Prevalentie van ondervoeding bij ouderen vastgesteld door zelfscreening

Ine van Eekelen, KU Leuven

Sophie de Leede, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2022 – 2023

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Prevalentie van ondervoeding bij ouderen vastgesteld door zelfscreening

Huisarts in opleiding: Ine van Eekelen, Sophie de Leede, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, KU Leuven

ABSTRACT

Inleiding

Thuiswonende ouderen hebben een risico op ondervoeding; dit heeft grote gevolgen. Ondervoede ouderen zijn kwetsbaarder voor hospitalisaties en complicaties en de slechte voedingsstatus heeft een negatieve impact op hun levenskwaliteit. Bovendien sterven ondervoede ouderen eerder dan ouderen met een goede nutritionele status. De Belgische kosten voor de gezondheidszorg als gevolg van niet-behandelde ondervoeding werden geschat op 400 miljoen euro per jaar in 2005. Het is dus belangrijk om ondervoeding vroegtijdig op te sporen en te behandelen.

Methode

In deze studie wordt de prevalentie van ondervoeding bij ouderen onderzocht, om deze te vergelijken met de reeds gekende prevalentiecijfers. Dit door middel van zelfscreening, dat past in een innovatieve strategie om patiënten meer te betrekken bij hun eigen gezondheid. Vervolgens wordt onderzocht of patiënten met (risico op) ondervoeding een beleid koppelen aan deze uitkomst en wordt het effect op de voedingsstatus hiervan bekeken.

Resultaten

Uit de onderzoekspopulatie blijken vier patiënten oftewel vijf procent ondervoed te zijn en 16 patiënten oftewel 18% at risk voor ondervoeding. De score is bij 40% van de patiënten met (een risico op) ondervoeding verbeterd na enkele maanden. Echter slechts drie van de acht patiënten hebben actief aan een verbetering van de voedingstoestand gewerkt. Dit was telkens zonder tussenkomst van zorgverleners.

Discussie

De prevalentie van ondervoeding lijkt stabiel te zijn. MNA-SF blijft de gouden standaard voor screening naar ondervoeding. Een laag BMI kan helpen om een inschatting te maken op het risico op ondervoeding. Patiënten met (risico op) ondervoeding lijken niet geneigd te zijn zelfstandig hulpverleners te betrekken voor een gezonde voedingsstatus.

INHOUDSOPGAVE

ABSTRACT 3

INHOUDSOPGAVE 4

INLEIDING 5

DOELSTELLING 8

METHODE 9

Ethisch comité 9

Studieopzet 9

Onderzoekspopulatie 10

Dataverzameling en -analyse 10

RESULTATEN 12

Prevalentie van ondervoeding 12

Opvolging na beleid bij MNA-SF ≤11 14

DISCUSSIE 16

Belangrijkste bevindingen 16

Limitaties 17

Suggesties voor de toekomst 17

REFERENTIES 19

BIJLAGEN 20

Gunstig advies ethisch comité 20

MNA-SF 21

Informatiebrief huisarts 22

Informatiebrief patiënt en informed consent 24

Reflectie – Sophie de Leede 28

Reflectie – Ine van Eekelen 31

INLEIDING

Het belang van een evenwichtig voedingspatroon en een actieve levensstijl wordt op latere leeftijd frequent verwaarloosd. Een goede nutritionele status draagt echter bij aan een goede mobiliteit, grotere veerkracht en betere weerstand tegen mogelijke ziektes (1). Wanneer er sprake is van een onevenwichtig voedingspatroon, kunnen de gevolgen groot zijn.

Een onevenwichtig voedingspatroon is een complex multifactorieel probleem; er worden verschillende definities aan gewijd. Malnutritie en ondervoeding zijn twee begrippen die in de literatuur vaak door elkaar worden gebruikt. De European Society of Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) beschouwt hen als synoniemen:

"a state resulting from lack of intake or uptake of nutrition that leads to altered body composition (decreased fat free mass) and body cell mass leading to diminished physical and mental function and impaired clinical outcome from disease (2)"

Door het feit dat er verschillende definities worden gegeven aan de begrippen, zijn prevalentiecijfers vaak zeer uiteenlopend. Een meta-analyse in 2015 onderzocht de prevalentie van malnutritie aan de hand van de Mini Nutrition Assessment (MNA) vragenlijst en vond dat 3% van de thuiswonende ouderen voldeed aan de definitie van malnutritie (MNA-score < 17). Van deze populatie was 27% at risk (MNA-score 17-23,5) (3). De NutriAction II studie in 2013 onderzocht de prevalentie van ondervoeding in België bij meer dan 800 thuiswonende 70+ers aan de hand van de short form Mini Nutrition Assessment (MNA-SF) vragenlijst, afgenomen door verpleegkundige, arts en andere zorgverleners. Aan de definitie van malnutritie (MNA-SF < 8) voldeed 7% en 29% was at risk (MNA-SF 8 – 11) (1). Voor het vervolg van het onderzoek zal consequent de term ondervoeding gebruikt worden.

Fysiologische, psychologische en sociale veranderingen die samenhangen met het verouderingsproces liggen vaak aan de basis van ondervoeding. Denk bijvoorbeeld aan een fysiologische verandering van sensoriële functies zoals smaak, geur en zicht; verminderde intake door depressie of angst; het gebrek aan aangepast of aantrekkelijk eten. Deze factoren

hebben allemaal een invloed op de voedselinname en het lichaamsgewicht. Bijkomende ziekte kan het proces versnellen, maar ziekte kan ook een gevolg zijn van ondervoeding (4).

De gevolgen van ondervoeding zijn niet te onderschatten: tekorten aan vitaminen en mineralen maken dat er een hoger risico is op bijvoorbeeld cardiovasculaire ziekten, osteoporose en immuundeficiënties. Het maakt ouderen dus kwetsbaarder voor hospitalisaties, complicaties en heeft ook een negatieve impact op hun levenskwaliteit (bijvoorbeeld mobiliteit en afhankelijkheid in ADL) (5). Bovendien sterven ondervoede ouderen eerder dan ouderen met een goede nutritionele status (1, 6). De Belgische kosten voor de gezondheidszorg als gevolg van niet-behandelde ondervoeding werden geschat op 400 miljoen euro per jaar in 2005 (7). De ziekenhuiskosten voor een ondervoede patiënt ligt ongeveer 19% hoger dan voor een patiënt met een normale voedingsstatus (8). Des te langer er sprake is van ondervoeding, des te moeilijker ze te behandelen is.

