan de existentiële dimensie, en bestaan er verschillende werkwijzen voor verslaglegging.

In 2024 werd door het bestuur van de NVKG een werkgroep in het leven geroepen om te adviseren over verdere implementatie van de existentiële dimensie binnen het CGA.

1.1 Doel van het advies

Het bestuur en de betreffende commissies van de NVKG beschikken over adviezen voor verdere implementatie van de existentiële dimensie in het CGA, met als uiteindelijk doel dat alle klinisch geriaters beschikken over de kennis en vaardigheden om op een adequate wijze aandacht te besteden aan de existentiële dimensie, en dit op de juiste wijze vast te leggen. Dit proces is geborgd in de kwaliteitscyclus.

1.2 Werkwijze

De werkgroep kwam in september 2024 online bij elkaar voor een eerste brainstormsessie. Hier werden de thema's bepaald die verder uitgewerkt zouden worden, te weten: Verslaglegging (al dan niet op een aparte 5e as), onderwijs en opleiding, borging in de kwaliteitscyclus en hulpmiddelen voor gebruik in de spreekkamer. Ook werd een aanvraag ingediend voor een workshop tijdens de geriatriedagen 2025. Deze werd gehonoreerd, en tijdens een drukbezochte sessie werd veel input verzameld over de verschillende werkwijzen en problemen in de dagelijkse praktijk.

Deze informatie werd gebruikt bij het uitwerken van de bovengenoemde thema's. Ook werd overlegd met de betreffende commissies binnen de vereniging. Voor het hoofdstuk over instrumenten voor gebruik in de spreekkamer werd literatuur geraadpleegd.

In een aantal vervolg vergaderingen werd waar nodig uitgebreid gediscussieerd, om uiteindelijk tot consensus te komen. Tenslotte werd een voorbeeld toegevoegd hoe een vakgroep met de implementatie van de existentiële dimensie aan de slag zou kunnen gaan. Deze werkwijze heeft zich in de vakgroep van een van de werkgroepleden bewezen.

De concept eindrapportage werd in de CKZ toegelicht en besproken.

Voor definities en begripsomschrijvingen verwijzen wij naar het betreffende hoofdstuk in de richtlijn CGA. De gebruikte afkortingen worden bekend verondersteld.



1.3 Samenstelling werkgroep

Marieke Hartgerink (vz),
Arend Arends,
Max Franken,
Lisanne Roosendaal,
Mirte Smits,
Marieke Roemeling-van Rijn,
Lisanne van Diepen (bij aanvang AIOS),
allen klinisch geriater.

2. Conclusies en aanbevelingen (samenvatting)

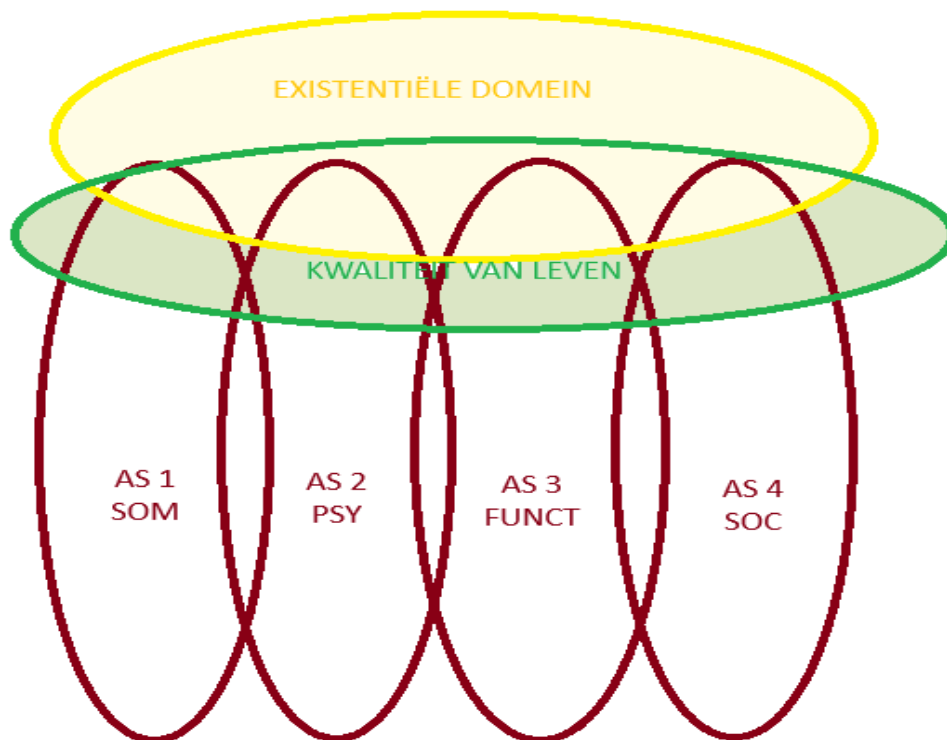
- De diepte van onderzoek naar de existentiële dimensie mag wisselen per patiënt en per patiëntencategorie.
- Leg het uitvragen van de existentiële dimensie vast in de anamnese.
- Eventuele vragenlijsten kunnen onder aanvullend onderzoek gerapporteerd worden.
- Breng in de verslaglegging van de overwegingen duidelijk naar voren hoe de existentiële dimensie invloed heeft op het behandelplan.
- Zorg dat de existentiële dimensie structureel geborgd wordt binnen de EPA CGA in de opleiding tot klinisch geriater en in de nascholing van klinisch geriaters.
- Ontwikkel (na)scholing specifiek gericht op de klinische geriatrie.
- Voeg bij het opstellen van richtlijnen over een onderwerp waarbij de existentiële dimensie expliciet van belang is, zoals palliatieve zorg en dementie, een paragraaf toe over aandacht voor de existentiële dimensie. Vraag zo nodig de hulp van een geestelijk verzorger hierbij.
- Overweeg het gebruik van een instrument of een deel van een instrument bij het uitvragen van de existentiële dimensie bij de patiënt. Heb hierbij aandacht voor de specifieke situatie van de patiënt en neem deze mee in de keuze voor het instrument.
- Schenk binnen de vakgroep expliciet aandacht aan het integreren/implementeren van de existentiële dimensie in de dagelijkse praktijk.

