

Subjective Global Assessment (SGA)

Detsky, A.S., McLaughlin,J.R., Baker, J.P., Johnston,N. Whittaker,S., Mendelson, R.A., et al. (1987)

What is subjective global assessment of nutritional status? J. Parenter. Enteral. Nutr. 11(1), 8-13

| | | |
|-------------------------------------|-------|---|
| Instrument de mesure | de | Subjective Global Assessment |
| Abréviation | | SGA |
| Auteur | | Detsky, A.S., McLaughlin,J.R., Baker, J.P., Johnston,N. Whittaker,S., Mendelson, R.A., et al. (1987) |
| Thème | | Dénutrition |
| Objectif | | Evaluation de l'état alimentaire |
| Population | | Validé auprès de patients adultes qui ont subis des opérations gastro-intestinales, de personnes âgées, de patients souffrant d'un cancer |
| Relevé | | Dispensateur de soins (médecin, infirmière) |
| Nombre d'items | | 6 |
| Présence du patient requise | du | Oui |
| Localisation de l'instrument mesuré | de de | What is subjective global assessment of nutritional status? J. Parenter. Enteral. Nutr. 11(1), 8-13 |

OBJECTIF

Le SGA est utilisé afin d'évaluer l'état alimentaire et de prévoir des complications (Bauer, J.; Capra, S. & Ferguson, M. 2002). Au-delà de la catégorisation sur base de l'état alimentaire, il n'existe pas de recommandations en ce qui concerne un plan de soins spécifique (Anthony, P.S., 2008).

GROUPE-CIBLE

Le SGA peut être utilisé dans des groupes de patients divers : des personnes âgées, des patients bénéficiant de chirurgie gastro-intestinale, des patients cancéreux (Ek, A. C., Unosson, M., Larsson, J., Ganowiak, W., & Bjurulf, P., 1996; Detsky, A. S. et al., 1987; Bauer, J., Capra, S., & Ferguson, M., 2002).

DESCRIPTION

Le SGA évalue l'état alimentaire des patients en :

- considérant les antécédents médicaux : perte de poids au cours des 6 derniers mois, changements en ce qui concerne la manière de s'alimenter, constatations de symptômes gastro-intestinaux (anorexie, vomissements, nausées, diarrhée) qui se présentent quotidiennement durant plus de 2 semaines, changements concernant la capacité fonctionnelle et les exigences métaboliques d'une maladie sous-jacente.
- réalisant un examen physique : perte de tissus adipeux sous-cutanés (triceps), atrophie des tissus musculaires, œdème des chevilles, œdème au niveau du sacrum et ascite (Detsky, A. S. et al., 1987; Anthony, P. S., 2008; Bauer, J., Capra, S., & Ferguson, M., 2002).

L'état alimentaire du patient est catégorisé en : bon état alimentaire, état alimentaire modéré ou dénutrition attendue, dénutrition sévère. Il n'y a pas de système numérique de scores. La catégorisation est ordinale et subjective (Anthony, P. S., 2008).

VARIANTES

Le Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) a été développé de manière spécifique pour des patients cancéreux. Le PG-SGA comprend les questions suivantes : la présence de symptômes alimentaires (en rapport avec la dénutrition) et la perte de poids à court terme. Après que le patient ait précisé les antécédents médicaux, un examen physique est effectué par le médecin, l'infirmière ou la diététicienne. Le PG-SGA donne aussi bien un score numérique qu'une classification globale (bien alimenté, modérément ou probablement dénutri, sévèrement dénutri). Un score de 1 à 4 est attribué à chaque composante en fonction de l'impact du symptôme sur l'état alimentaire. Les différents scores

sont additionnés et l'on obtient un score total. Le score indique dans quelle mesure l'intervention sur le plan de l'alimentation est urgente. Plus le score du PG-SGA est élevé, plus le risque de dénutrition augmente. Si l'on obtient un score égal ou supérieur à 9, il est urgent de commencer une intervention alimentaire (Bauer, J.; Capra, S. & Ferguson, M. 2002).

