

VALIDATIE VAN EEN ONLINE ZELFRAPPORTAGEVRAGENLIJST

AFSTUDEERSCRIPTIE JULIANE MENTING



Universiteit Twente

Tactus Verslavingszorg

Amarum, specialistisch centrum voor eetstoornissen

Validatie van de EdB-diagnoselijst

Validatie van een online zelfrapportagevragenlijst voor de diagnose van een DSM-IV type eetstoornis

Afstudeeronderzoek Master Gezondheidspsychologie

Student	Juliane Menting
Studentnummer	s0192724
Faculteit	Gedragwetenschappen
Masterspecialisatie	Gezondheidspsychologie
Afstudeerbegeleiders	Elke ter Huurne (externe begeleider) Stans Drossaert (1 ^e begeleider UT) Marloes Postel (2 ^e begeleider UT)
Datum	22-11-2012

Voorwoord

Het volgende onderzoek heb ik uitgevoerd ter afsluiting van mijn master Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Twente in Enschede. Het doel van de studie was om een online zelfrapportage vragenlijst voor de diagnose van een type eetstoornis van de online behandeling 'Etendebaas' op zijn validiteit te toetsen. 'Etendebaas' is een volwaardig online behandeling voor eetstoornissen, ontwikkeld door Tactus Verslavingszorg. Tactus is een instelling, gespecialiseerd op het terrein van verslavingen als alcohol, drugs, medicijnen, eten, gamen en gokken, die de afgelopen jaren diverse internetbehandelingen, waaronder 'Etendebaas', heeft opgezet. Door de opkomende trend van e-health in de gezondheidszorg sprak mij de online behandeling 'Etendebaas' erg aan. Het onderzoek heb ik uitgevoerd in samenwerking met zowel Tactus als Amarum, specialistisch centrum voor eetstoornissen in Zutphen. Door de samenwerking van Tactus en Amarum was het voor mij mogelijk om het praktijkgerichte werken bij twee verschillende organisaties te leren kennen. Hierbij wil ik dan ook allereerst mijn dank uitspreken aan Tactus en Amarum voor de mogelijkheid tot afstuderen en voor de prettige samenwerking.

Bijzondere dank wil ik Elke ter Huurne, mijn externe begeleider bij Tactus, betuigen. Voor advies of feedback kon ik altijd bij jou terecht. Ook wil ik jou bedanken voor de mogelijkheid om ervaringen als onderzoeksassistent bij het RCT-onderzoek 'Etendebaas' op te doen. Daarnaast wil ik mijn dank uitspreken aan Stans Drossaert, mijn eerste begeleider aan de Universiteit Twente, voor haar waardevolle feedback, haar meedenken en nuttige tips. Vervolgens wil ik Marloes Postel, mijn tweede begeleider, bedanken. Ik vond de samenwerking met jou erg prettig en ben blij met jouw hulp tijdens lastige statistische problemen en het meelesen van mijn scriptie. Zoals hierboven al benoemd had ik de mogelijkheid om mijn afstudeeronderzoek in samenwerking met Amarum, specialistisch centrum voor eetstoornissen, uit te voeren. Ik vond dit een leuke en waardevolle ervaring, waardoor ik de mogelijkheid had om het dagelijkse werk van hulpverleners te leren kennen en contact met cliënten te leggen. Met name wil ik Janwillem van Heertum, Marieke ten Napel, Annekoos van Plateringen en Gerien Beekman bedanken voor hun hulp en ondersteuning. 'Last but not least' bedankt aan mijn familie en vrienden voor jullie continue ondersteuning en hulp. Met name wil ik mijn dank aan mijn ouders uitspreken, die mij tijdens mijn hele studie gesteund hebben en altijd achter mijn keuzes stonden. Mijn bijzondere dank gaat uit naar Wouter, voor zijn enorme ondersteuning tijdens de hele fase van mijn afstuderen.

Juliane Menting
Enschede, 22 november 2012

Abstract

Objective: This study assesses the 'EdB-diagnoselijst', an online self-report questionnaire of the Dutch online intervention Etendebaas to its validity. The study aim was to determine if the 'EdB-diagnoselijst' is accurate in diagnosing a DSM-IV type eating disorder. **Method:** Diagnoses made by a 'gold standard', a face-to-face intake process of a specialist center of eating disorders, were compared with diagnoses made by the online questionnaire. The sample of the study was 63 clients. Validity was determined with percentages of agreement, scores of sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value and ROC curves. **Results:** Results indicated a high validity of the 'EdB-diagnoselijst' for the diagnosis of anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified. Percentages of agreement ranged from 87.3% to 93.65%. Scores of sensitivity, specificity, positive and negative predictive value ranged from 0.66 to 0.98. The validity of the 'EdB-diagnoselijst' decreased if the questionnaire also made the diagnosis binge eating disorder, added in the DSM-IV research criteria. **Conclusion:** The 'EdB-diagnoselijst' is a valid instrument for diagnosing a DSM-IV type eating disorder; except for the diagnosis of binge eating disorder. The questionnaire is an appropriate self-report instrument for the online intervention Etendebaas.

Samenvatting

Achtergrond: De huidige studie toetst de 'EdB-diagnoselijst', een online zelfrapportagevragenlijst van de Nederlandse internetbehandeling Etendebaas, op zijn validiteit. Het doel van de studie was om te bepalen of de 'EdB-diagnoselijst' valide is voor het vaststellen van een DSM-IV diagnose voor eetstoornissen. **Methode:** Diagnoses gesteld door een 'gouden standaard', een face-to-face intake proces van een specialistisch centrum voor eetstoornissen, werden vergeleken met diagnoses gesteld door de online vragenlijst. De gehanteerde steekproef bestond uit 63 cliënten. Validiteit werd getoetst door percentages van overeenstemming, scores van sensitiviteit, specificiteit, positieve voorspellende waarde, negatieve voorspellende waarde en ROC curves. **Resultaten:** Resultaten vertoonden een hoge validiteit van de 'EdB-diagnoselijst' voor het vaststellen van de eetstoornissen anorexia nervosa, bulimia nervosa en eetstoornis niet anderszins omschreven. Percentages van overeenstemming varieerden van 87.3% tot 93.65%. Score van sensitiviteit, specificiteit, positieve en negatieve voorspellende waarde varieerden van 0.66 tot 0.98. Als de eetstoornis binge eating disorder, opgenomen in de onderzoekscriteria van de DSM-IV, werd gediagnosticeerd daalde de validiteit van de vragenlijst. **Conclusie:** De 'EdB-diagnoselijst' is een valide instrument voor de diagnose van een DSM-IV type eetstoornis, met uitzondering van de diagnose voor de eetstoornis binge eating disorder. Over het algemeen is de online vragenlijst een geschikt diagnoseinstrument voor de internetbehandeling Etendebaas.

Inhoud

Inleiding.....	- 7 -
Epidemiologie en gevolgen eetstoornissen	- 7 -
Effectieve behandeling eetstoornissen.....	- 8 -
Behandelsetting, behandelvorm en internetbehandeling	- 8 -
Etendebaas.....	- 9 -
Omschrijving.....	- 9 -
Behandelstappen.....	- 10 -
Diagnostiek.....	- 10 -
Functies diagnostiek en diagnostische criteria.....	- 10 -
Diagnostische instrumenten	- 11 -
EdB-diagnoselijst	- 13 -
Methode.....	- 15 -
Design	- 15 -
Procedure en steekproef.....	- 15 -
Instrumenten.....	- 16 -
Data-analyse.....	- 17 -
Resultaten	- 19 -
Beschrijvende resultaten.....	- 19 -
Diagnostische accuraatheid van de Edb-diagnoselijst	- 20 -
Validiteit anorexia nervosa.....	- 23 -
Validiteit boulimia nervosa.....	- 24 -
Validiteit ESNAO inclusief BED	- 25 -
Validiteit binge eating disorder en ESNAO exclusief binge eating disorder.....	- 26 -
Overeenstemming subjectieve en objectieve waarden gewicht en lengte	- 27 -
Discussie	- 29 -
Beperkingen van het onderzoek en vervolgonderzoek.....	- 31 -
Verbeterpunten.....	- 32 -
Diagnostisch instrument gouden standaard	- 32 -
EdB-diagnoselijst	- 32 -
Conclusie	- 33 -
Literatuur.....	- 34 -
Appendix.....	- 38 -
Appendix A: Diagnostische (onderzoeks)criteria eetstoornissen	- 38 -

Appendix B: Diagnostische vragen EdB-diagnoselijst.....	- 40 -
Appendix C: EdB-diagnoselijst	- 43 -
Appendix D: Brief uitnodiging onderzoek	- 54 -
Appendix E: Conceptmail uitnodiging onderzoek	- 55 -
Appendix F: Telefonisch spreekuur Amarum	- 56 -
Appendix G: Levensloopvragenlijst Amarum	- 58 -
Appendix H: Sjabloon intakegesprek Amarum.....	- 73 -

Inleiding

Het huidige onderzoek richt zich op de validatie van de EdB-diagnoselijst, een online zelfrapportagevragenlijst. Deze vragenlijst dient als diagnosemiddel voor een DSM-IV type eetstoornis van de internetbehandeling Etendebaas. Etendebaas is een door Tactus Verslavingszorg ontwikkelde applicatie welke een volledige online behandeling voor eetstoornissen omvat. De cliënt staat tijdens deze behandeling via een persoonlijk internetdossier in contact met een hulpverlener. Voorafgaand aan de internetbehandeling wordt een DSM-IV diagnose voor een type eetstoornis met behulp van de EdB-diagnoselijst gesteld.