3. Uitwerking per thema

3.1 Verslaglegging

3.1.1 Probleemstelling/situatieschets: Op dit moment zijn er grote onderlinge verschillen tussen vakgroepen in werkwijze en verslaglegging van de existentiële dimensie. De werkgroep vindt enerzijds dat enige uniformering hierin belangrijk is, maar wil anderzijds voorkomen in bureaucratie te verzeilen.

3.1.2 Overweging: Omdat de existentiële dimensie de analyse overstijgt en richting geeft, is het niet gewenst om er een aparte as van te maken. Daarnaast hebben we geconstateerd dat de diepte van onderzoek mag wisselen per patiënt en per patiëntencategorie. In onderstaande figuur geven we dit grafisch vorm:



Het voorstel is om de verslaglegging van het existentiële domein te integreren in de anamnese, zodat de context en belangrijke nuances/ informatie niet verloren gaan. Dit is ook in overeenkomst met de Blauwdruk dossiervoering CGA die in de richtlijn CGA wordt aanbevolen. Eventuele vragenlijsten, die gebruikt worden om meer te weten te komen over de existentiële dimensie, kunnen onder aanvullend onderzoek gerapporteerd worden.

Het is van belang om in de verslaglegging van je overwegingen duidelijk naar voren te brengen hoe onderdelen van de existentiële dimensie invloed hebben op het behandelplan. Maak hiervoor lokale afspraken en vormgeving. In de Blauwdruk dossiervoering CGA komt de existentiële dimensie niet terug als aparte as. De werkgroep adviseert ervoor te waken dat de existentiële dimensie in conclusie gemakzucht wordt overgenomen. Hierbij kan de context verloren gaan en de vertrouwelijkheid bedreigd worden.

3.1.3 Adviezen:

- De diepte van onderzoek naar de existentiële dimensie mag wisselen per patiënt en per patiëntencategorie.
- Leg het uitvragen van de existentiële dimensie vast in de anamnese.
- Eventuele vragenlijsten kunnen onder aanvullend onderzoek gerapporteerd worden.
- Breng in de verslaglegging van de overwegingen duidelijk naar voren hoe de existentiële dimensie invloed heeft op het behandelplan.



3.2. Onderwijs en opleiding

3.2.1 *Probleemstelling/situatieschets*: Op dit moment is de existentiële dimensie nog niet als vast onderdeel geïmplementeerd in de opleiding klinische geriatrie, in het onderwijs voor de opleiding tot klinisch geriater (LOAG) en in de nascholing voor klinisch geriater.