FIABILITÉ

Une *interrater reliability* modérée à élevée ($\kappa= 0.48-0.78$) a été constatée pour le SGA (Detsky, A. S. et al., 1987; Duerksen, D. R., Yeo, T. A., Siemens, J. L., & O'Connor, M. P., 2000). La *cohérence interne* a également été étudiée (65% de correspondance dans le panel d'experts) (Ulander, K., Grahn, G., & Jeppsson, B., 1993). La fiabilité du PG-SGA a été évaluée par le biais de la *cohérence interne*. Celle-ci a été considérée comme modérée ($\alpha=0.64$) (Bauer, J.; Capra, S. & Ferguson, M. 2002). Une correspondance a été atteinte entre une diététicienne et un médecin dans 90% des cas (*interrater reliability*) (Persson, C., Sjöden, P.-O., Glimelius, B. 1999).

VALIDITÉ

L'évaluation de la *validité du contenu* a été effectuée par un panel d'experts, qui a constaté 80% de correspondance (Detsky, A. S. et al., 1987). Afin de déterminer si le SGA disposait de la *validité concurrente*, différents critères ont été considérés comme : PEM (Protein Energy Malnutrition) versus non-PEM, le MNA et des paramètres objectifs (BMI, poids, taille, mesures anthropométriques). Les intervalles de *sensibilité* variaient entre 62.2% et 93%. La *spécificité* tombait entre 55.7% et 61% (Ek, A. C., Unosson, M., Larsson, J., Ganowiak, W., & Bjurulf, P., 1996; Christensson, L., Unosson, M., & Ek, A. C., 2002; Yamauti, A. K. et al., 2006).

Le SGA était fortement corrélé ($r=0.77-0.93$) avec le MNA et le MNA-SF. Le SGA semblait également être corrélé de manière significative avec des paramètres objectifs (Ek, A. C., Unosson, M., Larsson, J., Ganowiak, W., & Bjurulf, P., 1996; Persson, M. D., Brismar, K. E., Katzarski, K. S., Nordenstrom, J., & Cederholm, T. E., 2002; Bauer, J., Capra, S., & Ferguson, M., 2002; Duerksen, D. R., Yeo, T. A., Siemens, J. L., & O'Connor, M. P., 2000), mais pas avec des mesures biochimiques (Persson et al. 2002) comme la sérum albumine (Bauer J.M. et al. 2005).

Concernant la *validité prédictive*, les auteurs ont rapporté un taux de mortalité accru (après 6 mois, 1 an et 3 ans) parmi des patients dénutris et ce, par rapport à des patients ayant un bon état alimentaire (Christensson, L. Unosson, M. & Ek, A.C., 2002; Duerksen D.R., Yeo, T.A. Siemens, J.L. & O'Connor, M.P. 2000; Persson et al. 2002).

En ce qui concerne la durée de séjour, ils n'ont pas trouvé d'association significative avec la dénutrition ($P=0.130$) (Bauer J.M. et al. 2005).

La *validité du construit* a été démontrée en considérant des groupes de patients qui étaient clairement différents (Ulander, K., Grahn, G., & Jeppsson, B., 1993).

Le PG-SGA a été évalué par rapport au SGA et aux marqueurs de sérum (comme la S-albumine et la P-préalbumine) (*validité concurrente*) (Bauer, J.; Capra, S. & Ferguson, M. 2002; Persson, C., Sjöden, P.-O., Glimelius, B. 1999). La *sensibilité* (98%) et la *spécificité* (82%) étaient élevées par rapport au SGA. Les *valeurs prédictives positive* (95%) et *negative* (93%) ont aussi pu être considérées comme élevées. La durée d'hospitalisation était associée significativement avec la dénutrition ($r=0.3$; $P=0.034$). Une association entre la mortalité et la dénutrition n'était pas significative (Bauer, J.; Capra, S. & Ferguson, M. 2002). Les composantes du PG-SGA étaient associées de manière significative à la classification du SGA (*validité du construit*) (Persson, C., Sjöden, P.-O., Glimelius, B. 1999).