Het is dus belangrijk dat ondervoeding zo vroeg mogelijk wordt gedetecteerd en hiervoor zijn verschillende screeningsinstrumenten ontwikkeld. Het screeningsinstrument dat in deze studie wordt besproken en gebruikt, is de Mini Nutritional Assessment (MNA). Dit instrument is ontwikkeld door Vellas, Guigoz en Garry et al. in 1999 en ondertussen het meest gebruikte en onderzochte screeningsinstrument voor malnutritie bij ouderen (4). ESPEN raadt het gebruik hiervan dan ook aan, hetzij in de volledig vorm (MNA), hetzij in de verkorte vorm: de short form Mini Nutrition Assessment (MNA-SF) (2).

De MNA bevat 18 items welke ingedeeld kunnen worden in vier categorieën: antropometrische beoordeling, globale beoordeling, voedselbeoordeling en subjectieve beoordeling. Gezien het volledig afnemen van deze assessment tijd belastend is, werd de MNA-SF ontwikkeld die slechts 6 onderwerpen bespreekt: gewichtsverlies, eetlust, mobiliteit, psychologische stress, neuropsychologische problemen en BMI.

Donini et all. toonde in 2018 aan dat zelfscreening met behulp van MNA waardevol is om bij ouderen te screenen naar (het risico op) ondervoeding. Dit betekent dat er slechts 1% van de ouderen met ondervoeding gemist worden door zelfscreening (9).

Thuiswonende ouderen hebben dus een risico op ondervoeding; dit heeft zoals hierboven beschreven grote gevolgen. Het is belangrijk om dit vroegtijdig op te sporen en te behandelen. In deze studie wordt de prevalentie van ondervoeding bij ouderen onderzocht, om deze de vergelijken met de reeds gekende prevalentiecijfers. Dit door middel van zelfscreening, dat past in een innovatieve strategie om patiënten meer te betrekken bij hun eigen gezondheid. Vervolgens wordt onderzocht of patiënten met (risico op) ondervoeding een beleid koppelen aan deze uitkomst en wordt het effect op de voedingsstatus hiervan bekeken.

DOELSTELLING

Het doel van dit onderzoek is om de prevalentie van ondervoeding bij thuiswonende ouderen in kaart te brengen door zelfscreening en deze te vergelijken met de reeds bestaande prevalentiecijfers. Dit wordt gemeten aan de hand van de uitkomst op de zelfscreeningstool MNA-SF ≤7.

Secundaire uitkomstmaat is het beleid na een score van MNA-SF ≤11, wat gelijk staat aan risico op ondervoeding of effectief ondervoed. Uitkomsten zijn: advies van de huisarts, doorverwijzing naar andere hulpverlener of geen actie ondernomen. Gekoppeld aan dit beleid wordt de nieuwe voedingsstatus op dat moment bekeken.

METHODE

Ethisch comité

Dit onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité van de KU Leuven/UZ Leuven op 31/01/2022. (Bijlage 1, MP018504)

Studieopzet

De beide luiken van onze studie betreffen een cross-sectioneel onderzoek. Er werden data verzameld van verschillende individuen op één bepaald tijdstip.

Het eerste deel van de studie betreft een prospectief onderzoek waar thuiswonende 65+'ers werden geïncludeerd in de periode tussen 1 april 2022 en 31 augustus 2022. De voedingsstatus van deze ouderen werd onderzocht via een zelfscreening met behulp van het screeningsinstrument MNA-SF, welke aangeboden wordt door de huisarts en verpleging. Deze zelfscreeningstool kan ook worden ingevuld door de patiënt zelf of door de mantelzorger.

Op de MNA-SF kan een maximum van 14 punten worden gescoord. Bij 12 tot en met 14 punten is er een normale voedingstoestand, bij 8 tot en met 11 punten is er risico op ondervoeding en een patiënt die 7 of lager scoort, is ondervoed.

We noteren voor de MNA-SF een sensitiviteit van 97,9% en een specificiteit van 100% voor het identificeren van patiënten met een verhoogd risico op ondervoeding. Er werd tevens een hoge correlatie gevonden tussen de MNA en de MNA-SF ($r = 0,945$). Dit betekent dat de MNA-SF een valide methode is om ondervoeding bij ouderen te meten (4).

Het tweede deel van de studie focust op het verdere beleid na een score MNA-SF ≤11, aan de hand van een cross-sectioneel onderzoek.

Onderzoekspopulatie

De volgende inclusiecriteria werden gehanteerd voor het includeren van de ouderen: mannen en vrouwen van ≥65 jaar, thuiswonend of wonend in een serviceflat, onafhankelijk van onderliggende aandoeningen. Ouderen afhankelijk van parenterale voeding werden niet meegenomen in de studie.

Er werd gestreefd naar een studiegrootte van ongeveer 200 patiënten gebaseerd op een convenience sample size. Uiteindelijk werden er 87 patiënten geïncludeerd.

Dataverzameling en -analyse

Deelnemers worden uitgenodigd deel te nemen aan de studie via hun eigen huisarts of verpleegkundigen die meewerken aan de studie. De deelnemers worden at random gerekruteerd, indien deze aan de inclusiecriteria voldoen. Wanneer deze personen toezeggen zal de afname van de vragenlijst plaatsvinden. Bij de start van de vragenlijst zal de onderzoeker de geïnformeerde toestemming bezorgen aan de deelnemer waarin duidelijkheid gegeven wordt over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek; de mogelijke voordelen, risico's, en nadelen verbonden aan de deelname; de verwerking van de persoonsgegevens, alsook de bewaartermijn en opslag van deze gegevens. Deze ICF wordt samen met de deelnemer overlopen. Zowel in de ICF als bij de start van de vragenlijst wordt duidelijk vermeld dat de persoon in kwestie niet verplicht is om deel te nemen. Zowel voor het deelnemen als het niet deelnemen, als voor het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek zijn er geen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie. Daarbij kan de vragenlijst op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. De data van niet afgeronde vragenlijsten zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd. Informatiebrief voor de huisarts en het informed consent voor de deelnemer staan in bijlage.

Ingevulde screeningsdocumenten werden gescoord op basis van het behaalde aantal punten en onderverdeeld in 3 groepen zoals hierboven reeds vermeld. De resultaten werden meegedeeld aan de patiënten. Zij kregen aan de hand van de score passend advies van hun huisarts. Dit advies werd niet gestandaardiseerd in dit onderzoek.

Voor het eerste luik van het onderzoek werden alle gegevens verzameld in Excel. De kwantitatieve analyse wordt uitgevoerd met behulp van Excel, aan de hand van statistische toetsen en regressieanalyse. Hierbij wordt de relatie tussen de verschillende parameters geanalyseerd.