3.2.2 *Overweging*: De werkgroep vindt dat de existentiële dimensie structureel geborgd dient te worden in de opleiding tot klinisch geriater. Een overweging is om de existentiële dimensie als vaardigheid op te nemen in de EPA CGA. Bijvoorbeeld: De AIOS heeft de vaardigheid om de existentiële dimensie uit te vragen en heeft kennis van de verschillende instrumenten die gebruikt kunnen worden hiervoor. De AIOS kan de bevindingen uit de existentiële dimensie mee laten wegen in het komen tot een behandelplan.

Het advies is om de existentiële dimensie structureel te implementeren in een LOAG. Hiervoor zou een LOAG CGA ontwikkeld kunnen worden of het kan onderdeel worden van een reeds bestaande LOAG. Ons advies is om de existentiële dimensie (ook) los van het onderwijs over palliatieve zorg te behandelen, aangezien aandacht voor de existentiële dimensie in ieder consult van meerwaarde kan zijn.

Ten aanzien van nascholing kan overwogen worden om gebruik te maken van de reeds bestaande nascholingen zoals te vinden in de richtlijn Zingeving en spiritualiteit (versie 2018, nieuwe versie wordt verwacht oktober 2026). Accreditatie voor klinisch geriater in nascholing over dit thema draagt positief bij aan de belangstelling om deze daadwerkelijk te volgen.

De meeste bestaande nascholingen rondom de existentiële dimensie zijn gericht op de palliatieve zorg en niet specifiek ontwikkeld voor de klinische geriatrie. De werkgroep onderschrijft het belang van nascholing waarbij er wellicht in de toekomst nascholing moet worden ontwikkeld specifiek gericht op de klinisch geriater. Enkele leden van de huidige werkgroep zijn graag bereid hierin mee te denken.

3.2.3 Adviezen

- Zorg dat de existentiële dimensie structureel geborgd wordt binnen de EPA CGA in de opleiding tot klinisch geriater en in de nascholing van klinisch geriater. Voor concrete suggesties: zie overwegingen hierboven.
- Ontwikkel geaccrediteerde (na)scholing specifiek gericht op de klinische geriatrie.

3.3 Borging in de kwaliteitscyclus

3.3.1 *Probleemstelling/situatieschets*: Op dit moment is er vanuit kwaliteitsoogpunt geen aandacht voor de existentiële dimensie in het CGA, noch voor de deskundigheid van klinisch geriater op dit gebied. Omdat het een vast onderdeel van het CGA is, is het alle klinisch geriater geboden om zich hier op een adequate wijze mee bezig te houden. Een plek in de kwaliteitscyclus om deze aandacht te borgen is daarom noodzakelijk.

3.3.2 *Overweging*: De kwaliteitsvisite is het moment om expliciet stil te staan bij de kwaliteitsborging. Dit onderwerp zal terugkomen in de gespreksthema's. In overleg met de Commissie Kwaliteitszaken wordt daarom niet geadviseerd om hier een indicator van te maken.

Een andere manier waarop vanuit kwaliteitsoogpunt aandacht kan worden besteed aan de existentiële dimensie in het CGA, is in richtlijnen. In het [Addendum 'Methodiek op Ouderen afgestemde Richtlijnontwikkeling'](#) zou kunnen worden toegevoegd dat bij richtlijnen waarbij de



existentiële dimensie expliciet van belang is, zoals bijvoorbeeld palliatieve zorg en dementie, een paragraaf over de existentiële dimensie moet staan. Voor het schrijven hiervan zou hulp van een geestelijk verzorger gevraagd kunnen worden.

Uit overleg met de BBC kan worden gesteld dat het toevoegen van de existentiële dimensie geen invloed heeft op het zorgprofiel voor de verrichting CGA, die de basis is voor DBC-financiering.

3.3.3 Adviezen

Voeg bij het opstellen van richtlijnen over een onderwerp waarbij de existentiële dimensie expliciet van belang is, zoals palliatieve zorg en dementie, een paragraaf toe over aandacht voor de existentiële dimensie. Vraag zo nodig de hulp van een geestelijk verzorger hierbij.

3.4 Instrumenten voor in de spreekkamer

3.4.1 Probleemstelling/situatieschets: Er zijn verscheidene vragenlijsten en instrumenten om de existentiële dimensie in kaart te brengen. Deze zijn niet expliciet ontwikkeld voor de geriatrische populatie. De richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) onderschrijft dat er geen aanbeveling te formuleren is ten aanzien van de beste werkwijze. Er is bij klinisch geriater wel behoefte aan hulpmiddelen om het gesprek aan te gaan. Daarom biedt de werkgroep een kort overzicht van instrumenten die van dienst kunnen zijn bij het in kaart brengen van de existentiële dimensie en om levensvragen bespreekbaar te maken.