FACILITÉ D'UTILISATION

L'utilisation du SGA semblait plutôt complexe (Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. 2003). Cependant, cet apprentissage adressé à des médecins était aisé (Detsky, A. S. et al., 1987).

Des patients ont déclaré que les questions du PG-SGA étaient compréhensibles et faciles à remplir (Persson, C.; Sjöden, P.-O. & Glimelius B. 1999). Alors que le dispensateur de soins (médecin, diététicienne, infirmière) était tenu de remplir l'entièreté du SGA, le PG-SGA pouvait partiellement être complété par le patient lui-même. Ceci faisait que l'instrument était rapide d'utilisation (Bauer, J.; Capra, S. & Ferguson, M. 2002).

Le tableau ci-après fournit les réponses des experts concernant la convivialité de l'instrument susmentionné. Les résultats proviennent ayant fourni d'un certain nombre d'experts ayant une réponse précise (il s'agit de nombres absolus). Les commentaires individuels sont disponibles en annexe 3.

| Précision | Précis | Plus ou moins | Pas précis | |
|--|---------|---------------|-------------|----------------|
| <i>Définition</i> | 0 | 2 | 9 | |
| <i>Manuel d'instruction</i> | 0 | 4 | 7 | |
| Simplicité d'utilisation | Oui | | Non | |
| <i>Formation préalable nécessaire</i> | 0 | | 11 | |
| <i>Consultation des définitions non</i> | 3 | | 8 | |
| <i>Présence du patient requise</i> | 10 | | 1 | |
| <i>Participation active du patient</i> | 7 | | 4 | |
| Simplicité des questions | Oui | +/- | Non | Non applicable |
| | 0 | 2 | 8 | 1 |
| Atteinte à la vie privée | Oui | | Non | |
| | 2 | | 9 | |
| Durée de passation | < 1 min | 1 - 3 min | >3 min-5min | > 5 min |
| <i>Durée</i> | 0 | 1 | 4 | 6 |
| Conclusion | Simple | | Pas simple | |
| <i>Facilité du calcul du score total</i> | 8 | | 3 | |
| <i>Discrimination des patients</i> | 6 | | 4 | |
| | | | 0 | |

Tableau 6: Convivialité de l'instrument SGA rapportée par les experts (n=11).

REMARQUES

Une étude de Duerksen et al. (2000) confirmait la validité et la reproductibilité dans une population de personnes âgées. Des paramètres objectifs (anthropométriques, biochimiques et immunologiques) ont été influencés par des facteurs qui n'avaient rien à voir avec l'alimentation. Afin de contourner cela, une évaluation subjective de l'état alimentaire a été considérée (Bauer, J.; Capra, S. & Ferguson, M. 2002). L'application du SGA se faisait au fil des années généralement sur base de l'interprétation propre et sans formation à l'utilisation de l'instrument (Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. 2003). La variable « maladie et la relation avec des exigences alimentaires » semblait difficile à évaluer et pouvait être enlevée du SGA (Detsky, A. S. et al., 1987). Il a été estimé que le SGA devait être interprété comme cadre. Pour ce faire, le dispensateur de soins devait tenir compte de la pathologie du patient dans le cas où des aspects complémentaires pouvaient être nécessaires (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2008).

RÉFÉRENCES

Bauer, J. M., Vogl, T., Wicklein, S., Trogner, J., Muhlberg, W., & Sieber, C. C. (2005). Comparison of the Mini Nutritional Assessment, Subjective Global Assessment, and Nutritional Risk Screening (NRS 2002) for nutritional screening and assessment in geriatric hospital patients. *Z.Gerontol.Geriatr.*, *38*, 322-327.

Bauer,J.; Capra,S.; Ferguson,M. (2002) Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *Eur. J. Clin. Nutr.* *56* (8) 779-785.

Christensson, L., Unosson, M., & Ek, A. C. (2002). Evaluation of nutritional assessment techniques in elderly people newly admitted to municipal care. *Eur.J.Clin.Nutr.*, *56*, 810-818.