In het huidige onderzoek wordt de EdB-diagnoselijst gevalideerd om te bepalen of ook online, en niet slechts op de gebruikelijke face-to-face manier, een valide diagnose voor een type eetstoornis gesteld kan worden. De validatie gebruikt een extern criterium als gouden standaard. Dit is een face-to-face gestelde diagnose door een specialistisch centrum voor eetstoornissen. Hierdoor kunnen twee diagnoses, de online diagnose en de face-to-face diagnose, van één cliënt met elkaar worden vergeleken. Het onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met Amarum, specialistisch centrum voor eetstoornissen, met als locaties Zutphen en Nijmegen.

Epidemiologie en gevolgen eetstoornissen

Een eetstoornis is een psychische stoornis welke uiteenlopende symptomen kent: verstoord eetgedrag, een verstoord lichaamsbeeld, inadequaate compensatiegedrag zoals braken of laxeren, een onevenredige aandacht voor lichaamsgewicht en angst om aan te komen (Son, Van Furth & Schoemaker, 2007). Deze symptomen verschillen per eetstoornis. De DSM-IV, het handboek voor diagnostiek en statistiek van psychische aandoeningen, onderscheidt drie types eetstoornissen: anorexia nervosa (AN), boulimia nervosa (BN) en eetstoornis niet anderszins omschreven (ESNAO) (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Anorexia nervosa kenmerkt zich onder andere door een onrealistisch lichaamsbeeld en een te laag gewicht. Boulimia nervosa uit zich door eetbuien en compenserend gedrag. Eetstoornissen die niet aan de criteria van anorexia nervosa of boulimia nervosa voldoen, worden als eetstoornis niet anderszins omschreven beschouwd. De onderzoekscriteria van de DSM-IV hanteren daarnaast een vierde eetstoornis: binge eating disorder (BED)(Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Deze eetstoornis kenmerkt zich, net als boulimia nervosa, door eetbuien. Echter, het verschil met boulimia is de afwezigheid van compensatiegedrag. Aangezien de onderzoekscriteria vaak al worden gehanteerd bij de diagnostiek van een eetstoornis wordt binge eating disorder in dit onderzoek ook in beschouwing genomen.

Uit prevalentie- en incidentiecijfers in Nederland blijkt dat eetstoornissen vooral voorkomen bij jonge vrouwen. In 2003 lag de prevalentie in Nederland bij ruim 25.000 gevallen, waarvan 5.000 tot 6.000 mensen leden aan anorexia nervosa en 20.000 mensen aan boulimia nervosa (Son, Van Furth & Schoemaker, 2007). Het grootste aandeel hiervan, 90% tot 95%, waren vrouwen. Het hoogste percentage eetstoornissen is te vinden bij de doelgroep van 15- tot 29-jarigen. 0.4% van deze groep lijdt aan anorexia nervosa en 1.5% aan boulimia nervosa (Hoek & Van Hoeken, 2003). De incidentiecijfers voor meisjes van 15 tot 19 jaar zijn zelfs verdubbeld tussen 1985 en 1999 (Son et al., 2007). In 2003 hadden daarnaast ruim 15.000 mensen te maken met een eetstoornis die niet voldoet aan de criteria van anorexia nervosa of boulimia nervosa (Son et al., 2007). Daarnaast wordt geschat dat ruim 1% van de volwassen bevolking aan binge eating disorder lijdt (Hay, 1998). De trend van eetstoornissen is de laatste jaren vrij stabiel gebleken. Het aantal mensen dat lijdt aan een eetstoornis is niet vergroot maar veeleer verschoven (Son, Van Hoeken, Bartelds, Van Furth & Hoek, 2006). Steeds meer jonge meisjes hebben te kampen met een eetstoornis en hebben hiervoor professionele hulp nodig.

De gevolgen van een eetstoornis zijn aanzienlijk en tasten zowel het fysieke als ook het psychische, emotionele en cognitieve welbevinden van de patiënt aan. Fysieke gevolgen verschillen per eetstoornis en variëren van uitputting, trage hartslag, lage bloeddruk en misselijkheid tot diarree of

duizeligheid (CBO & Trimbos-instituut, 2006; Johnson, Cohen, Kasen & Brook, 2002; Van Rijk, 1998). Naast negatieve fysieke consequenties ervaren patiënten psychologische en emotionele gevolgen zoals angst, depressie of lage zelfwaardering en hebben te kampen met problemen bij het uitvoeren van alledaagse activiteiten (CBO & Trimbos-instituut, 2006; Johnson et al., 2002). Daarnaast kunnen zelfs cognitieve gevolgen optreden welke meestal te vinden zijn bij anorexia nervosa patiënten: concentratieverlies of aantasting van het verbale en visuele geheugen zijn kenmerkend (CBO & Trimbos-instituut, 2006). Deze ingrijpende gevolgen tasten ook de kwaliteit van leven van patiënten aan, welke zoals uit onderzoek blijkt behoorlijk laag is (De la Rie et al., 2005).

Effectieve behandeling eetstoornissen

Vanwege de ingrijpende gevolgen van eetstoornissen is een goede en effectieve behandeling voor cliënten essentieel. De aanpak die bij de behandeling van eetstoornissen gehanteerd wordt is gebaseerd op een multidisciplinaire dimensie, waarbij zowel de lichamelijke aspecten als de psychologische aspecten benaderd worden (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Het primaire doel hierbij is het herstel van een gezond lichaamsgewicht en de normalisering van een evenwichtig eetpatroon (Vandereycken et al., 2008). Daarnaast is het van belang om aspecten als lichaamsbeleving, zelfwaardering en isolement van cliënten te verwerken (CBO & Trimbos-instituut, 2006). Therapievormen die gehanteerd worden zijn onder andere cognitieve gedragstherapie (CGT), interpersoonlijke psychotherapie of gezinstherapie bij jongeren (Vandereycken et al., 2008; Vandereycken & Noorderbos, 2008).

Cognitieve gedragstherapie is de meest gebruikte, onderzochte en ook als meest effectief beschouwde behandeling. Uit onderzoeken blijkt dat cognitieve gedragstherapie een effectieve therapie voor de behandeling van boulimia nervosa en binge eating disorder cliënten is (Shapiro et al., 2007; Vocks et al., 2010). Cliënten die behandeld worden met CGT vertonen minder episodes van eetbuien, zijn minder bezorgd over hun gewicht en lichaamsbeeld en hebben verbeterde eet-cognities (Shapiro et al., 2007; Vocks et al., 2010). Echter, CGT blijkt niet voor alle factoren van een eetstoornis effectief te zijn. De gewichtsreductie bij cliënten met binge eating disorder kan door CGT niet positief beïnvloed worden (Brownley et al., 2007). Over de effectiviteit van behandelingen voor anorexia nervosa cliënten is weinig bekend. Volgens Bulik en collega's (2007) reduceert CGT de periodes van terugval bij anorexia nervosa cliënten. Echter, meer onderzoek moet vooral op het gebied van effectiviteit van behandelingen bij anorexia nervosa verricht worden.

Behandelsetting, behandelvorm en internetbehandeling

De behandeling van eetstoornissen, met als basis CGT of andere gebruikelijke behandelingen, kan in verschillende settings en vormen uitgevoerd worden. Behandelsettings zijn de ambulante en de (poli)klinische behandeling. De behandelvormen zijn de individuele of groepstherapie. De opkomst van e-Health technieken, technieken en applicaties die online informatie, steun en behandeling voor geïnteresseerden geven, heeft er daarnaast voor gezorgd dat inmiddels ook de mogelijkheid bestaat om behandelingen via het internet uit te voeren.

De keuze voor een bepaalde behandelsetting wordt gemaakt aan de hand van verschillende criteria. Tot deze criteria behoren de leeftijd van de cliënt, de ernst van zijn eetstoornis, de ernst van psychosociale ontregeling en de draagkracht van het gezin (CBO & Trimbos-instituut, 2006; Vandereycken & Noorderbos, 2008). De voorkeur voor een behandelsetting gaat in de praktijk meestal uit naar een ambulante therapie. Echter, bij zeer ernstige situaties wordt de keuze tot een klinische behandeling gemaakt (Vandereycken & Noorderbos, 2008). Een klinische behandeling is nochtans ingrijpend in het leven van de cliënt waardoor een behandeling in een thuissituatie de voorkeur krijgt. Behandelcentra bieden vaak individuele en groepstherapieën aan. Het voordeel van een individuele therapie is dat de cliënt een behandeling helemaal op zichzelf afgestemd krijgt (Vandereycken & Noorderbos, 2008). Tijdens een groepstherapie kunnen cliënten elkaar ondersteunen en hulp bieden. De keuze voor de behandelsetting en behandelvorm wordt per cliënt en situatie afgewogen.

De opkomst van e-Health technieken en applicaties maakt het mogelijk om behandelingen ook via het internet, zonder face-to-face contact met een hulpverlener, aan te bieden. Internetbehandelingen hebben een aantal voordelen ten aanzien van reguliere face-to-face behandelingen. Zo kunnen cliënten vanuit hun thuissituatie de behandeling volgen. Aangezien het zorgaanbod onafhankelijk van de geografische situatie van de cliënt is, vergroten internetbehandelingen de toegang tot de zorg (Gollings & Paxton, 2006; Lechner, Mesters & Bolman, 2010). Daarnaast is de kosteneffectiviteit van internetbehandelingen onderzocht en bij de meeste behandelingen als voordelig bevonden (Lechner et al., 2010). Een verder voordeel van internetbehandelingen is de anonimiteit. Omdat cliënten slechts via internet in contact staan met hun hulpverlener hoeven ze hun identiteit niet te onthullen. Uit onderzoeken blijkt dat vooral cliënten met een eetproblematiek een groot gevoel van schaamte kunnen ervaren waardoor ze geen hulp opzoeken (Gollings & Paxton, 2006; Skarderud, 2003). Door de anonimiteit van online behandelingen bestaat de mogelijkheid om deze drempel te omzeilen. Echter, internetbehandelingen hebben ook een aantal nadelen. Gollings en Paxton (2006) zien een groot nadeel van internetbehandelingen in de miscommunicatie die tussen cliënt en hulpverlener kan ontstaan. Zonder ‘menselijk contact’ vergroot de kans op misverstanden. Een ander nadeel kan de weerstand van cliënten zelf zijn (Lechner, Mesters & Bolman, 2010). Cliënten kunnen weinig motivatie ervaren om actief verantwoordelijkheid voor zichzelf en hun eigen gezondheid te overnemen. Ook technische beperkingen of een gebrek aan toegang tot online zorg zijn barrières (Lechner, Mesters & Bolman, 2010).