3.4.2 Overweging: De werkgroep heeft op basis van beschikbare literatuur en uit eigen ervaring meerdere instrumenten bekeken en brengt de volgende instrumenten naar voren. Onderstaand overzicht is een aanvulling op de genoemde instrumenten in de richtlijn Comprehensive geriatric assessment. De werkgroep wenst geen verplichtingen op te leggen en draagt daarom geen vastgesteld instrument aan. Bovendien verschilt het per klinisch geriater, per situatie en per patiënt welk instrument het meest bruikbaar is.



Overzichtstabel:

Instrument	Sterke kanten	Aandachtspunten
Ars Moriendi model	Uitgebreide toelichting met vragen om meerdere thema's binnen de existentiële dimensie in kaart te brengen. Versies beschikbaar voor patiënten met beginnende dementie en patiënten met migratieachtergrond.	Ontwikkeld voor patiënten in de palliatieve fase. Te uitgebreid voor een korte verkenning.
Mount Vernon Cancer Network	Verkenningvragen die patiënt vrij laten vertellen over zingeving	Gevalideerd bij oncologische patiënten
Positieve gezondheid (Huber)	Plaatsing van zingeving in samenhang met andere factoren van gezondheid.	Te uitgebreid voor korte verkenning.
FICA	Kort en bondig. Vraagt actief naar welke rol de patiënt wenst van de zorgverlener in zingevingsvragen.	Grotendeels gericht op religie. Risico op oppervlakkige antwoorden (bv familie of hobby's als bron van zingeving)
Zingeving in de thuissituatie (PLOEG)	Naast oriëntatie ook nagaan van steun en beschermfactoren, biedt hierdoor hulp aan de patiënt.	Eerste vraag lijkt niet geschikt bij patiënt die zich met een duidelijke hulpvraag of ziekte zich presenteert.
HOPE Spiritual Assessment Tool	Kort en bondig. Actief vragen naar welke rol van zorgverlener de patiënt wenst in zingevingsvragen.	Grotendeels gericht op religie. Risico op oppervlakkige antwoorden.
FAITH Spiritual Assessment Tool	Kort en bondig. Actief vragen naar invloed van de ziekte op de beleving van zingeving.	Grotendeels gericht op religie. Risico op oppervlakkige antwoorden.
FACT Spiritual Assessment Tool	Kort en bondig. Toetsing of er sprake is van een zorgelijke situatie bij de patiënt.	Grotendeels gericht op religie. Bij interventies geen rol voor de zorgverlener zelf.
Outcome Prioritisation Tool (de OPT)	Kort. Helpt om gedachten te visualiseren. Geschikt bij het stellen van behandelkeuzes.	Meer symptoomgericht. Risico op oppervlakkige antwoorden.

Voor een uitgebreidere beschrijving van de instrumenten en verwijzingen: Zie bijlage A



3.4.3 Adviezen:

Overweeg het gebruik van een instrument of een deel van een instrument bij het uitvragen van de existentiële dimensie bij de patiënt. Heb hierbij aandacht voor de specifieke situatie van de patiënt en neem deze mee in de keuze voor het instrument.

4. Implementatie Tool voor vakgroepen

4.1 Overweging: Belangrijk is om te realiseren dat de existentiële dimensie voor elke persoon en patiënt anders is. Iedereen zal de existentiële dimensie dan ook anders bespreken. Wat bij een collega wel werkt, hoeft niet voor jou te gelden. Het moet uit jezelf komen met oprechte belangstelling, anders zal het voor de patiënt niet authentiek aanvoelen en bereik je juist niet de diepere laag van de existentiële dimensie.

Om de existentiële dimensie te bespreken zal je zelf moeten oefenen met woorden geven aan deze dimensie en bij de patiënt eventueel aangrijpingspunten om de existentiële dimensie bespreekbaar te maken. Dit kan bijvoorbeeld op een teammiddag (2-4 uur).

4.2 Adviezen:

- Ga het gesprek aan in de vakgroep en beoordeel met elkaar de verschillende instrumenten en kijk welke je wilt gebruiken. Betrek eventueel een geestelijk verzorger bij een dergelijk gesprek.
- Maak afspraken met elkaar bij welke patiëntengroepen en in welke settings je wilt implementeren.
- Maak afspraken met elkaar over de verslaglegging.
- Borg de afspraken, door de existentiële dimensie op te nemen in de periodieke dossier-audits en bespreek de uitslag daarvan in het vakgroepoverleg.