Voor het tweede deel werden de patiënten met een (risico op) ondervoeding opnieuw gecontacteerd. De uiteindelijke scores na eventueel beleid werden genoteerd in Excel. Omwille van de kleine populatie is er verder geen statistiek op toegepast. Verdere uitkomsten qua beleid werden genoteerd.

RESULTATEN

Prevalentie van ondervoeding

Van de 87 onderzochte patiënten blijken er vier oftewel vijf procent ondervoed te zijn (MNA-SF <8) en 16 oftewel 18% at risk voor ondervoeding (MNA-SF 8-11). Alle resultaten zijn weergegeven in tabel 1.

De ondervoede groep bestaat uit twee mannen en twee vrouwen. In deze studie blijken vrouwen meer risico te hebben op ondervoeding dan mannen (23% versus 14%). De statistische analyse in tabel 2 laat zien dat de voedingstoestand tussen mannen en vrouwen niet significant verschilt (p=0,50638396).

De gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie is 79 jaar. Gemiddelde leeftijd van de ondervoede patiënten bedraagt 82 jaar (SD±7.33). Ook de leeftijd blijkt geen significant verschil te maken op de voedingstoestand, dit is weergegeven in tabel 3 (p= 0,494374508).

Het BMI in de verschillende groepen werd bekeken en weergegeven in figuur 1. Het spreidingsdiagram laat zien dat er een zwak positief lineair verband bestaat tussen het BMI en de uitkomst van de zelfscreening van dezelfde patiënt op ondervoeding (Pearson's correlatiecoëfficiënt = r = 0,41359043). Dit wil zeggen dat de voedingstoestand hoger scoort op zelfscreening naarmate het gemiddelde BMI stijgt.

Alle ondervoede patiënten gaven een verminderde eetlust aan. Drie van de vier (75%) van de ondervoede patiënten hadden in de afgelopen maanden meer dan drie kilogram lichaamsgewicht verloren. Van de patiënten met risico op ondervoeding was dit slechts zes procent en in de groep van normale voedingstoestand kwamen geen patiënten voor met een gewichtsverlies van meer dan drie kilogram in de afgelopen maanden.

Tabel 1: Resultaten voedingstoestand

	Normale voedingstoestand		Risico op ondervoeding		Ondervoed		Totaal
Totaal	67	77%	16	18%	4	5%	87
Man	36	82%	6	14%	2	5%	44
Vrouw	31	72%	10	23%	2	5%	43
65-75	26	84%	4	13%	1	3%	31
76-85	30	81%	6	16%	1	3%	37
86-100	11	58%	6	32%	2	11%	19
Sterk verminderde eetlust	0	0%	0	0%	4	100%	4
Matige verminderde eetlust	3	30%	7	70%	0	0%	10
BMI<21	2	25%	5	63%	1	13%	8
BMI 21-23	10	71%	4	29%	0	0%	14
BMI 23-28	28	80%	4	11%	3	9%	35
BMI > 28	27	90%	3	10%	0	0%	30
Stress/ernstige ziekte	7	35%	10	50%	3	15%	20
Licht dement	2	33%	3	50%	1	17%	6
Ernstig dement/depressief	0	0%	2	100%	0	0%	2
Goed mobiel	63	81%	12	15%	3	4%	78
Minder mobiel (niet zelfstandig buiten)	4	44%	4	44%	1	11%	9

Tabel 2: Voedingstoestand per geslacht

Aantallen	Man	Vrouw	Totaal
Normaal	36	31	67
Risico	6	10	16
Ondervoeding	2	2	4
Totaal	44	43	87

Verwachting	Man	Vrouw	Totaal
Normaal	33,88	33,12	67
Risico	8,09	7,91	16
Ondervoeding	2,02	1,98	4
Totaal	44	43	87
Percentage	50,57%	49,43%	100%

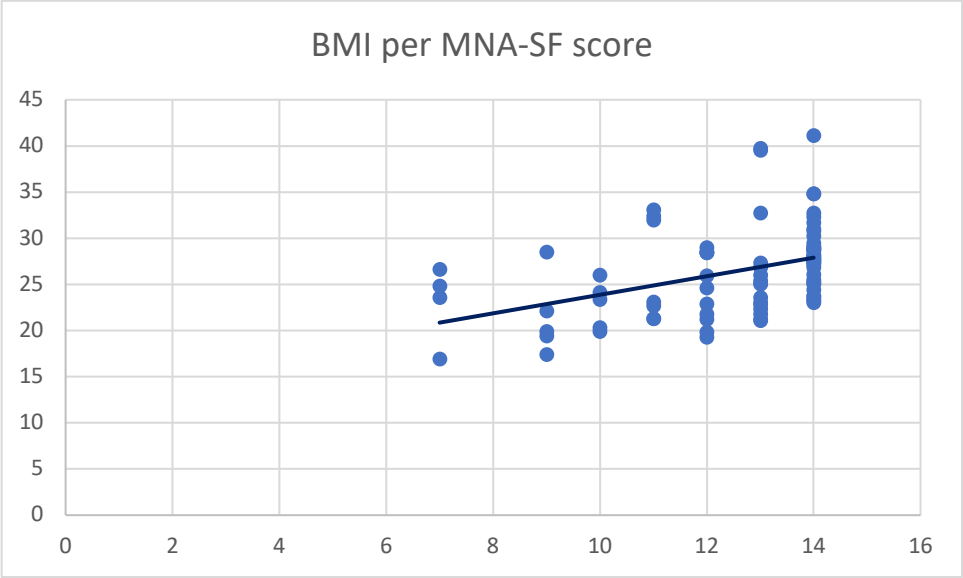
CHIKW.TEST p= 0,50638396

Tabel 3: Voedingstoestand per leeftijd

Aantallen	<85 jaar	>85 jaar	Totaal
Normaal	56	11	67
Risico	10	6	16
Ondervoeding	2	2	4
Totaal	68	19	87

Verwachting	<85 jaar	>85 jaar	Totaal
Normaal	52,37	14,63	67
Risico	12,51	3,49	16
Ondervoeding	3,13	0,87	4
Totaal	70,00	19,00	87
Percentage	78,16%	21,84%	100%

CHIKW.TEST p= 0,49437451



Pearson's correlatiecoëfficiënt: r = 0,41359043

Figuur 1: Voedingstoestand per BMI

Opvolging na beleid bij MNA-SF ≤11

Alle resultaten zijn weergegeven in tabel 4.