De implementatie van online applicaties en behandelingen heeft ertoe geleid dat inmiddels veel onderzoek naar de effectiviteit van internetbehandelingen voor uiteenlopende aandoeningen wordt verricht. Uit onderzoek blijkt de effectiviteit van internetbehandelingen die zich richten op depressie, posttraumatische stress disorder, alcoholafhankelijkheid of dementie (Glueckauf, Ketterson, Loomis, & Dages, 2004; Griffiths et al., 2004; Lange, Van de Ven, Schrieken, & Emmelkamp, 2001; Postel, De Haan, Ter Huurne, Becker, & De Jong, 2010). De meeste studies naar de effectiviteit van e-Health technologieën en applicaties voor eetstoornissen richten zich op de preventie van eetproblematiek, maar niet op de behandeling. De effectiviteit van zulke preventieve programma's is aangetoond (Dev et al., 1999; Winzelberg et al., 2000). Slechts één volwaardige internetbehandeling voor eetstoornissen in Nederland, 'Interapy', is op zijn effectiviteit onderzocht en als goed bewezen. Het is aangetoond dat deze therapie significant boulimische klachten reduceert (Ruwaard & Lange, 2010). Ook de herstelpercentages van de eetstoornis en de hoge tevredenheid van cliënten bekrachtigen de effectiviteit van 'Interapy' (Ruwaard & Lange, 2010). Andere online behandelingen voor eetstoornissen in Nederland zijn: 'boulimiadebaas.nl', 'eetbuienondercontrole.nl', 'eetproblemen' of 'NewHabits'. Over de effectiviteit van deze programma's is nog weinig bekend. Het huidige onderzoek richt zich op de online behandeling 'Etendebaas'. Etendebaas is een internetbehandeling welke voordelen als laagdrempeligheid en anonimiteit kent.

Etendebaas

Omschrijving

Etendebaas is een applicatie, ontwikkeld door Tactus Verslavingszorg, welke vier componenten omvat: een informatieve website, een internetbehandeling, een online forum voor lotgenotencontact en een nazorgtraject. Het huidige onderzoek richt zich op de component internetbehandeling. De andere componenten zullen daarom niet verder worden besproken. De basis van de internetbehandeling ligt in het bio-psychosociale model en de cognitieve gedragstherapie. Technieken die gehanteerd worden zijn onder andere psycho-educatie, cognitieve herstructurering, zelfcontroletechnieken en exposuretechnieken. Het doel van Etendebaas is het verhogen van motivatie bij cliënten om een evenwichtig en gestructureerd eet- en voedingspatroon op te bouwen. Daarnaast bevordert het programma het vormen van realistische denkbeelden over voeding en het lichaam. De internetbehandeling bestaat uit een persoonlijk dossier voor iedere

cliënt. Hier kan de cliënt een eetdagboek bijhouden, opdrachten ontvangen en uitvoeren en door middel van berichten contact met zijn/haar persoonlijke hulpverlener houden.

Behandelstappen

De internetbehandeling Etendebaas bestaat uit drie delen. In het eerste deel van de behandeling hebben hulpverlener en cliënt minstens zeven contactmomenten. De eerste stap is het invullen van een online intakevragenlijst. De intakevragenlijst geeft een eerste indruk van de cliënt, zijn eetsituaties en gewoontes. Daarnaast wordt aan de hand van de intakevragenlijst een diagnose voor een DSM-IV type eetstoornis gesteld. Na het stellen van de diagnose gaat de behandeling in het online dossier van start. Tijdens deel één worden meerdere opdrachten voor de cliënt beschikbaar gesteld en kan hij/zij door middel van een elektronisch eetdagboek zijn dagelijks eetgedrag registreren. Aan het einde van deel één krijgt de cliënt een persoonlijk advies. Deel twee bestaat uit minstens 14 contactmomenten. In deel twee stelt de cliënt met behulp van de hulpverlener doelen en probeert deze door verschillende opdrachten te bereiken. De opdrachten bevatten bijvoorbeeld het doorbreken van gewoontes, het veranderen van gedachtes en gedragingen, het leren 'wie ben ik' en het schrijven van een actieplan. Het laatste deel is de nazorg. Gedurende een half jaar kan de cliënt wanneer gewenst nog inloggen in zijn online dossier, zijn eetdagboek bijhouden en deelnemen aan een nazorgchatgroep. De hulpverlener neemt nog twee keer contact met de cliënt op om de stand van zaken te bespreken. Na 3 maanden, na 6 maanden en na 12 maanden krijgt de cliënt een online follow-up vragenlijst toegestuurd. Hierdoor kan de effectiviteit van de online behandeling op lange termijn onderzocht worden. De looptijd van het hele programma omvat 12 tot 20 weken. Tabel 1 geeft een overzicht van alle onderdelen van de internetbehandeling.

Tabel 1: Onderdelen Etendebaas

Onderdelen	Inhoud van de sessies	
Aanmelding	Intakevragenlijst	Deel3
Deel1	Welkom Registratie eetdagboek Momentbeschrijvingen Eetsituaties analyseren Voordelen en nadelen Top drie Persoonlijk advies (vragenlijst na deel 1)	Nazorgtraject Na 3 maanden (follow-up vragenlijst 3 maanden) Na 6 maanden (follow-up vragenlijst 6 maanden) Na één jaar (follow-up vragenlijst 12 maanden)
Deel2	Doel zetten Doorbreken van gewoontes Gedachtes veranderen Gedrag veranderen Wie ben ik Beslissingen Actieplan Afronding behandeling (nameting vragenlijst)	

Diagnostiek

Functies diagnostiek en diagnostische criteria

De eerste stap bij iedere behandeling, zowel bij een face-to-face behandeling als bij een internetbehandeling, is het stellen van een diagnose. Het stellen van een diagnose door een behandelaar en een instelling kent verschillende functies. Ten eerste het bepalen van een type eetstoornis, ten tweede het bepalen van een passende behandelvorm en behandelsetting, ten derde het beoordelen of cliënten door de behandeling vooruitgang hebben geboekt en ten vierde de vergoeding bij de zorgverzekeraar. De met hoge waarschijnlijkheid belangrijkste functie is de eerste functie, het bepalen van het type eetstoornis. Het stellen van een type eetstoornis is gebaseerd op

de DSM-IV, de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). De DSM-IV maakt onderscheid tussen drie verschillende eetstoornissen: anorexia nervosa (AN), boulimia nervosa (BN) en eetstoornis niet anderszins omschreven (ESNAO) (American Psychiatric Association [APA], 2000, 2001). Anorexia nervosa kenmerkt zich door ondergewicht, sterke angst om aan te komen, foute lichaamsbeleving en het uitblijven van de menstruatie bij meisjes en vrouwen (APA, 2000). Bij de diagnose van anorexia nervosa wordt onderscheid gemaakt tussen twee subtypes: het beperkende type en het vreetbuien/purgerende type. Het eerste type kent geen vreetbuien, terwijl personen lijdend aan het tweede type regelmatig perioden van vreetbuien vertonen (APA, 2000, 2001). De criteria voor boulimia nervosa zijn terugkerende vreetbuien die door middel van braken, laxeren, plaspillen of overmatig sporten gecompenseerd worden. Deze vreetbuien en compensaties moeten ten minste tweemaal per week gedurende drie maanden voorkomen (APA, 2000, 2001). Ook boulimia nervosa kent twee subtypes: het purgerende en het niet-purgerende type. Betrokkenen die onder het purgerende type vallen zijn regelmatig bezig met zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's. Betrokkenen die deze verschijnselen niet vertonen vallen onder het type niet-purgerend (APA, 2000, 2001). Eetstoornissen die niet voldoen aan de specifieke criteria van anorexia nervosa of boulimia nervosa vallen onder het type ESNAO, de 'eetstoornis niet anderszins omschreven'. In de DSM-IV onderzoekscriteria wordt naast AN, BN en ESNAO de eetstoornis binge eating disorder (BED) opgenomen. Deze eetstoornis kenmerkt zich door eetbuien die niet gecompenseerd worden. De basis van het huidige onderzoek richt zich op de DSM-IV criteria. Daarnaast worden, gezien het belang van binge eating disorder, ook de diagnoses hiervan besproken. Een overzicht van alle DSM-IV (onderzoeks)criteria van de verschillende types eetstoornissen is te vinden in appendix A.

De tweede functie van diagnostiek is het bepalen van een geschikte behandeling. De basis van alle behandelingen is bij elke type eetstoornis meestal gelijk. Echter, door de uiteenlopende gewichtsverschillen en lichaamsbelevingen per eetstoornis, wordt de behandeling per type eetstoornis aangepast. Bij cliënten die gediagnosticeerd zijn met anorexia nervosa is bijvoorbeeld een andere aanpak nodig dan bij cliënten die gediagnosticeerd zijn met binge eating disorder.

De derde functie van diagnostiek is het beoordelen in hoeverre cliënten door de behandeling vooruitgang hebben geboekt en in hoeverre de criteria van de diagnose na de behandeling nog steeds van toepassing zijn. De diagnose, gesteld aan het begin van de behandeling wordt hiervoor vergeleken met een diagnose, gesteld aan het eind van de behandeling. Hierdoor komen zowel hulpverlener als cliënt te weten aan welke criteria van de diagnose de cliënt na de behandeling wel of juist niet meer voldoet.