Voor een voorbeeld van een teammiddag over existentiële dimensie: zie bijlage B

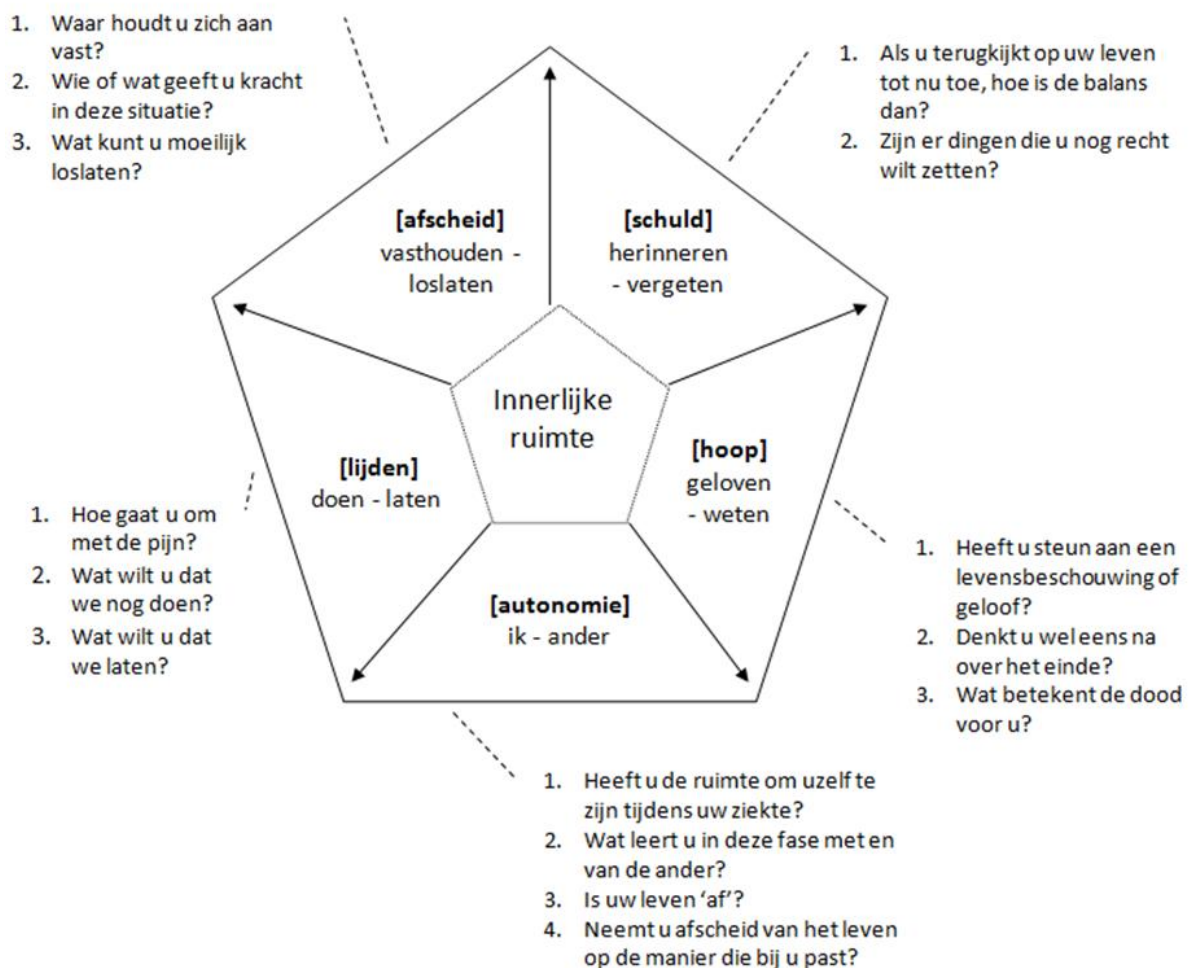


Bijlage A Instrumenten voor gebruik in de spreekkamer

1. Ars moriendi: het diamant model

De vijf themavelden:

Ik – de ander	Hier gaat het om de vraag: 'Is dit <i>mijn</i> ziekte / dood?' Vragen rond authenticiteit, zelfbeschikking, autonomie, loyaliteiten en de rol die anderen daarin spelen.
Doen – laten	Hier gaat het om de controle van pijn en lijden. Waar moeten we nog actiever worden op fysiek/psychisch/sociaal/spiritueel gebied? Waar moeten we accepteren en laten gebeuren?
Vasthouden – loslaten	Hier gaat het om het afscheid nemen van dierbare mensen en dingen, van het leven. Ziek zijn / sterven is langzaam loslaten, maar het is ook het essentiële vasthouden. Wat of wie is essentieel?
Herinneren – vergeten	Hier gaat het om het terugkijken, de balans opmaken, het leven afsluiten. Mogelijk vergeving als integratie van herinneren en vergeten. Belangrijk ook voor rouwproces van de nabestaanden
Geloven – weten	Hier gaat het om de betekenis(sen) van lijden en dood. Einde, doorgangsfase, nieuw begin? Voortleven in mensen, dingen? Ander leven? Kun je leven met vragen waarop geen antwoord is?