De vier patiënten, waarbij ondervoeding werd vastgesteld op zelfscreening, kregen allen adviezen van de huisarts. Dit advies was niet gestandaardiseerd. Twee van de vier patiënten waarbij ondervoeding werd vastgesteld zijn overleden voor er opnieuw contactname was. Bij één patiënt is de score verder gedaald omwille van aanhoudende sterk verminderde eetlust en gewichtsverlies. Er werden geen hulpverleners zoals diëtisten of internisten geraadpleegd voor voedingsadvies. Wel werd er extra advies gevraagd aan apothekers, waardoor energierijke en eiwitrijke drankjes werden opgestart. De laatste patiënt kon stoppen met chemotherapie, waardoor de eetlust terugkeerde en er geen verder gewichtsverlies was. Bij deze patiënt was er bij een nieuwe afname van de zelfscreening hierdoor sprake van een normale voedingstoestand.

De 16 patiënten met risico op ondervoeding werden ook opnieuw geëvalueerd. Hiervan vielen drie patiënten uit, omwille van verhuis naar woonzorgcentrum of geen contact meer mogelijk door verandering van huisarts.

Bij zeven van de 16 patiënten blijkt de score bij contact na enkele maanden verbeterd. Bij enkelen bleek de initiële score een slechte momentopname: deze patiënten verkeerden in momenten van stress, waardoor er slechte scores werden genoteerd. Bij velen, namelijk vier van deze zeven patiënten, viel de stressor weg (bijvoorbeeld door het stoppen van maag belastende medicatie zoals ijzersupplementen, een afgeronde rouwperiode, …), waardoor de MNA-SF score toenam. Van de overige drie patiënten ging er één bij de zoon wonen voor het optimaliseren van de levensstandaard, één patiënt pushte zichzelf om meer te eten en één patiënt vond hulp in het FODMAP-dieet voor zijn prikkelbare darmsyndroom.

Bij vier patiënten bleef de score hetzelfde. De eerste patiënte had een CVA in de voorgeschiedenis, met als gevolg daarvan een laag BMI en een rolstoelgebonden levensstijl. Zij kreeg reeds maaltijden aan huis en is tevreden met het huidige beleid. De patiënte paste dan ook geen maatregelen toe in overleg met haar huisarts. Bij de tweede patiënte probeert de dochter meer de voedingstoestand in het oog te houden, maar haar cognitie gaat achteruit. Patiënte geeft aan niet graag alleen te eten en ze wacht op een plaats in een woonzorgcentrum. De derde patiënte geeft aan een gestresseerd persoon te zijn en niet ontevreden te zijn over haar voedingstoestand, waardoor zij ook geen aanpassingen deed. Voor de laatste patiënte werd meer opvang voorzien gezien de achteruitgang van de cognitie. Ondanks dat de patiënte vijf kilogram was aangekomen, scoorde zij wederom elf punten op de zelfscreeningstool. Bij deze vier patiënten werden dus maatregelen genomen, met de focus op verdere achteruitgang te voorkomen.

De voedingsscore daalde nog verder bij twee personen met risico op ondervoeding. Bij de eerste patiënt was de echtgenote recent overleden, waardoor er een verminderde eetlust en vermagering was. Bij de tweede patiënte was er een verdere achteruitgang van de cognitie; patiënte weigerde met momenten om te eten en verloor hierdoor gewicht. De mantelzorger besliste om hier geen verdere acties naar te ondernemen.

Tabel 4: Resultaten voedingstoestand na opvolging

	Normale voedingstoestand		Risico op ondervoeding		Ondervoed		Overleden		Uitval		Totaal
Totaal	8	40%	6	30%	1	5%	2	10%	3	15%	20
Man	4	50%	3	38%	1	13%	0	0%	0	0%	8
Vrouw	3	25%	5	42%	0	0%	2	17%	2	17%	12
65-75	3	60%	1	20%	0	0%	0	0%	1	20%	5
76-85	1	14%	5	71%	0	0%	1	14%	0	0%	7
86-100	3	38%	1	13%	1	13%	1	13%	2	25%	8

DISCUSSIE

Belangrijkste bevindingen

De prevalentie van ondervoeding bij thuiswonende 65+ers bedroeg in deze studie 5%. 18% was een risico op ondervoeding. Dit is vergelijkbaar met eerdere studies die werden afgenomen aan de hand van MNA-SF bij thuiswonende 70+ers in België. Aan de definitie van malnutritie (MNA-SF < 8) voldeed in die studie in 2013 7% en 29% was at risk (1). Het voorkomen van ondervoeding lijkt dus globaal stabiel.

Ondervoeding wordt vaak verward met een laag BMI. In de klasse BMI <21 kg/m^2 heeft het overgrote deel risico op ondervoeding (vijf patiënten oftewel 63%). Het percentage normale voedingstoestand stijgt met de stijging van het BMI. Er is een zwak positief lineair verband tussen het BMI en de uitkomst van de zelfscreening van dezelfde patiënt op ondervoeding. Echter, de meeste ondervoede patiënten hebben een BMI tussen 23-28 kg/m^2 (drie patiënten oftewel 75%). De sensitiviteit van BMI <23 kg/m^2 om ondervoeding aan te tonen bedraagt 79,5%, met een specificiteit van 77,4%, in vergelijking met de volledige MNA. Dit is beduidend lager dan bij de MNA-SF. Het BMI kan dus helpen om een inschatting te maken van het risico op ondervoeding, maar geeft minder diagnostische zekerheid (10).

Met de stijging van de leeftijd, stijgt ook het risico op ondervoeding, dit verband is niet significant. Leeftijd is dan ook geen item van de MNA-vragenlijst.

Bij 40%, oftewel acht van de 20 patiënten, met (een risico op) ondervoeding, is de score verbeterd na enkele maanden. Echter, slechts drie van de acht patiënten hebben actief aan een verbetering van de voedingstoestand gewerkt. Dit was telkens zonder tussenkomst van zorgverleners. De drie patiënten waarbij de score verslechterde, hadden hier ofwel een medische reden voor ofwel opnieuw een “tijdelijke” stressor. Bij de vier stabiele patiënten lag de focus op verdere achteruitgang te voorkomen.

Limitaties

De studiegrootte van ongeveer 200 patiënten (gebaseerd op een convenience sample size) werd niet behaald. Deze studiegrootte was bepaald om een representatieve prevalentie te hebben voor de inclusiegroep zodat er geen patiënten met ondervoeding werden gemist. Aangezien er maar 87 patiënten werden geïncludeerd en het prevalentiecijfer van ondervoeding in deze populatie onder de 10% ligt, bestaat het risico dat er patiënten zijn gemist met ondervoeding.

De meeste vragenlijsten werden in de huisartspraktijk afgenomen waardoor er automatisch hoog op mobiliteit werd gescoord op de screeningstool.