De vierde en laatste functie van diagnostiek is de vergoeding van de behandeling bij een zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars eisen een DSM-IV diagnose eetstoornis voordat zij een behandeling vergoeden. Het stellen van een diagnose is dus ook vanuit financieel opzicht essentieel.

Diagnostische instrumenten

Voor het stellen van een type eetstoornis worden in de praktijk verschillende methoden gehanteerd. Deze methoden omvatten vooral diagnostische interviews en vragenlijsten. Daarnaast worden als aanvulling ook methoden als registraties van eetgedrag gebruikt (Vandereycken & Noorderbos, 2008). De belangrijkste en meest toegepaste diagnostische instrumenten worden hieronder besproken.

Het meest toegepaste diagnostische instrument in de praktijk is het diagnostisch interview. Door middel van een interview krijgt de hulpverlener tijdens een persoonlijk consult met de cliënt een eerste indruk van het eetprobleem. Daarnaast kan door het stellen van specifieke vragen het type eetstoornis van de cliënt bepaald worden. Tijdens een eerste consult vragen hulpverleners onder andere naar het gewicht en lengte van de cliënt, de betekenis van figuur en gewicht, voedselbeperkingen, eetbuien, menstruatieklachten en compensatiegedrag (Vandereycken &

Noorderbos, 2008). In de praktijk bestaan enkele standaard interviews, welke op validiteit en betrouwbaarheid getoetst zijn. Voorbeelden hiervan zijn het MINI Plus Interview, de Eating Disorder Examination (EDE) en de Longitudinal Interview Follow-up Examination (LIFE).

Het MINI Plus, het Mini-International Neuropsychiatric Interview, is 1992 door Sheehan en Lecrubi ontwikkeld. Het is een gedetailleerd en gestructureerd interview voor 23 As I psychische aandoeningen, waaronder eetstoornissen (Van Vliet & De Beurs, 2007; Van Vliet, Leroy & Megen, 2000). Aangezien de MINI Plus een goede betrouwbaarheid en validiteit kent, een korte afnameduur heeft en een Nederlandse vertaling ter beschikking staat, wordt het in de praktijk vaak toegepast (Van Megan & Leroy, 2000; Van Vliet). Uit onderzoek blijkt dat de schalen voor anorexia nervosa en boulimia erg betrouwbaar zijn. Bij de afname van het interview door verschillende beoordelaars wordt een overeenkomstmaat van 1.0 voor de schalen anorexia nervosa en boulimia nervosa gevonden (Sheehan, Lecrubi, Harnett-Sheehan et al., 1997). Ook de test-hertestbetrouwbaarheid is hoog met 0.78 voor de schaal anorexia nervosa en 1.0 voor de schaal boulimia nervosa. Sheehan en collega's (1997) vinden in hun onderzoek daarnaast redelijk tot hoge waarden voor sensitiviteits- en specificiteitswaarden, en positieve en negatieve voorspellende waarden (0.60 - 0.99) voor de schaal anorexia nervosa. Ook voor de schaal boulimia nervosa zijn sensitiviteit, specificiteit en de negatieve voorspellende waarde voldoende hoog met waarden tussen 0.55 en 0.98.

De Eating Disorder Examination (EDE) is een semigestructureerd interview bestaand uit 62 vragen (CBO & Trimbos-instituut, 2006). Het interview geeft een indruk over de algemene eetstoornissensymptomatologie van anorexia nervosa en boulimia nervosa en bestaat uit vier subschalen: lijnen, piekeren over eten, piekeren over lichaamsvorm en piekeren over gewicht (Cooper & Fairburn, 1987). Met behulp van dit interview is het voor hulpverleners mogelijk om een indruk te krijgen van het eetgedrag, zijn ideeën over gewicht en figuur en zijn zelfwaardering (Cooper & Fairburn, 1987). De betrouwbaarheid en validiteit van de EDE zijn goed. Bij afname van het interview door verschillende beoordelaars ligt de betrouwbaarheid in verschillende studies tussen 0.69 en 1.0 (Guest, 2000). De interne consistentie van de schalen is uitstekend met 0.9 (Guest, 2000). Ook kent de EDE een hoog niveau aan discriminant en construct validiteit (Guest, 2000). Echter, de EDE kent ook een aantal nadelen. Zo vereist het een goede en uitgebreide training van hulpverleners en neemt de afname van het interview veel tijd in beslag (Cooper & Fairburn, 1987).

De Longitudinal Interview Follow-up Examination (LIFE) is een gestructureerd interview, oorspronkelijk ontwikkeld voor het in kaart brengen van het beloop van psychiatrische stoornissen (CBO & Trimbos-instituut, 2006). In 1995 is het interview door Kraëmer aangepast voor eetstoornissen (CBO & Trimbos-instituut, 2006). De LIFE wordt op wekelijkse basis afgenomen om het verloop van de eetstoornis te bepalen (Keller, Lavori, Friedman, Endicott, McDonald-Scott, et al., 1987). Uit onderzoek blijkt dat de betrouwbaarheid en validiteit voor psychiatrische stoornissen van het interview goed zijn (Mitchell & Peterson, 2005). Echter, over de betrouwbaarheid en validiteit van de subschalen anorexia nervosa en boulimia nervosa is weinig bekend. Hier kunnen dan ook geen uitspraken over gemaakt worden.

Als aanvulling op interviews worden vaak vragenlijsten gebruikt. Vragenlijsten die in de praktijk gebruikt worden zijn onder andere de EDE-Q en de LAV. De EDE-Q, de Eating Disorder Examination Questionnaire, is de vragenlijstversie van het EDE interview. Net als de EDE hanteert de EDE-Q vier schalen: lijnen, piekeren over eten, piekeren over lichaamsvorm en piekeren over gewicht. Daarnaast vraagt de EDE-Q naar perioden van controleverlies, eetbuien, braken, laxeren, plaspillen en stevige lichamelijke sport (Fairburn & Beglin, 1994). De betrouwbaarheid en validiteit van de EDE-Q zijn onder andere door Mond en collega's (2004) en Luce en Growther (1999) getoetst en als goed tot uitstekend bevonden. Mond en collega's (2004) hanteren de EDE als gouden standaard om de validiteit van de EDE-Q te toetsen. In hun onderzoek vinden zij sensitiviteits- en specificiteitswaarden van 0.83 en 0.93. De kans dat een cliënt met een eetstoornis gediagnosticeerd wordt terwijl hij/zij daadwerkelijk de eetstoornis heeft is dus 83%. De kans dat een cliënt niet door de EDE-Q

gediagnosticeerd wordt terwijl hij/zij ook geen eetstoornis heeft is 93%. De interne consistentie van de EDE-Q ligt tussen 0.78 en 0.93 (Luce & Growther, 1999). Luce en Growther (1999) toetsen daarnaast de test-hertestbetrouwbaarheid van de schaal en vinden goede tot uitstekende waarden (0.81 - 0.94). Naast de goede validiteit- en betrouwbaarheidswaarden heeft de EDE-Q het voordeel dat een Nederlandse vertaling beschikbaar is (Furth, van, 2000). Een nadeel van de EDE-Q is het ontbreken van een goed scoresysteem voor een DSM-IV type eetstoornis. De vragenlijst maakt wel onderscheid tussen het hebben en het niet hebben van een eetstoornis, maar een duidelijke diagnose voor een DSM-IV type eetstoornis kan niet gesteld worden.

Een bekende en veel in de praktijk gebruikte vragenlijst is de LAV, de Lichaams Attitude Vragenlijst, waarvan de Engelstalige versie de Body Attitude Test (BAT) heet. De LAV is door Probst ontwikkeld en is een zelfrapportagevragenlijst bestaand uit 20 items. Hij meet de subjectieve beleving van een cliënt en zijn/haar houding tegenover het lichaam (Probst, Vandereycken, Coppenolle & Vanderlinden, 1995). Uit onderzoek blijkt dat de LAV erg betrouwbaar en valide is (CBO & Trimbos-instituut, 2006). Daarnaast kent de LAV het voordeel van een korte afnameduur. De LAV differentieert tussen cliënten met en cliënten zonder een eetstoornis. Echter, het DSM-IV type eetstoornis wordt door de vragenlijst niet bepaald.

Zowel interviews als vragenlijsten kennen voor- en nadelen bij de diagnostiek van een type eetstoornis. De methode die hulpverleners gebruiken verschilt daarom ook per instelling, kliniek en hulpverlener. Interviews zijn de meest gebruikte methode omdat hulpverleners hier een goede persoonlijke indruk van de cliënt en zijn eetprobleem kunnen krijgen. Registraties en vragenlijsten worden meer als toevoeging van een interview gebruikt en geven een nog gedetailleerdere indruk van de cliënt. Echter, interviews kunnen ook nadelen hebben. Zij vereisen face-to-face contact tussen cliënt en hulpverlener. Reeds werd al vermeld dat sommige doelgroepen bijvoorbeeld uit schaamte zulke face-to-face contacten vermijden. Internetbehandelingen bieden hiervoor een oplossing. Zij garanderen anonimiteit, zijn laagdrempelig en goed bereikbaar. Een vereiste voor internetbehandelingen is wel het gebruik van zelfrapportagevragenlijsten. Zelfrapportagevragenlijsten kennen een aantal voordelen. Zij vereisen geen training van hulpverleners, kosten weinig tijd en geld en zijn simpel (Carter, Aimé & Mills, 2001). Echter, het wordt aangenomen dat zelfrapportagevragenlijsten minder accurate data verzamelen (Carter et al., 2001). Vooral bij eetstoornissen is de accuraatheid van data, bijvoorbeeld van gewicht en lengte, van groot belang. Uit een literatuuroverzicht van Gorber en collega's (2007) blijkt dan ook dat cliënten niet helemaal eerlijk zijn en sociaal wenselijke uitspraken over gewicht en lengte maken. Uit een andere studie blijkt echter het tegendeel. McCabe, McFarlane, Plivy en Olmsted (2001) vergelijken subjectieve en objectieve waarden van gewicht en lengte en vinden geen significant verschil tussen deze waarden. Cliënten gediagnosticeerd met anorexia nervosa en boulimia nervosa maken in hun studie accurate uitspraken. Een verder nadeel van zelfrapportagevragenlijsten is, dat de diagnose van sommige psychische stoornissen lastig kan zijn (Carter et al., 2001). Criteria als vreetbuien bij de diagnose van een type eetstoornis zijn moeilijk te definiëren. Zelfrapportagevragenlijsten kennen samenvattend zowel voor- als nadelen. Voor internetbehandelingen zoals Etendebaas is het door het gebrek aan face-to-face contact noodzakelijk om gebruik te maken van zelfrapportagevragenlijsten. Het huidige onderzoek richt zich op een dergelijke zelfrapportagevragenlijst, de EdB-diagnoselijst van de internetbehandeling Etendebaas.