Bron: Carlo Leget, *Ruimte om te sterven. Een weg voor zieken, naasten en zorgverleners* (Tielt: Lannoo 2003/2012). Carlo Leget, *Van levenskunst tot stervenskunst. Over spiritualiteit in de palliatieve zorg.* (Tielt: Lannoo 2008). Carlo Leget, *Art of Living. Art of Dying. Spiritual Care for a Good Death* (London/Philadelphia: JKP 2017).



2. Positieve gezondheid Machteld Huber

De 6 dimensies van positieve gezondheid, zoals gedefinieerd door Machteld Huber zijn: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Deze dimensies vormen samen een bredere kijk op gezondheid, waarbij de focus ligt op de veerkracht en het vermogen van mensen om regie te voeren over hun eigen leven, zowel voor gezonde als zieke individuen. Het spinnenweb is binnen dit concept een gespreksinstrument dat hulpverleners kan helpen.

Bron: 1 Huber M, Knottnerus A, Green L, e.a. How should we define health? BMJ 2011; 343: d4163.

2 Huber M. Naar een nieuw begrip van gezondheid: pijlers voor positieve gezondheid. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2013; 91: 133-4.

3. Mount Vernon Cancer Network

De drie vragen van het Mount Vernon Cancer Network uit Engeland:

1. Wat houdt u in het bijzonder bezig op dit moment?
2. Aan wat of wie had u steun in eerdere situaties?
3. Wie zou u op dit moment graag bij u willen hebben ter ondersteuning?

Bron: MVCN. Mount Vernon Cancer Network Questionnaire. Spiritual support steering group. Final report on spiritual support. MVCN, Stevenage, UK, 2007.

4. FICA

F: Faith of Beliefs

I: Importance or influence

C: Community

A: Address

Geloof en Levensbeschouwing (Faith)

“Beschouwt u zichzelf als religieus of spiritueel?” of “Is spiritualiteit iets dat belangrijk is voor u” of “Heeft u een geloof of levensbeschouwing die u helpt bij het omgaan met stress in moeilijke tijden?”

Als de patiënt met “nee” antwoordt, zou de zorgverlener kunnen vragen: “Wat geeft betekenis aan uw leven?” Soms geven patiënten dan antwoorden zoals familie, werk, of natuur.

(De vraag naar betekenis moet ook worden gesteld, zelfs als mensen met “ja” antwoorden bij spiritualiteit)

Belangrijk (Importance/influence)

Hoe belangrijk is spiritualiteit in uw leven? Heeft spiritualiteit u beïnvloed in de manier waarop u voor uzelf zorgt, uw gezondheid? Beïnvloedt spiritualiteit u in hoe u beslissingen neemt over gezondheid en zorg? (bijv. wilsverklaringen, behandelingen enz.)

Gemeenschap (Community)

Maakt u deel uit van een spirituele gemeenschap? Kerken, tempels en moskeeën, of een groep gelijkgestemde vrienden, familie of yogagroep, kunnen voor sommige patiënten als sociaal systeem een sterk ondersteunende functie hebben. Verder kan geëxploreerd worden: Is dit u tot steun en hoe? Is er een groep mensen van wie u echt houdt of die belangrijk voor u zijn?



Bespreken binnen de zorg (Address)

Hoe zou u willen dat ik, uw zorgverlener, deze zaken binnen de zorg voor uw gezondheid benader?

Bron: Puchalski, C., & Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. Journal of palliative medicine, 3(1), 129-137.

5. Zingeving in de thuissituatie (PLOEG-project)

Vraag 1: Wat houdt u in het bijzonder bezig op dit moment? En in welke mate is dat belastend voor u? Wat maakt voor u de dag waardevol? Wat geeft u energie? Wat is belangrijk voor u? Is er iets wat uw stemming bedrukt? Is er iets dat u pijn of verdriet doet? Maakt u zich ergens zorgen over? Waardig sterven, wat betekent dat voor u?

Vraag 2: Aan wie of wat had u steun in eerdere situaties die u moeilijk vond? En geeft dat op dit moment ook weer steun?