In de MNA-SF wordt er ook gepolst naar neuropsychologische problemen, waaronder depressie en dementie. Een moeilijkheid hiermee is dat patiënten met een depressie mogelijk minder in contact komt met de huisarts vanwege het passieve en isolerende karakter van de aandoening. Ouderen met dementie wonen over het algemeen niet meer zelfstandig thuis en verblijven grotendeels in een woonzorgcentrum, hierdoor werd deze groep ook minder geïncludeerd.

De onderzoekers staan als HAIO's in multidisciplinaire praktijken in Schoten en Essen. Naar de toekomst toe zou het ook interessant zijn om patiënten te includeren vanuit meer stadse praktijken, wijkgezondheidscentra en forfaitaire praktijken. Zodat de onderzoekspopulatie een grote diversiteit omvat op sociaaleconomisch en cultureel vlak.

Suggesties voor de toekomst

In de toekomst kan er voor de patiënten met risico op ondervoeding gebruik worden gemaakt van flyers, zoals de brochure 'Gezond leven – Preventie ondervoeding bij ouderen' (11). Hierdoor kan er direct een beleid worden gekoppeld aan de screeningstool en een dergelijke informatiefolder kan door de patiënt en de omgeving thuis nogmaals bekeken worden. Nieuw onderzoek kan uitwijzen of er op die manier een verbetering is van de voedingstoestand na enkele maanden.

Zoals hierboven besproken wordt er automatisch hoog op mobiliteit gescoord in de zelfscreeningstool, omdat de meeste vragenlijsten in de huisartsenpraktijk werden afgenomen. In toekomstig onderzoek kan het daarom zeker nuttig zijn om meer in te zetten op zelfscreening na een huisbezoek door de huisarts of via thuisverpleging om zo ook de minder mobiele patiënten meer te includeren.

Het zou ook interessant kunnen zijn om het verschil in voedingsstatus te onderzoeken tussen thuiswonende ouderen en woonzorgcentrumbewoners. Enerzijds omdat er in een woonzorgcentrum vaak samen wordt gegeten en dit een grote impact kan hebben. Anderzijds om het beleid bij risico op ondervoeding te kunnen beoordelen, aangezien de verpleging in het woonzorgcentrum hierop kan toezien.

REFERENTIES

1. Vandewoude MFJ, van Wijngaarden JP, De Maesschalck L, Luiking YC, Van Gossum A. The prevalence and health burden of malnutrition in Belgian older people in the community or residing in nursing homes: results of the NutriAction II study. Aging Clin Exp Res. 2019;31(2):175-83.
2. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clin Nutr. 2017;36(1):49-64.
3. Cereda E, Pedrolli C, Klersy C, Bonardi C, Quarleri L, Cappello S, et al. Nutritional status in older persons according to healthcare setting: A systematic review and meta-analysis of prevalence data using MNA(®). Clin Nutr. 2016;35(6):1282-90.
4. FODVolksgezondheid. INVENTARISATIE VAN ONDERVOEDING BIJ GERIATRISCHE PATIËNTEN VERBLIJVEND OP GERIATRISCHE AFDELINGEN VAN ACUTE ZIEKENHUIZEN.211.
5. Rasheed S, Woods RT. Malnutrition and quality of life in older people: a systematic review and meta-analysis. Ageing Res Rev. 2013;12(2):561-6.
6. Corcoran C, Murphy C, Culligan EP, Walton J, Sleator RD. Malnutrition in the elderly. Sci Prog. 2019;102(2):171-80.
7. VlaamseOuderenraad. Achtergrondnota bij het advies over de aanpak van ondervoeding bij ouderen. 2013:14.
8. Veerle Huysmans CV. Ondervoeding, zwaar onderschat. Domus Medica. 2021.
9. Donini LM, Marrocco W, Marocco C, Lenzi A. Validity of the Self- Mini Nutritional Assessment (Self- MNA) for the Evaluation of Nutritional Risk. A Cross- Sectional Study Conducted in General Practice. J Nutr Health Aging. 2018;22(1):44-52.
10. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(6):M366-72.
11. Dries S. Preventie ondervoeding bij ouderen Vlaams Instituut Gezond Leven. 2021.

BIJLAGEN

Gunstig advies ethisch comité

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP018504
Uw kenmerk: Masterproef studie: Prevalentie van ondervoeding bij ouderen vastgesteld door zelfscreening
Leuven, 31-01-2022

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Birgitte Schoenmakers
Geachte Sophie de Leede, Ine van Eekelen

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 31-01-2022

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

(Tussentijdse goedkeuring van herindiening) In deze studie z

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 27-01-2022 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

MNA-SF

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Achternaam: Voornaam:

Geslacht: Leeftijd: Gewicht, kg: Lengte, cm: Datum:

GSM:

Vul de juist antwoorden op het formulier in. Tel vervolgens de cijfers op voor een totaalscore.

Screening

A Bent U de afgelopen 3 maanden minder gaan eten als gevolg van verminderde eetlust, spijsverteringsproblemen, problemen bij het kauwen en/of slikken?
0 = sterk verminderde eetlust
1 = matige verminderde eetlust
2 = geen verminderde eetlust ☐

B Gewichtsverlies gedurende de afgelopen 3 maanden
0 = gewichtsverlies groter dan 3 kg
1 = weet niet
2 = gewichtsverlies tussen 1 en 3 kg
3 = geen gewichtsverlies ☐

C Mobiliteit
0 = aan bed of stoel gebonden
1 = in staat zelfstandig uit bed/stoel te komen, maar gaat niet naar buiten
2 = gaat zelfstandig naar buiten ☐

D Heeft U gedurende de afgelopen 3 maanden last gehad van psychische stress of een ernstige ziekte?
0 = ja 2 = nee ☐

E Neuropsychologische problemen
0 = ernstig dement of depressief
1 = licht dement
2 = geen psychologische problemen ☐

F1 Body Mass Index (BMI): (gewicht in kg) / (lengte in m)^2 ☐
0 = BMI minder dan 19
1 = BMI tussen 19 en 21
2 = BMI tussen 21 en 23
3 = BMI 23 of meer ☐

INDIEN BMI NIET BEKEND IS, VERVANG VRAAG F1 DOOR VRAAG F2.
BEANTWOORD VRAAG F2 NIET INDIEN VRAAG F1 AL INGEVULD IS.