EdB-diagnoselijst

Zoals hierboven al genoemd wordt als uitgangspunt voor internetbehandelingen een zelfrapportagevragenlijst gebruikt. Het nieuwe construct dat in dit onderzoek op zijn validiteit getoetst wordt is de EdB-diagnoselijst. Deze lijst is een online zelfrapportagevragenlijst welke aan het begin van de internetbehandeling Etendebaas staat. De EdB-diagnoselijst stelt een DSM-IV type eetstoornis voor cliënten van Etendebaas. De EdB-diagnoselijst wordt online afgenomen en is gebaseerd op uitspraken, gemaakt door zelfrapportage. Aangezien de MINI Plus een betrouwbaar en valide instrument voor de diagnose van een DSM-IV type eetstoornis is, is de MINI Plus als richtlijn

gebruikt bij de ontwikkeling van de EdB-diagnoselijst. Andere gestandaardiseerde interviews en vragenlijsten uit de praktijk zoals de LAV of LIFE bleken minder geschikt als uitgangspunt voor de EdB-diagnoselijst te zijn. Ze hanteren niet de DSM-IV criteria, maken geen onderscheid tussen de types eetstoornissen of richten zich slechts op het verloop van symptomen van een eetstoornis.

De EdB-diagnoselijst bestaat uit in totaal 35 items. De eerste 6 items zijn vragen over de sociaal-demografische gegevens waaronder geslacht, leeftijd, woonsituatie, opleiding, dagbesteding en dagritme. Item 7 tot 10 zijn vragen over lengte, het huidige gewicht en het laagste en hoogste gewicht in de afgelopen drie maanden. Vraag 11 tot 24 zijn gekoppeld aan de criteria van de types eetstoornissen anorexia nervosa, boulimia nervosa en binge eating disorder. Vreetbuien, compensatiegedrag, controleverlies en lichaamsbeleving worden uitgevraagd. Afhankelijk van de ingevulde antwoorden krijgt de cliënt alleen vragen te zien die van toepassing voor zijn type eetstoornis zijn. Hierdoor wordt vermeden dat cliënten die bijvoorbeeld symptomen van anorexia nervosa vertonen, vragen krijgen die betrekking hebben op binge eating disorder symptomen. Iedere cliënt doorloopt dus een andere route van de vragenlijst. De vragen die gekoppeld zijn aan de criteria van de types eetstoornissen zijn te vinden in appendix B. Vraag 25 tot 33 zijn gebaseerd op vragen van de EDE-Q. Door deze vragen is het mogelijk om een beeld van lichaams- en eetbeleving van de cliënt te verkrijgen. De laatste twee items van de EdB-diagnoselijst zijn noodzakelijk voor het onderzoek. Cliënten geven toestemming en vullen een persoonlijke code in door hun anonimiteit te garanderen. De invulduur van de EdB-diagnoselijst is 5 á 10 minuten. De volledige EdB-diagnoselijst met alle items is terug te vinden in appendix C.

De diagnostiek van een type eetstoornis gebeurt op basis van de ingevulde antwoorden van de EdB-diagnoselijst. De antwoordmogelijkheden voor de diagnose van het type eetstoornis zijn 'ja' of 'nee'. De vragenlijst hanteert dus nominale variabelen. De vragen en antwoorden van de EdB-diagnoselijst zijn gekoppeld aan de (onderzoeks)criteria van de DSM-IV waardoor een diagnose voor een type eetstoornis gesteld wordt. Appendix B geeft een overzicht van de EdB-diagnoselijst vragen per type eetstoornis en de criteria voor de diagnose van het type eetstoornis. De diagnoses die de EdB-diagnoselijst stelt zijn: anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetstoornis niet anderszins omschreven en binge eating disorder.

Doordat een online diagnose een aantal voordelen ten opzichte van een face-to-face diagnose kent, wordt in dit onderzoek de validiteit van de EdB-diagnoselijst getoetst. Aangezien online diagnoses en behandelingen veel laagdrempeliger, anoniemer en voor meer mensen bereikbaar zijn, is de noodzaak van het toetsen van een online diagnosemiddel duidelijk. Het doel van dit onderzoek is daarom te bepalen of de online zelfrapportage EdB-diagnoselijst valide is in het vaststellen van een DSM-diagnose voor eetstoornissen. Door de diagnose, gesteld door de EdB-diagnoselijst te vergelijken met de diagnose, gesteld door een gouden standaard wordt de validiteit getoetst. De **onderzoeksvragen** die in het onderzoek getoetst worden, zijn:

1. Is de EdB-diagnoselijst valide in het vaststellen van een DSM-IV diagnose voor een type eetstoornis?
 - 1.1. Hoe groot is de kans op een juiste diagnose voor een DSM-IV type eetstoornis door de EdB-diagnoselijst?
 - 1.2. Welke types fouten bij de diagnose voor een DMS-IV type eetstoornis komen bij de EdB-diagnoselijst het meest voor?
2. Zijn de uitspraken over gewicht en lengte van de subjectieve zelfrapportage EdB-diagnoselijst betrouwbaar?

Methode

Design

Met behulp van een extern criterium, een diagnostisch gouden standaard, werd de EdB-diagnoselijst in het huidige onderzoek op zijn validiteit getoetst. De gouden standaard was een DSM-IV diagnose type eetstoornis, gesteld door Amarum, specialistisch centrum voor eetstoornissen. De DSM-IV diagnose werd gesteld met behulp van een diagnostisch intakeproces waaronder een face-to-face interview. Cliënten van het specialistisch centrum die uitgenodigd werden voor een eerste intakegesprek, werden als respondenten voor het huidige onderzoek geworven. Voor de deelname aan het onderzoek moesten respondenten aan volgende inclusiecriteria voldoen: a) respondenten waren minstens 16 jaar oud; b) respondenten beheersten de Nederlandse taal voldoende en c) respondenten voldeden aan de DSM-IV (onderzoeks)criteria voor een type eetstoornis.

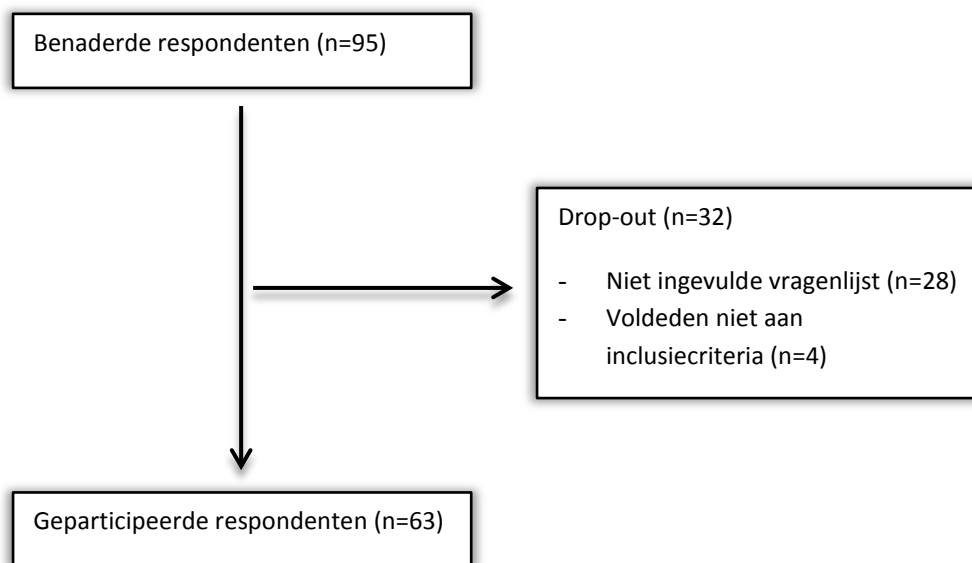
Procedure en steekproef

Alle nieuwe cliënten van het specialistisch eetcentrum werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Zij werden gevraagd om voorafgaand aan hun intakegesprek bij Amarum thuis de EdB-diagnoselijst middels een online link in te vullen. Enkele dagen later kwamen zij naar het intakegesprek bij Amarum. Zowel naar aanleiding van de EdB-diagnoselijst als naar aanleiding van het face-to-face intakegesprek werd een DSM-IV diagnose voor een type eetstoornis gesteld. Door deze twee diagnoses met elkaar te vergelijken kon de validiteit van de EdB-diagnoselijst worden bepaald.