Vraag 4: (bij onvoldoende steun uit krachtbronnen) Wie zou u op dit moment graag bij u willen hebben ter ondersteuning? En zou u hem of haar daarvoor kunnen/durven benaderen? Zijn er mensen of dingen die veel betekenis hebben voor u? Kunt u bij iemand terecht voor een goed gesprek?

Vraag 5: Zou u ervoor voelen om over deze thema's te spreken, met iemand die u hierin kan ondersteunen?

Bron: ZonMw projecten PLOEG

6. HOPE Spiritual Assessment Tool

H - Sources of Hope

What are your sources of hope, strength, comfort and peace?

What do you hold on to during difficult times?

O - Organized Religion

Are you part of a religious or spiritual community?

Does it help you? How?

P - Personal Spirituality and Practices

Do you have personal spiritual beliefs?

What aspects of your spirituality or spiritual practices do you find most helpful?

E - Effects on Medical Care and End-of-Life Care

Does your current situation affect your ability to do things that usually help you spiritually?

As a doctor, is there anything that I can do to help you access the resources that usually help you?

Are there any specific practices or restrictions I should know about in providing your care?

If the patient is dying: how do your beliefs affect the kind of medical care you would like me to provide over the next days/weeks/months?

Bron: Anandarajah and Hight, 2001



7. FAITH Spiritual Assessment Tool

F - Faith/Spiritual Beliefs

- a. Do you have any particular faith, religion or spiritual believe?
- b. What gives your life meaning?
- c. What helps you cope in times of stress or illness?

A - Application

- a. In what ways do you apply your faith in your daily life?
- b. Do you belong to a particular church or community?
- c. Is prayer or meditation important to you?

I - Influence/Importance of faith in life, this illness and on health care decision

- a. How do your faith and spiritual beliefs influence your life? Are they important to you?
- b. How do your faith and spiritual beliefs influence you in this illness? Have they altered your attitude or behavior?
- c. Has this illness influenced your faith?
- d. Do your beliefs influence or affect your healthcare decisions that would be helpful for me to know about?

T - Talk/Terminal Event Planning

- a. Do you have anyone you can trust to talk to about spiritual or religious issues?
- b. Do you have any specific requests if you were to become terminally ill (e.g. terminal care options, living will, EOL requests)

H - Help

- a. Is there any way I or another member of the health care team can help you?
- b. Do you require assistance or help with prayer?
- c. Would you like to speak to a chaplain?
- d. Would you like to discuss spiritual issues or your beliefs with your doctor?

Bron: Neely D. & Minoford, E. (2009). FAITH: Spiritual history-taking made easy. The Clinical Teacher, 6, 181-185

8. FACT Spiritual Assessment Tool

F – Faith (and/or Beliefs, Spiritual Practices)

What is your faith or belief? Do you consider yourself spiritual or religious? What things do you believe that give your life meaning and purpose?

A – Active (and/or Availability, Accessibility, Applicability) Are you part of a religious or spiritual community? Is support for your faith available to you? Do you have access to what you need to apply your faith (or your beliefs)? Is there a person or a group whose presence and support you value at a time like this?

C – Coping (and/or Comfort); Conflict (and/or Concern)

Is your faith (your beliefs) helping you cope? How is your faith (your beliefs) providing comfort in light of your diagnosis? Do any of your religious beliefs or spiritual practices Conflict with medical treatment? Are there any particular Concerns you have for us as your medical team?

T – Treatment Plan

1. Patient is coping well
 - a. Support and encourage
 - b. Reassess at a later date
2. Patient is coping poorly



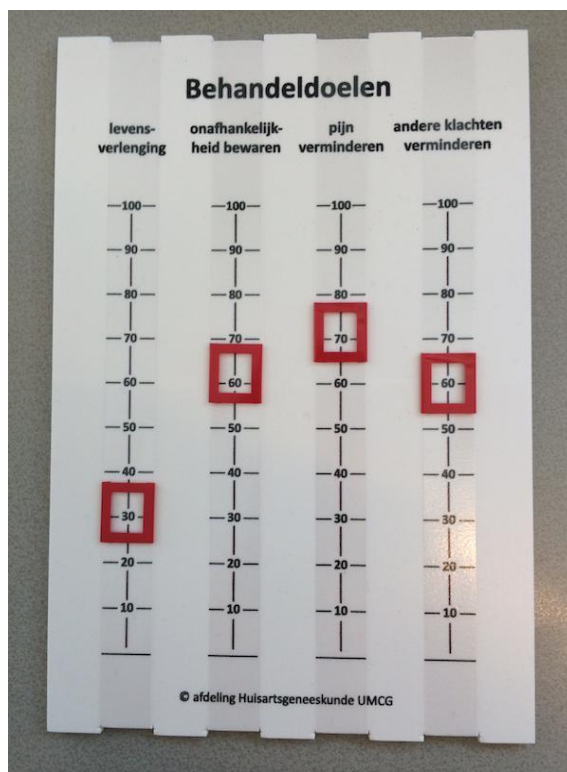
- Depending on relationship and similarity in faith/beliefs, provide direct intervention: spiritual counseling, prayer, Sacred Scripture, etc.
- Encourage patient to address these concerns with their own faith leader
- Make a referral to the hospital chaplain (Do not ask if the patient wants a referral—let the chaplain do his or her own assessment.)