F2 Omtrek van de kuit (CC) in cm
0 = CC kleiner dan 31
3 = CC 31 of groter ☐

Screening score ☐☐
(max. 14 punten)

12-14 punten: ☐ normale voedingstoestand
8-11 punten: ☐ risico op ondervoeding
0-7 punten: ☐ ondervoed

Bewaren
Printen
Herstellen

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges.* J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).* J. Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. *Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status.* J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.
® Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
Voor meer informatie: www.mna-elderly.com

Informatiebrief huisarts

Exemplaar voor de onderzoeker

Titel van de case report: Detectie van ondervoeding bij ouderen vastgesteld door zelfscreening
Instelling: KU Leuven
Ethisch comité: EC Onderzoek UZ/KU Leuven
Onderzoekers:
- de Leede Sophie, manama huisartsgeneeskunde, sophie.deleede@student.kuleuven.be
- van Eekelen Ine, manama huisartsgeneeskunde, ine.vaneekelen@student.kuleuven.be
- Prof. Schoenmakers Birgitte, birgitte.schoenmakers@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar het voorkomen van ondervoeding bij ouderen en dit vastgesteld aan de hand van zelfscreening. Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie voor deelnemers door te nemen, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een "geïnformeerde toestemming" genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie heeft in eerste instantie het doel om ondervoeding bij niet-gehospitaliseerde ouderen in kaart te brengen door zelfscreening. Studies tonen namelijk aan dat de prevalentie hiervan aanzienlijk is en de gevolgen hiervan zijn niet te onderschatten. Zo is er een verhoogd risico voor bv. ziekenhuisopnames, complicaties en heeft het ook een negatieve impact om hun levenskwaliteit. De kosten voor de gezondheidszorg als gevolg van niet-behandelde ondervoeding is dan ook aanzienlijk.

In tweede instantie willen we nagaan of de voedingstoestand wordt aangepakt wanneer deze ondervoed blijkt te zijn uit de screening. We vragen ons af welk beleid er op dat moment wordt opgesteld.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen, omdat we dan dankzij u een beter zicht krijgen op de prevalentie van ondervoeding bij ouderen. Daarnaast kan er, indien aangewezen, ook iets gedaan worden aan uw eigen voedingstoestand.

Aan deze studie zullen ongeveer 200 personen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u ouder zijn dan 65 jaar, moet u thuis wonen en mag u niet afhankelijk zijn van parenterale voeding.

De onderzoeker zal u vragen om een vragenlijst in te vullen die peilt naar uw voedingstoestand. Het invullen van deze vragenlijsten zal ongeveer 5 minuten van uw tijd in beslag nemen en zal doorgaan bij uw eigen huisarts tijdens de raadpleging of tijdens een huisbezoek.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

De behandeling die u werd voorgesteld werd op de gebruikelijke manier voorgeschreven, in overeenstemming met de voorwaarden voor goede medische praktijk en onafhankelijk van uw eventuele deelname aan deze studie. We zullen u geen enkele aanvullende procedure voor diagnose of opvolging voorstellen. Het beslissen om niet deel te nemen aan de studie zal ook geen gevolgen hebben op uw zorg als patiënt.

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan het voorkomen van ondervoeding bij ouderen.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven.

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

- Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.
- Geen informatie over uw gezondheidstoestand, de geneesmiddelen die u gebruikt of de symptomen die u ervaart te verzwijgen.
- De onderzoeker op de hoogte te brengen als men u voorstelt om aan een andere studie deel te nemen zodat u met hem/haar kan bespreken of u aan deze studie kunt deelnemen en of uw deelname aan de huidige studie moet worden stopgezet;

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker Sophie de Leede via sophie.deleede@student.kuleuven.be of Ine van Eekelen ine.vaneekelen@student.kuleuven.be en de hoofdonderzoeker prof. dr. Schoenmakers via het telefoonnummer +32 16 37 66 21 (werkuren) of via e-mail (brigitte.schoenmakers@kuleuven.be).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

Titel van de studie: Detectie van ondervoeding bij ouderen vastgesteld door zelfscreening

Informatiebrief patiënt en informed consent

Exemplaar voor de deelnemer

Titel van de case report: Detectie van ondervoeding bij ouderen vastgesteld door zelfscreening
Instelling: KU Leuven
Ethisch comité: EC Onderzoek UZ/KU Leuven
Onderzoekers:
- de Leede Sophie, manama huisartsgeneeskunde, sophie.deleede@student.kuleuven.be
- van Eekelen Ine, manama huisartsgeneeskunde, ine.vaneekelen@student.kuleuven.be
- Prof. Schoenmakers Birgitte, birgitte.schoenmakers@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar het voorkomen van ondervoeding bij ouderen en dit vastgesteld aan de hand van zelfscreening. Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie voor deelnemers door te nemen, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina’s met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie heeft in eerste instantie het doel om ondervoeding bij niet-gehospitaliseerde ouderen in kaart te brengen door zelfscreening. Studies tonen namelijk aan dat de prevalentie hiervan aanzienlijk is en de gevolgen hiervan zijn niet te onderschatten. Zo is er een verhoogd risico voor bv. ziekenhuisopnames, complicaties en heeft het ook een negatieve impact om hun levenskwaliteit. De kosten voor de gezondheidszorg als gevolg van niet-behandelde ondervoeding is dan ook aanzienlijk.

In tweede instantie willen we nagaan of de voedingstoestand wordt aangepakt wanneer deze ondervoed blijkt te zijn uit de screening. We vragen ons af welk beleid er op dat moment wordt opgesteld.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen, omdat we dan dankzij u een beter zicht krijgen op de prevalentie van ondervoeding bij ouderen. Daarnaast kan er, indien aangewezen, ook iets gedaan worden aan uw eigen voedingstoestand.

Aan deze studie zullen ongeveer 200 personen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u ouder zijn dan 65 jaar, moet u thuis wonen en mag u niet afhankelijk zijn van parenterale voeding.

De onderzoeker zal u vragen om een vragenlijst in te vullen die peilt naar uw voedingstoestand. Het invullen van deze vragenlijsten zal ongeveer 5 minuten van uw tijd in beslag nemen en zal doorgaan bij uw eigen huisarts tijdens de raadpleging of tijdens een huisbezoek.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

De behandeling die u werd voorgesteld werd op de gebruikelijke manier voorgeschreven, in overeenstemming met de voorwaarden voor goede medische praktijk en onafhankelijk van uw eventuele deelname aan deze studie. We zullen u geen enkele aanvullende procedure voor diagnose of opvolging voorstellen. Het beslissen om niet deel te nemen aan de studie zal ook geen gevolgen hebben op uw zorg als patiënt.

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan het voorkomen van ondervoeding bij ouderen.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven.