De exacte procedure van dataverzameling bestond uit meerdere stappen: ten eerste de benadering van respondenten via een brief, ten tweede de benadering via een herinneringsmail en ten derde de benadering via telefonisch contact. Allereerst ontvingen respondenten een uitnodiging voor het onderzoek per brief. Deze brief bestond uit een informatieve tekst en de online link naar de EdB-diagnoselijst. De brief werd verstuurd door een secretaresse van Amarum, tezamen met de uitnodiging voor het intakegesprek, circa 2 tot 3 werken voorafgaand aan het intakegesprek. In appendix D is de volledige brief terug te vinden. De tweede stap, de benadering via e-mail, werd slechts bij respondenten gehandhaafd die de EdB-diagnoselijst naar aanleiding van de brief nog niet hadden ingevuld. De e-mail was een herinnering aan het onderzoek en bestond opnieuw uit een korte informatieve tekst en de online link naar de EdB-diagnoselijst. Een onderzoeksmedewerker verstuurde deze e-mail circa 1 tot 1 ½ weken voorafgaand het intakegesprek. Een conceptmail van de herinneringsmail is terug te vinden in appendix E. Als naar aanleiding van de herinneringsmail respondenten nog steeds geen respons toonden, werd als laatste stap telefonisch contact met ze opgenomen. Dit gebeurde een aantal dagen vóór het intakegesprek via de onderzoeksmedewerker. Door de handhaving van de drie verschillende stappen, werd geprobeerd een zo hoog mogelijke respons voor het onderzoek te verkrijgen.

Van maart 2012 tot augustus 2012 werden in totaal 95 respondenten van de eetkliniek Amarum op de locaties Zutphen en Nijmegen benaderd. Vier hiervan voldeden niet aan de inclusiecriteria en 28 vulden de EdB-diagnoselijst niet voorafgaand aan hun intakegesprek in. De uiteindelijke respons van het onderzoek was 63 respondenten (zie Figuur 1).

Figuur 1: Flowchart deelname respondenten aan het onderzoek



Drie van de vier respondenten die niet voldeden aan de inclusiecriteria zagen af van een behandeling bij Amarum, specialistisch centrum voor eetstoornissen. De vierde respondent die niet voldeed aan de inclusiecriteria werd niet gediagnosticeerd met een DSM-IV type eetstoornis. 20 van de 28 respondenten die de EdB-diagnoselijst niet hadden ingevuld, waren telefonisch niet bereikbaar. De redenen waarom deze respondenten de vragenlijst niet invulden is daarom niet te achterhalen. 8 van de 28 respondenten gaven tijdens het telefonisch gesprek aan niet deel te willen nemen aan het onderzoek. Dit door gebrek aan tijd of onzekerheid over deelname aan een onderzoek.

Instrumenten

Het toetsen van de validiteit van de EdB-diagnoselijst gebeurde op basis van het diagnostisch intakeproces van Amarum, specialistisch centrum voor eetstoornissen. Zoals hierboven al genoemd werden respondenten gevraagd om voorafgaand aan hun intakegesprek bij Amarum de EdB-diagnoselijst online in te vullen. De opbouw en variabelen van de EdB-diagnoselijst zijn al in een eerdere paragraaf in de inleiding beschreven. Om deze reden wordt de nadruk in deze paragraaf op de beschrijving van de diagnostische intakeprocedure van de gouden standaard gelegd. Door het bijwonen van twee verschillende intakegesprekken bij twee hulpverleners en een interview met een hulpverlener werd een duidelijk beeld van de intakeprocedure bij Amarum verkregen.

De aanmeld- en intakeprocedure van Amarum bestaat niet slechts uit een intakegesprek, maar ook uit een aantal voorafgaande en daarop aansluitende stappen. In totaal zijn dit zes verschillende stappen. De eerste stap in het proces is de verwijzing van de cliënt door zijn/haar huisarts of de hulpvraag op eigen initiatief. Als tweede dient de cliënt zichzelf aan te melden tijdens het dagelijkse aanmeldspreekuur. Hier vindt een korte telefonische screening van de cliënt door een hulpverlener plaats. De hulpverlener bespreekt met de cliënt wat de reden voor aanmelding is, inventariseert het eetprobleem, eerdere zorgverlening en verdere somatische aandoeningen en medicatie of drugsgebruik van de cliënt. Door middel van dit telefonische contact is het voor de hulpverlener mogelijk om een eerste indruk van de cliënt te verkrijgen en te bepalen of de cliënt binnen Amarum de hulp kan krijgen die gevraagd wordt. Appendix F geeft een kort overzicht van de punten die de hulpverlener tijdens dit telefonisch gesprek behandelt. De derde stap in het aanmeld- en intakeproces is het bij elkaar komen van een aanmeldteam. Het aanmeldteam bestaat uit 4 tot 5 hulpverleners die wekelijks aan de hand van de telefonische screening en de verwijzing van de huisarts beslissen of de nieuwe cliënten worden uitgenodigd voor een intakegesprek. Als cliënten voor de behandeling bij Amarum in aanmerking komen, wordt een uitnodiging voor het intakegesprek en een bijgevoegde 'levensloopvragenlijst' aan de cliënt verstuurd. Bij deze

uitnodiging voor het intakegesprek werd ook de uitnodiging voor het huidige onderzoek meegestuurd. De vierde stap in het aanmeldproces is het invullen van de 'levensloopvragenlijst' door de cliënt. Dit is een vragenlijst voor intern gebruik binnen Amarum welke cliënten voorafgaand aan hun intakegesprek thuis moeten invullen en meebrengen naar het gesprek. De vragenlijst is erg uitgebreid en behandelt onder andere de biografische achtergrond van de cliënt, de familiesituatie, de eetproblematiek en andere medische en psychische problematieken. De vragenlijst is niet gebaseerd op een bestaand gevalideerd instrument maar dient ter ondersteuning van de intaker. Zie appendix G voor de volledige 'levensloopvragenlijst'. De volgende en vijfde stap is het face-to-face intakegesprek met een hulpverlener. Dit intakegesprek is onderverdeeld in twee aparte gesprekken van 45 minuten. Tijdens de gesprekken wordt de levensloopvragenlijst, de reden van aanmelding en het eetprobleem besproken. Er wordt gevraagd naar gewicht en lengte, vreetbuien, compensatiegedrag, het huidige eetpatroon, gevolgen van de eetstoornis, psychologische aspecten, lichaamsbeleving, lichaamsbeeld en overige klachten zoals suïcidaliteit of psychische verschijnselen. De hulpverlener gebruikt hiervoor een sjabloon als leidraad. Daarnaast wordt de cliënt onder observatie gemeten en gewogen. Voor een overzicht van de besprekpunten van het intakegesprek, zie appendix H. Aan de hand van de informatie die de hulpverlener tijdens dit intakegesprek verzamelt, stelt hij/zij na afloop van het gesprek een beschrijvende diagnose en een DSM-IV classificatie diagnose. De laatste en zesde stap van de aanmeldprocedure is het IBZ, een multidisciplinair intakeoverleg. Hier wordt iedere cliënt, zijn diagnose en de best passende behandeling besproken in een team van meerdere hulpverleners. De uiteindelijke DSM-IV diagnoses worden dan in het online dossier van de cliënt ingevoerd. Mogelijke DSM-IV type eetstoornissen zijn anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetstoornis niet anderszins omschreven. De eetstoornis binge eating disorder wordt niet als aparte eetstoornis gediagnosticeerd, maar valt onder de eetstoornis niet anderszins omschreven. Amarum maakt in de praktijk dus onderscheid tussen de eetstoornis NAO en de eetstoornis binge eating disorder. Cliënten die symptomen van de eetstoornis binge eating disorder vertonen worden als ESNAO-cliënten met BED-dynamiek gediagnosticeerd. Er wordt dus expliciet in het dossier vermeld dat de cliënt aan symptomen van het BED type eetstoornis voldoet.

De intakeprocedure bij de eetkliniek Amarum bestaat samengevat uit meerdere stappen. De gouden standaard voor het huidige onderzoek is de gestelde diagnose die in het online dossier van de cliënt terug te vinden is. Deze diagnose wordt aan de hand van het intakegesprek en het IBZ gesteld. De diagnose wordt in een adviesgesprek teruggekoppeld aan de cliënt, alsmede de voorgestelde behandelindicatie.

Data-analyse

Voor een overzicht van de steekproef is ten eerste descriptieve statistiek gehanteerd. Met behulp van het statistisch programma SPSS 16.0 is de gemiddelde leeftijd van respondenten, de verdeling vrouwen en mannen, het opleidingsniveau en de woonsituatie van respondenten beschouwd. Daarnaast is de spreiding van de types eetstoornissen anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetstoornis niet anderszins omschreven inclusief BED, binge eating disorder en eetstoornis niet anderszins omschreven exclusief BED berekend.

Ten tweede is de EdB-diagnoselijst op zijn validiteit getoetst. Aangezien de EdB-diagnoselijst een specifiek type eetstoornis diagnosticeert en geen onderscheid maakt tussen het wel of niet hebben van een eetstoornis, worden per type eetstoornis twee nieuwe dichotome variabelen aangemaakt. Eén nieuwe variabele voor de diagnose van de EdB-diagnoselijst en één nieuwe variabele voor de diagnose van Amarum. Anorexia nervosa kent bijvoorbeeld de volgende variabelen: 'wel anorexia nervosa'-'niet anorexia nervosa/andere ES' voor de diagnoses van de EdB-diagnoselijst en 'wel anorexia nervosa'-'niet anorexia nervosa/andere ES' voor de diagnose van Amarum. Voor het toetsen van validiteit zijn verschillende berekeningen uitgevoerd. Allereerst zijn percentages van overeenstemming van diagnoses per eetstoornis berekend. Daarnaast zijn sensitiviteit, specificiteit, positieve voorspellende waarden, negatieve voorspellende waarden en ROC-curves met Area Under

the Curve waarden per type eetstoornis berekend. Sensitiviteit is de kans op een positieve testuitslag indien een specifieke eetstoornis aanwezig is en specificiteit is de kans op een negatieve testuitslag indien een specifieke eetstoornis afwezig is. De positieve voorspellende waarde is de kans dat een persoon met een positieve testuitslag de specifieke eetstoornis heeft en de negatieve voorspellende waarde is de kans dat een persoon met een negatieve testuitslag de specifieke eetstoornis niet heeft. De validiteitswaarden zijn met behulp van een kruistabel, welke de diagnoses gesteld door de EdB-diagnoselijst en de gouden standaard in elkaar brengt, berekend (zie Tabel 2): In deze tabel worden het wel en het niet hebben van een specifieke eetstoornis (ES) vergeleken.