Bron: LaRocca-Pitts, FACT, A Chaplain's Tool for Assessing Spiritual Needs in an Acute Care Setting, 2014.

9. OPTool

De OPT (Outcome Prioritization Tool) is een gesprekshulp om met de patiënt te bespreken welke algemene (behandel)doelen het belangrijkste zijn. Deze gesprekshulp kan gebruikt worden voor allerlei aanstaande behandelkeuzes. De OPT is een kaart met vier visueel analoge schalen die elk een algemeen behandelgoal weergeven:

- Levensverlenging
- Onafhankelijkheid bewaren
- Verminderen of wegnemen van pijn
- Verminderen of wegnemen van andere symptomen



Door een plaats op deze schaal te kiezen drukt de patiënt uit hoe belangrijk het betreffende doel is. Daarbij moet de patiënt prioriteren en dus afwegen welk doel het belangrijkste is.

De OPT is ontwikkeld in de Verenigde Staten in 2011¹. Alle informatie over de ontwikkeling, het gebruik en de literatuur over het instrument zijn recent beschreven in een literatuuronderzoek.² De OPT kan door alle zorgverleners worden gebruikt voor verschillende patiëntengroepen en in verschillende gespreksituaties.

Bron: 1. Fried TR, Tinetti M, Agostini J, Iannone L, Towle V. Health outcome prioritization to elicit preferences of older persons with multiple health conditions. *Patient Educ Couns*, 2011, 83, 2, 278-282. 2.

Stegmann ME, Festen S, Brandenburg D, Schuling J, van Leeuwen B, de Graeff P, Berendsen AJ. Using the Outcome Prioritization Tool (OPT) to assess the preferences of older patients in clinical decision-making: A review. *Maturitas*. 2019 Oct;128:49-52. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.07.022. Epub 2019 Jul 30. Review.



Bijlage B Voorbeeld van een teambijeenkomst over de existentiële dimensie.

1. Nodig een deskundige uit, bijvoorbeeld de geestelijke verzorger. Vraag onderwijs over het diamantmodel van Leget en uitleg over existentiële dimensie. Leg aan de deskundige goed de context uit, misschien heeft de deskundige zelf ook adviezen hoe de existentiële dimensie te bespreken.
2. Spreek in tweetallen uit wat de existentiële dimensie in je eigen leven betekent (bijvoorbeeld aan de hand van een plaatje). Dit is persoonlijk en voelt kwetsbaar. Maar op dat moment word je gedwongen om hier zelf woorden aan te geven. Op die manier kan je a) de existentiële dimensie beter bespreken in de spreekkamer en b) bij de patiënt woorden herkennen die gaan over de existentiële dimensie en hier dan op inhaken en c) kan het zijn dat je zelf ook ervaart hoe het bespreken van existentiële dimensie helpend kan zijn.
3. Deel daarna in de grote groep bevindingen. Hoe was het om te bespreken, welke woorden vielen op?
4. Indien tijd, wissel ervaringen uit hoe je de existentiële dimensie (bewust of onbewust) toepast in de spreekkamer. Welke tips kan je collega's geven?
5. Maak met elkaar afspraken en plan een half jaar later een evaluatie moment: Waar loop je tegenaan, wat helpt? Wissel ervaringen uit.

De NVKG heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van dit document. Desondanks accepteert de NVKG geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in de informatie, noch voor schade, overlast of ongemak dan wel andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de informatie.

Alle in dit document opgenomen informatie, waaronder teksten, afbeeldingen en andere inhoudsvormen, is eigendom van de NVKG. Deze informatie mag niet worden gewijzigd, gekopieerd, verspreid of op andere wijze worden gebruikt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de NVKG.