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

- Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.
- Geen informatie over uw gezondheidstoestand, de geneesmiddelen die u gebruikt of de symptomen die u ervaart te verzwijgen.
- De onderzoeker op de hoogte te brengen als men u voorstelt om aan een andere studie deel te nemen zodat u met hem/haar kan bespreken of u aan deze studie kunt deelnemen en of uw deelname aan de huidige studie moet worden stopgezet;

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker Sophie de Leede via sophie.deleede@student.kuleuven.be of Ine van Eekelen ine.vaneekelen@student.kuleuven.be en de hoofdonderzoeker prof. dr. Schoenmakers via het telefoonnummer +32 16 37 66 21 (werkuren) of via e-mail (brigitte.schoenmakers@kuleuven.be).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

Titel van de studie: Detectie van ondervoeding bij ouderen vastgesteld door zelfscreening

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik wil graag / Ik wil niet geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

.....

Getuige / Tolk

Ik ben tijdens het volledige proces van informatieverstrekking aan de deelnemer aanwezig geweest en ik bevestig dat de informatie over de doelstellingen en procedures van de studie op adequate wijze is verstrekt, dat de deelnemer (of diens wettelijke vertegenwoordiger) de studie naar alle waarschijnlijkheid heeft begrepen en dat de toestemming voor deelname aan de studie uit vrije wil is gegeven.

Naam, voornaam en hoedanigheid van de getuige: .....

Datum en handtekening van de getuige / tolk: .....

Onderzoeker

Ik ondergetekende ....., onderzoeker / bevoegde onderzoeksmederwerker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

.....

Titel van de studie: Detectie van ondervoeding bij ouderen vastgesteld door zelfscreening

III Aanvullende informatie
1: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité, namelijk EC Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen.

U dient het positief advies van de Ethische Comités in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn[1].

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren [2].

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker op volgend contactadres : (verduidelijken). Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacyteam van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet: Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35, 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact(at)apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Reflectie – Sophie de Leede

Deze thesis voor de huisartsenopleiding is gemaakt in team samen met Ine van Eekelen. Ine en ik kennen elkaar van de opleiding geneeskunde aan de Universiteit van Antwerpen. Tijdens onze opleiding hebben wij naast een mooie en waardevolle vriendschap ook een succesvolle masterproef gecreëerd. De samenwerking tijdens deze eerste masterproef verliep zeer vlot tussen ons. We kenden elkaars manier van werken van de voorafgaande thesis, waardoor we wisten dat deze nieuwe samenwerking voor geen problemen ging zorgen in de toekomst. Voor ons was het dan ook vanzelfsprekend om deze thesis voor de huisartsenopleiding wederom samen te doen. Aangezien Ine en ik elkaar in het dagelijks leven veel zien, hebben wij ook tijdens het maken van deze thesis veel contactmomenten gehad en veel samen overlegd en geschreven.

Over het onderwerp van de thesis waren we het snel eens. We vonden het belangrijk dat het een topic was die in onze huidige praktijken toepasbaar waren en voor kwaliteitsverbetering van de zorg zorgden. Ik heb ook altijd interesse gehad in ouderenzorg en de optimalisatie van kwaliteit van leven onder de (thuiswonende) ouderen. Voor de opvolging van ouderen bestaan er reeds veel tools en preventieve onderzoeken. Het jaarlijks afnemen van de voedingstoestand via de zelfscreeningstool MNA-SF had ikzelf nog onvoldoende gestructureerd in mijn aanpak bij ouderenzorg. Mede door deze studie hebben wij op praktijkniveau de screeningstool geïmplementeerd in ons seizoenschema voor de huisbezoeken, zodat de screening naar voedingstoestand jaarlijks wordt gedaan en er op tijd kan worden ingegrepen als er een verandering van de voedingstoestand optreedt.

Allereerst hebben wij een literatuurstudie gedaan; om te zien wat er over het onderwerp al gekend is. Deze artikelen hebben wij afzonderlijk bekeken en de belangrijkste punten werden gezamenlijk overlopen tijdens een meeting. Er werd een onderzoeksprotocol opgesteld en de aanvraag voor het ethisch comité werd in orde gebracht. Tijdens dit schrijven was er een nauwe samenwerking tussen Ine en mij. Er was een online gedeeld Word-document waar we gezamenlijk in konden typen en direct feedback op elkaar konden geven. Er werd soms telefonisch overlegd of via een online meeting. Ook hebben wij geregeld afgesproken om live

te overleggen en samen te schrijven. Ik bemerkte dat dit het proces vlotter heeft laten verlopen, aangezien er dan direct discussiepunten konden worden besproken en aangepast.
Na de goedkeuring van het ethisch comité konden we van start gaan met de inclusie van de patiënten. Dit hebben we afzonderlijk gedaan in de huisartsenpraktijken waar we op dat moment HAIO waren. Ik heb veel patiënten zelf geïncludeerd tijdens consultaties of huisbezoeken. Daarnaast heb ik onze verpleegkundige aangestuurd om tijdens de inclusieperiode alle thuiswonende 65-plussers te includeren die bij haar op consultatie kwamen of tijdens een huisbezoek. Samen hebben wij andere huisartsen aangespoord voor inclusie van thuiswonende 65-plussers. Dit hebben wij in onze beiden seminariegroepen gedaan. Na de inclusie hebben Ine en ik samen de data in Excel gecodeerd, dit werd wederom in een gedeeld document gedaan. De statistiek die volgde heb ik voor het grootste deel voor mijn rekening genomen. De resultaten werden samen bekeken en geïnterpreteerd. Dit werd ook gedeeld met onze promotor.

Voor het tweede deel van het onderzoek hebben wij de patiënten onderling verdeeld en hebben wij beiden telefonisch contact gehad met de patiënten met (risico op) ondervoeding. Voorafgaand aan het telefonisch contact met de patiënten, hebben we samen nagedacht over de follow-up vragen die wij wilden stellen aan de patiënten, zodat beiden onderzoekers gelijkaardige resultaten konden verkrijgen. Er werd een vragenlijst opgesteld die per patiënt kon worden ingevuld. De resultaten hiervan werden in het Excel bestand toegevoegd als nieuw tabblad.

Het schrijven van het eindwerk verliep wederom via een gedeeld Word-document. We hebben beiden afzonderlijk stukken geschreven en elkaar verbeterd waar nodig. Ine is begonnen aan de inleiding, waar ik begon aan de methode. Het eerste deel van de resultaten heb ik geschreven, aangezien ik de statistiek voornamelijk had gedaan. Het tweede luik van de resultaten, namelijk de opvolging van de patiënten met (risico op) ondervoeding, heeft Ine geschreven. De discussie heb ik voor mijn rekening genomen. Als laatste heb ik het abstract geschreven. Ine heeft de presentatie voor de masterproefverdediging gemaakt. We hebben elkaar altijd direct en eerlijk feedback gegeven op stukken die afzonderlijk geschreven

werden. Dit werd door beiden partijen goed opgepakt en aanvaard, hierdoor was er altijd ruimte voor discussie en overleg.