Tabel 2: Kruistabel voor het berekenen van validiteitswaarden

		Gouden standaard	
		ES ja	ES nee
EdB-diagnoselijst	ES ja	a	b (fout positief)
	ES nee	c (fout negatief)	d

De berekeningen voor de validiteitswaarden zijn als volgt uitgevoerd: sensitiviteit: $a / (a+c)$; specificiteit: $d / (b+d)$; positieve voorspellende waarde: $a / (a+b)$ en negatieve voorspellende waarde: $d / (c+d)$. Volgens De Yébenes Prous, Salvanés en Ortells (2009) is een test valide als deze vier waarden groter of gelijk 0.80 zijn. Met behulp van deze kruistabellen is daarnaast bekeken welke types fouten het meest voorkomen. Er bestaan twee types fouten: de fout negatieve (zie 'c' in Tabel 2) en de fout positieve (zie 'b' in Tabel 2). Bij de fout negatieve fouten stelt de EdB-diagnoselijst geen juiste diagnose voor een type eetstoornis terwijl er volgens de gouden standaard wel een diagnose voor dit type eetstoornis gesteld moet worden. Bij een fout positieve fout stelt de EdB-diagnoselijst wel een diagnose voor een type eetstoornis terwijl volgens de gouden standaard geen diagnose voor dit type eetstoornis gesteld moet worden. Daarnaast zijn ROC (Receiver Operating Characteristic) curves en AUC (Area Under the Curve) waarden berekend. ROC-curves geven grafisch de verhouding tussen sensitiviteit en 1-specificiteit (fout positieve diagnoses) weer. Hoe hoger de curve in de linker bovenhoek ligt, des te hoger is de validiteit van de toets. Area Under the Curve (AUC) waarden zijn met behulp van het statistisch programma SPSS 16.0 per eetstoornis berekend. De AUC waarde is een maat voor de geschiktheid van een instrument. De AUC waarden lopen van 0.5 tot 1.0, waarbij geldt: AUC=0.5: slecht (sensitiviteit=specificiteit, lijnt komt overeen met referentielijn); AUC>0.7: redelijk; AUC>0.8= goed; AUC>0.9= uitstekend en AUC=1.0: perfect.

In een volgende stap is een kruistabel voor alle types eetstoornissen opgesteld. Hierdoor was het mogelijk om te bekijken waar de afwijkende diagnoses precies te vinden zijn. Door de afwijkende diagnoses op itemniveau te onderzoeken is de reden voor de afwijkende diagnoses achterhaald.

In een laatste stap zijn de variabelen gewicht en lengte op betrouwbare uitspraken getoetst. Zowel voor gewicht als ook voor lengte zijn subjectieve en objectieve waarden met elkaar vergeleken. De vergelijking werd uitgevoerd met behulp van gemiddelden, verschilcores en een Paired Sample t-toets door het statistisch programma SPSS 16.0.

Resultaten

Beschrijvende resultaten

Het aantal respondenten in dit onderzoek was in totaal 63 met een verdeling van 7 (11%) mannen en 56 (89%) vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 32 jaar met als standaardafwijking 10 jaar. Een uitgebreid overzicht van de sociaal-demografische gegevens van de steekproef is terug te vinden in Tabel 3. Uitgaand van de gouden standaard was de verdeling van de DSM-IV type eetstoornis: 9 (14%) diagnoses anorexia nervosa, 13 (21%) diagnoses boulimia nervosa en 41 (65%) diagnoses eetstoornis niet anderszins omschreven (zie Tabel 4). Van de 41 respondenten gediagnosticeerd met ESNAO, werd bij 15 (24%) respondenten de diagnose binge eating disorder gesteld.

Tabel 3: Karakteristieken van de steekproef

Sociaal demografische gegevens	Totaal (n=63)
Geslacht (%)	
Man	7 (11.1)
Vrouw	56 (88.9)
Gemiddelde leeftijd (sd)	31.5 (10.3)
Hoogste opleidingsniveau (%)	
Basisschool	6 (9.5)
LBO/MAVO/VMBO	20 (31.7)
HAVO/VWO	6 (9.5)
MBO	18 (28.6)
HBO	11 (17.5)
WO	1 (1.6)
Anders	1 (1.6)
Woonsituatie (%)	
Alleen	13 (20.6)
Samen met partner	10 (15.9)
Samen met partner en kind(eren)	22 (34.9)
Samen met kind(eren)	0 (0)
Bij mijn ouders	13 (20.6)
Anders	5 (7.9)

Tabel 4: Verdeling DSM-IV diagnoses eetstoornissen

Verdeling DSM-IV diagnoses (%)	Totaal (n=63)
Anorexia nervosa	9 (14.3)
Boulimia nervosa	13 (20.6)
ESNAO ¹ , waarvan binge eating disorder	41 (65.1), 15 (23.8)

¹ESNAO = Eetstoornis niet anderszins omschreven

Diagnostische accuraatheid van de EdB-diagnoselijst

Door middel van verschillende berekeningen is de diagnostische accuraatheid van de EdB-diagnoselijst in kaart gebracht. Ten eerste zijn percentages van overeenstemmingen voor de gestelde diagnoses van de twee diagnostische instrumenten berekend. Hierdoor was het mogelijk om een algeheel overzicht van de diagnoses te verkrijgen. Uit de berekeningen bleek het volgende: 54 (85.7%) van alle diagnoses tussen de twee diagnosemiddelen, de EdB-diagnoselijst en de gouden standaard, stemden overeen en 9 (14.3%) van alle diagnoses weken van elkaar af. Bij scheiding van de eetstoornissen BED en ESNAO, stemden 43 (68.3%) van de diagnoses overeen en weken 20 (31.7%) diagnoses van elkaar af.

In een tweede stap zijn kruistabellen van iedere eetstoornis opgesteld. Deze kruistabellen vergelijken de gestelde diagnoses van de EdB-diagnoselijst en de gouden standaard per type eetstoornis. Tabel 5 geeft een overzicht van alle kruistabellen: a) de kruistabel opgesteld voor de eetstoornis anorexia nervosa, b) de kruistabel opgesteld voor de eetstoornis boulimia nervosa, c) de kruistabel opgesteld voor de eetstoornis niet anderszins omschreven inclusief binge eating disorder, d) de kruistabel opgesteld voor de eetstoornis binge eating disorder en e) de kruistabel opgesteld voor de eetstoornis niet anderszins omschreven exclusief binge eating disorder. De goed en fout gestelde diagnoses worden onderaan in de tekst per eetstoornis nader besproken.

Tabel 5: Kruistabellen diagnose EdBlijst en gouden standaard van alle diagnoses

a) Kruistabel anorexia nervosa (AN)

AN EdBlijst	AN gouden standaard		
	Ja	Nee	Totaal
Ja	6	1	7
Nee	3	53	56
Totaal	9	54	63

b) Kruistabel boulimia nervosa (BN)

BN EdBlijst	BN gouden standaard		
	Ja	Nee	Totaal
Ja	11	4	15
Nee	2	46	48
Totaal	13	50	63

c) Kruistabel ESNAO₁¹

ESNAO ₁ EdBlijst	ESNAO ₁ gouden standaard		
	Ja	Nee	Totaal
Ja	37	4	41
Nee	4	18	22
Totaal	41	22	63

d) Kruistabel binge eating disorder (BED)

BED EdBlijst	BED gouden standaard		
	Ja	Nee	Totaal
Ja	8	4	12
Nee	7	44	51
Totaal	15	48	63

e) Kruistabel ESNAO₂²

ESNAO ₂ EdBlijst	ESNAO ₂ gouden standaard		
	Ja	Nee	Totaal
Ja	18	11	29
Nee	8	26	34
Totaal	26	37	63

¹ESNAO₁ = Eetstoornis niet anderszins omschreven inclusief BED

²ESNAO₂ = Eetstoornis niet anderszins omschreven exclusief BED

Met behulp van deze kruistabellen (zie Tabel 5a-e) was het mogelijk om een overzicht van de vier mogelijk gestelde diagnoses te verkrijgen: juist positief, juist negatief, fout positief en fout negatief. Aan de hand van deze diagnoses zijn ten derde waarden voor sensitiviteit, specificiteit, positieve voorspellende waarde, negatieve voorspellende waarde, Area Under the Curve van de ROC curves en percentage van overeenstemming per eetstoornis berekend (zie Tabel 6). Uit de tabel blijkt dat de algehele waarden redelijk tot uitstekend hoog zijn. De specifieke waarden worden later één voor één per type eetstoornis besproken. Voor een duidelijk grafisch overzicht zijn ROC curves per eetstoornis opgesteld. Figuren 2a tot 2e laten ROC curves voor de eetstoornis anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetstoornis niet anderszins omschreven inclusief binge eating disorder, binge eating disorder en eetstoornis niet anderszins omschreven exclusief binge eating disorder zien. Iedere grafiek geeft de verhouding tussen sensitiviteit en 1-specificiteit weer. Hoe dichter de blauwe lijn in iedere grafiek in de linker bovenhoek van de curve ligt, des te hoger is het onderscheidend vermogen van de EdB-diagnoselijst per type eetstoornis. Uit Figuur 2 blijkt dat de EdB-diagnoselijst vooral bij het stellen van de diagnoses boulimia nervosa en ESNAO inclusief BED een hoog onderscheidend vermogen kent (zie Figuur 2b en c). De blauwe lijnen voor de eetstoornissen AN, BED en ESNAO exclusief BED liggen iets dichter bij de referentielijn welke veronderstelt dat een toets absoluut niet onderscheidend is (zie Figuur 2a, d en e). In hoeverre de grafieken tot stand zijn gekomen en wat zij betekenen wordt ook later per type eetstoornis beschreven.