Detsky, A. S., McLaughlin, J. R., Baker, J. P., Johnston, N., Whittaker, S., Mendelson, R. A., & Jeejeebhoy, K. N. (1987). What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J.Parenter.Enteral Nutr.*, *11*, 8-13.

Duerksen, D. R., Yeo, T. A., Siemens, J. L., & O'Connor, M. P. (2000). The validity and reproducibility of clinical assessment of nutritional status in the elderly. *Nutrition*, *16*, 740-744.

Ek, A. C., Unosson, M., Larsson, J., Ganowiak, W., & Bjurulf, P. (1996). Interrater variability and validity in subjective nutritional assessment of elderly patients. *Scand.J.Caring.Sci.*, *10*, 163-168.

Persson, C.; Sjoden, P.O.; Glimelius, B. (1999) The Swedish version of the patient-generated subjective global assessment of nutritional status: gastrointestinal vs urological cancers. *Clinical Nutrition*. *18*(2) 71-77.

Persson, M. D., Brismar, K. E., Katzarski, K. S., Nordenstrom, J., & Cederholm, T. E. (2002). Nutritional status using mini nutritional assessment and subjective global assessment predict mortality in geriatric patients. *J.Am.Geriatr.Soc.*, *50*, 1996-2002.

Ulander, K., Grahn, G., & Jeppsson, B. (1993). Subjective assessment of nutritional status-validity and reliability of a modified Detsky index in a Swedish setting. *Clin.Nutr.*, *12*, 15-19.

Yamauti, A. K., Ochiai, M. E., Bifulco, P. S., de Araujo, M. A., Alonso, R. R., Ribeiro, R. H., & Pereira-Barretto, A. C. (2006). Subjective global assessment of nutritional status in cardiac patients. *Arq Bras. Cardiol.*, 87, 772-777.

OÙ TROUVER L'INSTRUMENT DE MESURE

Detsky, A.S., McLaughlin, J.R., Baker, J.P., Johnston, N. Whittaker, S., Mendelson, R.A., et al. (1987). What is subjective global assessment of nutritional status? *J. Parenter. Enteral. Nutr.* 11(1), 8-13

Subjective Global Assessment

Detsky, A.S., McLaughlin, J.R., Baker, J.P., Johnston, N., Whittaker, S., Mendelson, R.A., et al. (1987)

| Author (year) | Setting | Sample (n) | Design | Reliability | Validity |
|---|---------------------------------|---|--|-------------|------------------------|
| Christensson, L., Unosson, M. & Ek, A.C. 2002 | A municipality of South Sweden | n= 261 148 female, 113 male newly admitted to special types of housing for the elderly | Cross-sectional study. Evaluation of 2 nutritional assessment techniques (SGA and MINA) | | CrV Sen Sp OR |
| Bauer, J.M. et al. 2005 | 2 acute geriatric wards | 112 geriatric hospital patients | Comparative prospective study | | CrV |
| (Persson, M. D., Brismar, K. E., Katzarski, K. S., Nordenstrom, J., & Cederholm, T. E., 2002) | Acute geriatric inpatient wards | Acute geriatric patients (n= 83) | Prospective follow-up study | | CrV |
| Yamauti, A.K. et al. 2006 | Hospital | Hospitalised patients (n=106) with heart disease of several etiologies (group 1) and patients with decompensated congestive heart failure, functional class IV and left ventricular ejection fraction (group 2) | Cross-sectional study | | Sen Sp |

Fiabiliteit/ betrouwbaarheid: Stability (S), Internal Consistency (IC), Equivalence (E)

Validiteit/ validiteit: Face Validity (FV), Content Validity (CtV), Criterion Validity (CrV), Construct Validity (CsV)

Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood

| Results reliability | Results validity | Commentary |
|---------------------|---|--|
| | <p>CrV concurrent validity Sen 0.93 Spec 0.61</p> <p>CrV Predictive validity Mortality rate 6 months after admission was significantly higher in residents classified as malnourished.</p> <p>CrV Concurrent validity Researchers found highly significant associations between the nutritional condition of patients according to the different tests (SGA, NRS 2002 & MNA) and BMI (Kruskal-Wallis, $p<0.01$)</p> <p>No significant association could be found with serum albumin level. (Kruskal-Wallis, $p<0.05$).</p> <p>Predictive validity No significant association was found for length of stay ($P=0.130$)</p> <p>CrV Concurrent validity SGA, MNA and MNA-SF were highly correlated to each other ($r=0.77$ to 0.93) The SGA correlated highly with objective nutritional indicators such as anthropometry and body composition data. No correlation was found with biochemical measurements.</p> <p>CrV Predictive validity Mortality was higher in malnourished patients (40% after 1 yr, 80% after 3 yrs) compared with patients classified as well nourished (20% after 1 yr ($P=0.03-0.17$), 50% after 3 yrs ($p<0.01$))</p> | <p>The relationship was not specified with a correlation coefficient (r).</p> <p>Patients with severe dementia could not participate in the study. Serum albumin is an often-used indicator of nutritional status, but this study did not explain its use in acutely admitted geriatric patients. Nearly half of the patients suffered from infections, this could have changed the levels.</p> |

Ratio (LR), Odds Ratio (OR), Area Under the Curve (AUC)

Fiabiliteit/ betrouwbaarheid: Stability (S), Internal Consistency (IC), Equivalence (E)

Validiteit/ validiteit: Face Validity (FV), Content Validity (CtV), Criterion Validity (CrV), Construct Validity (CsV)

Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR)

| Results reliability | Results validity | Commentary |
|---------------------|--|---|
| | <p>According to the SGA, patients were initially classified in: well nourished (<17 points) and malnourished (≥ 17 points).</p> <p>ROC curve showed a cut-off score of 16 as the SGA cut-off point with greatest sensitivity and specificity in all patients: Sen 62.2% Sp 55.7% AUC 0.601 (95%CI: 0.487-0.715)</p> <p>For group 2: SGA sensitivity based on anthropometric assessment: Sen 70.4%</p> <p>For group 2: SGA sensitivity based on anthropometric measurement AND laboratory tests (serum albumin level & total lymphocyte count): Sen 76,5%.</p> | <p>SGA depended on the interviewers training and on the interpretation of the collected data, subjectivity of which may be minimized by assigning points to questionnaire items (like the authors did).</p> <p>The SGA malnutrition rate may have been underestimated, because the questionnaire applied did not discriminate weight gain due to sodium and water retention, common in patients with heart failure.</p> |

Fiabiliteit/ betrouwbaarheid: Stability (S), Internal Consistency (IC), Equivalence (E)

Validiteit/ validiteit: Face Validity (FV), Content Validity (CtV), Criterion Validity (CrV), Construct Validity (CsV)

Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR), Area Under the Curve (AUC)

| Author (year) | Setting | Sample (n) | Design | Reliability | Validity |
|--|--|--|---------------------|-------------|------------------|
| (Duerksen, D. R., Yeo, T. A., Siemens, J. L., & O'Connor, M. P., 2000) | Geriatric and rehabilitation units at 4 different centers in Winnipeg Canada | Elderly patients (n=87) | Not specified | E | CrV |
| Bauer, J.; Capra, S. & Ferguson, M. (2002) | Oncology ward of a private tertiary Australian hospital | Cancer patients (n=71) | Observational study | IC | CrV Sen Sp |
| (Persson, C., Sjöden, P.-O., Glimelius, B. 1999) | Outpatient unit of the Department of Oncology, Sweden | Patients with gastrointestinal and urological tumors (n=87) | Not specified | E | CrV |
| (Detsky, A. S. et al., 1987) | 2 hospitals, Toronto | Hospitalized patients before gastrointestinal surgery (n=202) | Not specified | E | CsV |
| (Ulander, K., Grahm, G., & Jeppsson, B., 1993) | Swedish setting | Patients undergoing gastrointestinal surgery | Validation study | IC E | CtV CsV |
| (Ek, A. C., Unosson, M., Larsson, J., Ganowiak, W., & Bjurulf, P., 1996) | Swedish setting | Elderly (n=90) newly admitted to a geriatric clinic; 47female, 43 male | Not specified | E | CrV |