Ondervoeding bij ouderen blijft een ondergewaardeerd thema in de ouderenzorg. Het heeft een grote impact op de kwaliteit van leven, kwetsbaarheid, mortaliteit en maatschappelijke kost. Het is dan ook belangrijk om ondervoeding vroegtijdig op te sporen. Door ons onderzoek hoop ik dat er meer aandacht onder de huisartsen en verpleegkundige komt voor het oppikken van ondervoeding bij thuiswonende ouderen. Deze thesis laat zien dat er ruimte is voor vervolgstudies, om te zien of een gestandaardiseerd beleid een impact kan hebben op verbetering van de voedingsstatus van de ouderen.

Reflectie – Ine van Eekelen

Ik had de eer en het genoegen om deze masterproef samen met Sophie de Leede te mogen maken. Sophie en ik, wij maakten ook samen onze vorige masterproef voor de master geneeskunde. Gezien die samenwerking zo vlot liep zoals een geoliede machine, was het voor ons een evidentie dat we ook dit struikelblok in onze master na master huisartsgeneeskunde samen gingen overwinnen. Naast masterproefbuddy's zijn we immers ook buiten onze professionele carrière "vrienden voor het leven", zoals Jan Smit dat zo mooi kan zingen. Met Sophie krijgt het leven toch wat meer kleur maar ze geeft me op de momenten dat het nodig is ook een schop onder m'n kont, wat tijdens deze masterproef-tocht niet anders was.

We begonnen onze tocht met het zoeken naar een onderwerp. Gezien onze vorige masterproef over de pediatrische populatie ging, wilden we deze keer misschien eens een andere doelgroep van de huisartsenpopulatie belichten. Verder vonden we het belangrijk dat het over een onderwerp ging dat toepasbaar is in de praktijken waar we opleiding zouden volgen. Sophie had altijd al wat meer interesse in de ouderenzorg, waar ik eerder een voorliefde heb voor de jongeren onder ons. Daarom vond ik het zeker waardevol voor m'n verdere carrière om nu toch die ouderenpopulatie eens wat meer te belichten. Gezien ik in mijn eerste opleidingspraktijk ook wel meerdere ouderen patiënten opvolgde en zag dat er een groot verschil kan zijn in kwaliteit van leven, vond ik het zeker interessant om voor een kwaliteitsverbeterend onderzoek te kiezen.
Vervolgens begonnen we aan onze literatuurstudie. We zochten naar artikels die we eerst elk apart bekeken, om ze daarna te bespreken tijdens een gezellig samenzitten. We deelden online een Word-documenten, zo konden we beiden vanop afstand werken aan eenzelfde document. Maar hierin heb je ook de mogelijkheid om wijzigingen bij te houden, op deze manier bleef het duidelijk wanneer iemand iets had aangepast. Zo kwam via verschillende stappen en ook via verschillende mailcontacten met onze promotor, een onderzoeksprotocol tot stand. Hiermee werd een eerste aanvraag gedaan bij het ethisch comité. Hun bemerkingen werden om de beurt door één van ons bekeken en herwerkt in het gedeelde document, maar er waren uiteraard ook veel momenten van overleg tussen Sophie en mezelf, zowel fysiek, telefonisch als online.

Toen dan eindelijk het verlossende nieuws kwam dat het ethisch comité z'n goedkeuring gaf over ons onderzoek, konden we van start gaan met de inclusie van onze patiënten. Op dat moment startten we beiden net in onze nieuwe, tweede opleidingspraktijk. Ik sprak m'n nieuwe collega's hierover aan en ik koppelde een ludieke wedstrijd aan het aantal inclusies: de collega die het meeste patiënten zou includeren, won 2 inkomkaarten voor de Bloemencorso in Loenhout. Vol enthousiasme begonnen niet alleen de collega-huisartsen maar ook de verpleegsters in de praktijk aan hun queeste. Een wekelijkse update over de tussenstand, hield hen op scherp. Uiteindelijk was collega-huisarts Dr. Wim Michielsen de overtuigende winnaar!

De resultaten van deze eerste fase van onze masterproef, werden genoteerd en verwerkt in Excel. Het betere statistiek werk hebben we te danken aan Sophie haar geniale brein.

Voor het tweede deel van het onderzoek, de opvolging van onze patiënten met (risico op) ondervoeding, probeerden we onze follow-up vragen te standaardiseren zodat resultaten nadien makkelijk te vergelijken zouden zijn. De op te volgen patiënten werden verdeeld per praktijk, dus patiënten geïncludeerd bij mij in de praktijk, belde ik op voor herevaluatie. De antwoorden werden opnieuw genoteerd in een Excel-sheet, toegevoegd aan ons reeds bestaande document. Dit vonden we beiden fijn werken, zo werden alle gegevens immers gecentraliseerd bewaard en verwerkt.

Het schrijven van ons uiteindelijk eindwerk verliep, net zoals het opstellen van ons onderzoeksprotocol, via een gedeeld Word-document. Ik nam het grootste deel van de inleiding voor mijn rekening en Sophie zette haar tanden in de methologie. Gezien Sophie het moeilijke statistiekwerk had klaargekregen, beschreef zij ook het eerste deel van de resultaten, zodat ik me kon bezighouden met het uitschrijven van fase twee van ons onderzoek. We lazen uiteraard geregeld elkaars werk na, gaven commenteren waar nodig en ook onze promotor kreeg geregeld een versie doorgestuurd ter becommentariëring. Uiteindelijk schreef Sophie de discussie en het abstract en ik zette me alvast aan de presentatie voor de masterproefverdediging.

Ik leerde uit dit onderzoek dat ondervoeding bij ouderen toch een onderbelicht thema blijft en daarom wil ik er in de toekomst op praktijkniveau graag werk van maken dat deze screening geïmplementeerd wordt in de standaardzorg voor onze ouderen.

Het zou fijn zijn als de suggesties tot vervolgonderzoeken ook effectief tot iets kunnen leiden waaruit we dan in toekomst opnieuw wat kunnen leren.

Zoals u kan lezen, hebben we ook dit masterproefavontuur weer doorstaan als een perfect aanvullend duo. Het heeft ons zo mogelijks misschien nog wel dichter bij elkaar gebracht, want wanneer we hier weer ronddraaiden als een leeuw in een kooi, konden we steeds bij elkaar terecht om ons hart te luchten. Dus daarom bij deze: Sophie, nogmaals een dikke merci en euh, nog eens sorry voor mijn uitstelgedrag e.