Fiabiliteit/ betrouwbaarheid: Stability (S), Internal Consistency (IC), Equivalence (E)

Validiteit/ validiteit: Face Validity (FV), Content Validity (CtV), Criterion Validity (CrV), Construct Validity (CsV)

Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR), Area Under the Curve (AUC)

| Results reliability | Results validity | Commentary |
|---|--|---|
| <p>E interrater reliability</p> <p>Interobserver agreement (between the two physicians) after the initial clinical assessment occurred in 73.6% of the subjects was moderate ($\kappa=0.48 \pm 0.17$)</p> | <p>CrV Concurrent validity</p> <p>A significant correlation was found between observer agreement (2 physicians) and anthropometric data of triceps skinfold, subscapular skinfold and BMI (not for muscle strength and laboratory data). The use of skinfold callipers (skinfold measurements) improved agreement between the physician's nutritional classification to include 80% of the subjects ($\kappa=0.61$)</p> <p>Predictive validity</p> <p>Correlation between severely malnourished patients & mortality</p> <p>CrV Concurrent validity</p> <p>The PG-SGA was compared with SGA: Sen 98 % Sp 82% PPV 95% NPV 93%</p> <p>Predictive validity</p> <p>There was a significant correlation between PG-SGA score and length of stay ($r=0.3$; $P=0.034$). The median stay was 7 days for well-nourished and 13 days for malnourished patients ($P=0.024$). There was no significant relation between malnutrition and mortality. There was a significant difference for re-admission within 30 days of discharge (severely malnourished patients had the lowest re-admission rates).</p> <p>CrV Concurrent validity</p> <p>There was a concordance between nutritional status assessed by the PG-SGA and levels of nutritional serum marker (S-albumin and prealbumin).</p> <p>CsV</p> <p>The different components of PG-SGA were related to the SGA-class. All components had a significant relation to SGA-class.</p> | <p>The moderate agreement between the two observers in this study was lower than the reported agreement in non-elderly subjects. It may have been related to changes in body composition or ability to obtain an accurate nutritional history.</p> <p>They found no significant relation between mortality and SGA classifications. The time period for follow up of 30 days post discharge was probably too short to demonstrate a difference.</p> <p>The re-admission was not a useful outcome measure.</p> <p>A limitation could be the selection bias by the convenience sample and exclusion of the patients with physical, cognitive or emotional problems that prevented them from completing the scored PG-SGA.</p> |
| <p>E Interrater reliability</p> <p>There was agreement in the classification into SGA A, SGA B, SGA C classes between doctor and dietician in 90% of the patients.</p> | <p>CrV Concurrent validity</p> <p>There was a concordance between nutritional status assessed by the PG-SGA and levels of nutritional serum marker (S-albumin and prealbumin).</p> <p>CsV</p> <p>The different components of PG-SGA were related to the SGA-class. All components had a significant relation to SGA-class.</p> | |

Fiabiliteit/ betrouwbaarheid: Stability (S), Internal Consistency (IC), Equivalence (E)

Validiteit/ validiteit: Face Validity (FV), Content Validity (CtV), Criterion Validity (CrV), Construct Validity (CsV)

Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR), Area Under the Curve (AUC)

| Results reliability | Results validity | Commentary |
|---|---|---|
| <p>E Interrater reliability Between 2 clinicians: $\kappa= 0.784$ (CI 95% 0.624-0.944; $P<0.001$) Between the 3 pairs of raters: Nurse A-Resident A: $\kappa= 0.81$ Nurse A-Resident B: $\kappa= 0.60$ Nurse A-Resident C: $\kappa= 1.0$ Nurse B-Resident C: $\kappa= 1.00$</p> | <p>Results validity CsV convergent validity The SGA rank varied with the nutritional measures used.</p> | <p>There was a good level of agreement between observers, however, the level of agreement varied between pairs of raters. The author concluded that the variable 'disease and its relation to nutritional requirements' was difficult to assess and should be excluded from the SGA.</p> |
| <p>IC Judgements by an expert panel resulted in 65% agreement</p> <p>E Results showed 75% agreement by 3 Registered Nurses (n=20)</p> | <p>CtV (for the translated version= Swedish) Judgements by an expert panel resulted in 80% agreement</p> <p>CsV -By using contrasting patient-groups (n=20) -90% agreement with a medical expert as 'gold standard'</p> | <p>The raters knew the diagnosis of the patients: the results might have been biased.</p> |
| <p>E Agreement rate between clinician and researcher: 78% ($\kappa= 0.56$; $P>0.001$)</p> | <p>CrV concurrent validity - Results by the clinician: SGA – objective criteria (= combination anthropometry & serum proteins): 57.8% ($\kappa=0.17$) Sen 66.7% Sp 54%</p> <p>- Results by the researcher: SGA – objective criteria: 73.3% ($\kappa=0.46$, $P<0.001$) Sen 85.2% Sp 68.3%</p> | <p>There was a time lapse between the different assessments. For this group of patients it was difficult to interpret whether it was the assessment or the condition that has changed. The agreement level below 80% could be explained by the differences in the experiences of the two observers.</p> |

Fiabiliteit/ betrouwbaarheid: Stability (S), Internal Consistency (IC), Equivalence (E)

Validiteit/ validiteit: Face Validity (FV), Content Validity (CtV), Criterion Validity (CrV), Construct Validity (CsV)

Sensitivity (Sen), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV), Receiver Operating Curve (ROC), Likelihood Ratio (LR), Odds Ratio (OR), Area Under The Curve (AUC)

Source : Detsky, A.S., McLaughlin,J.R., Baker, J.P., Johnston,N. Whittaker,S., Mendelson, R.A., et al. (1987). What is subjective global assessment of nutritional status? J. Parenter. Enteral. Nutr. 11(1), 8-13

A/ History (Select appropriate category with a checkmark, or enter numerical value where indicated by "#")

1. Weight Change

Overall loss in past 6 months: amount = #_____ kg; % loss= #_____

Change in past 2 weeks: _____increase
 _____no change
 _____decrease

2. Dietary intake change (relative to normal)

_____No change

_____Change _____duration = #_____weeks

_____type: _____suboptimal solid diet, _____full liquid diet
 _____hypocaloric liquids, _____starvation

3. Gastrointestinal symptoms (that persisted > 2 weeks)

_____none, _____nausea, _____vomiting, _____diarrhea, _____anorexia

4. Functional Capacity

_____No dysfunction (e.g., full capacity),

_____dysfunction _____duration =# _____weeks

_____type: _____working suboptimally
 _____ambulatory
 _____bedridden

5. Disease and its relation to nutritional requirements

Primary diagnosis (specify)_____

Metabolic demands (stress): _____no stress, _____low stress
 _____moderate stress, _____high stress

B/ Physical (for each trait specify: 0=normal, 1+ = mild, 2+ = moderate, 3+ = severe)

_____ loss of subcutaneous fat (triceps, chest)

_____ muscle wasting (quadriceps, deltoids)

_____ ankle edema

_____ sacral edema

_____ ascites

C/ SGA rating (select one)

_____ A= Well nourished

_____ B= Moderately (or suspected of being) malnourished

_____ C= Severely malnourished

Comment citer ce rapport ?

Bulteel L., Gobert M., Piron C., Filion N., Vanderwee K., Verhaeghe S., Caillet O., Van Durme T., Vandermolen M., Defloor T. (2009) Actualisation de la base de données BeST & Ajout de nouvelles échelles dans la base de données BeST. Bruxelles: Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Gelieve bij gebruik van dit rapport als volgt te refereren :

Bulteel L., Gobert M., Piron C., Filion N., Vanderwee K., Verhaeghe S., Caillet O., Van Durme T., Vandermolen M., Defloor T. (2009) Actualiseren van de bestaande BeST-databank & Aanvullen van de bestaande BeST-databank met nieuwe schalen. Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid van de voedselketen en leefmilieu.