Tabel 6: Overeenkomsten tussen de EdB-diagnoselijst en de gouden standaard

	Sensitiviteit	Specificiteit	Positieve voorspellende waarde	Negatieve voorspellende waarde	% van overeenstemming ³	AUC ⁴
Anorexia nervosa	.66	.98	.86	.95	93.65	.82*
Boulimia nervosa	.85	.92	.73	.96	90.48	.88**
ESNAO ₁ ¹	.90	.82	.90	.82	87.30	.86**
Binge eating disorder	.53	.92	.67	.86	82.54	.72*
ESNAO ₂ ²	.69	.70	.62	.76	69.84	.69*

¹ESNAO₁ = Eetstoornis niet anderszins omschreven incl. BED

²ESNAO₂ = Eetstoornis niet anderszins omschreven exc. BED

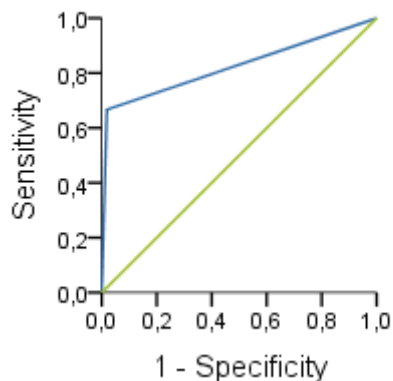
³% van overeenstemming tussen EdB-diagnoselijst en gouden standaard

⁴AUC = Area Under the Curve

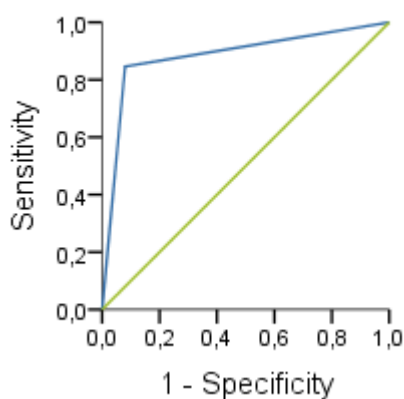
*p<0.05; **p<0.001

Figuur 2: ROC curves alle diagnoses (n=63)

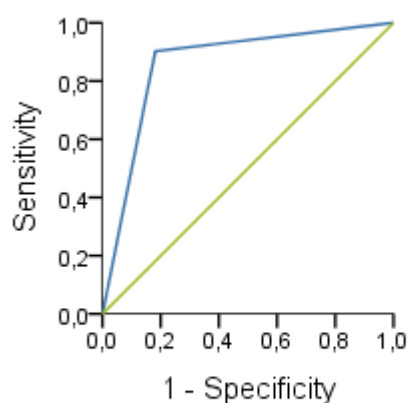
a) ROC-curve AN



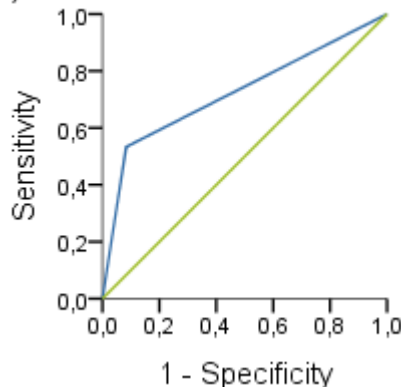
b) ROC-curve BN



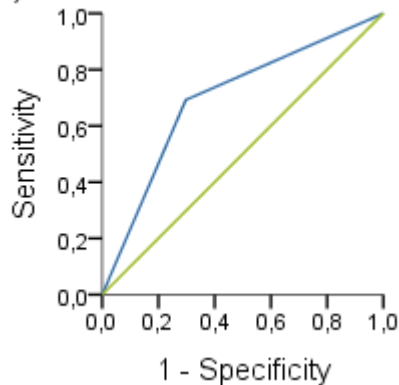
c) ROC-curve ESNAO₁



d) ROC-curve BED



e) ROC-curve ESNAO₂



Van linksboven naar rechtsonder: (a) ROC curve anorexia nervosa (AN), (b) ROC curve boulimia nervosa (BN), (c) ROC curve eetstoornis niet anderszins omschreven incl. BED (ESNAO₁), (d) ROC curve binge eating disorder, (e) ROC curve eetstoornis niet anderszins omschreven exc. BED (ESNAO₂). Alle ROC curves vergelijken de diagnose van de gouden standaard met de diagnose van de EdB-diagnoselijst. De blauwe lijn geeft de verhouding sensitiviteit – 1-specificiteit van de EdB-diagnoselijst weer. De groene lijn is de referentielijn welke weergeeft dat de test absoluut niet onderscheidend is. De Area Under the Curve (AUC) is de oppervlakte onder de bovenste lijn met a) AUC = 0.82, b) AUC = 0.88, c) AUC = 0.86, d) AUC = 0.72 en e) AUC = 0.69.

In een volgende, vierde stap zijn twee kruistabellen voor alle diagnoses opgesteld. Eén kruistabel voor de diagnoses AN, BN en ESNAO inclusief BED (zie Tabel 7) en een kruistabel voor de diagnoses AN, BN, BED en ESNAO exclusief BED (zie Tabel 8). Hierdoor was het mogelijk om te bekijken waar precies de verschillen van de fout negatieve en fout positieve diagnoses te vinden zijn. De afwijkende gevallen zijn daarnaast op itemniveau onderzocht om de redenen voor de afwijkingen te achterhalen. Ook dit wordt per type eetstoornis in een latere paragraaf beschreven.

Tabel 7: Kruistabel EdB-diagnoselijst en gouden standaard alle diagnoses (AN, BN, ESNAO₁)

Diagnose EdBlijst	Diagnose gouden standaard			Totaal
	AN	BN	ESNAO ₁ ¹	
Anorexia nervosa (AN)	6	0	1	7
Boulimia nervosa (BN)	1	11	3	15
ESNAO ₁ ¹	2	2	37	41
Totaal	9	13	41	63

¹ESNAO₁ = Eetstoornis niet anderszins omschreven incl. BED

Tabel 8: Kruistabel EdB-lijst en gouden standaard alle diagnoses (AN, BN, BED, ESNAO₂)

Diagnose EdBlijst	Diagnose gouden standaard				Totaal
	AN	BN	BED	ESNAO ₂ ¹	
Anorexia nervosa (AN)	6	0	0	1	7
Boulimia nervosa (BN)	1	11	0	3	15
Binge eating disorder (BED)	0	0	8	4	12
ESNAO ₂ ¹	2	2	7	18	29
Totaal	9	13	15	26	63

¹ESNAO₂ = Eetstoornis niet anderszins omschreven exc. BED

Validiteit anorexia nervosa

Uit de kruistabel van de diagnoses voor de eetstoornis anorexia nervosa (Tabel 5a) blijkt dat 59 (93.65%) van de 63 gestelde diagnoses overeenkomen. Zie voor het percentage van overeenstemming ook Tabel 6. Vier diagnoses tussen de twee diagnostische instrumenten (6.35%) wijken van elkaar af, waarvan drie diagnoses fout negatief zijn (Amarum 'ja', EdB-lijst 'nee') en één diagnose fout positief (Amarum 'nee', EdB-lijst 'ja') is (zie Tabel 5a). Uit de berekening van sensitiviteit, specificiteit, positieve voorspellende waarde en negatieve voorspellende waarde blijkt het volgende: sensitiviteit=0.66, specificiteit=0.98, positieve voorspellende waarde=0.86 en negatieve voorspellende waarde=0.95 (zie Tabel 6). Specificiteit, positieve voorspellende en negatieve voorspellende waarde zijn hoog. De waarde van sensitiviteit met 0.66 is matig en volgens De Yébenes Prous, Salvanés en Ortells (2009) niet significant hoog voor een valide instrument. Cliënten die door de gouden standaard gediagnosticeerd zijn met anorexia nervosa, worden door de EdB-diagnoselijst niet voldoende als zulke herkend en gediagnosticeerd. De ROC-curve laat deze matige sensitiviteitswaarde goed zien (zie Figuur 2a). De blauwe lijn verloopt bijna parallel met de Y-as. Dit duidt erop dat de EdB-diagnoselijst weinig fout positieve diagnoses stelt. Echter, bij het punt 0.66 draait de lijn in richting van de referentielijn. De reden hiervoor is de matige sensitiviteitswaarde. De AUC-waarde, de Area Under the Curve, is hoog met AUC=0.82, $p=0.02$ (zie Tabel 6). Dit betekent dat de EdB-diagnoselijst over het algemeen een geschikte toets voor het stellen van de diagnose anorexia nervosa is.

Reden van de lage sensitiviteitswaarde zijn drie fout negatief gestelde diagnoses door de EdB-diagnoselijst. Door de kruistabel voor alle diagnoses wordt duidelijk waar de verschillen precies liggen (zie Tabel 7). Het blijkt dat twee respondenten door de EdB-diagnoselijst met de eetstoornis

NAO en één respondent met de eetstoornis boulimia nervosa gediagnosticeerd zijn, terwijl de gouden standaard de diagnose anorexia nervosa stelt. Door het vergelijken van deze verschillen op itemniveau kwam naar voren dat de twee respondenten, gediagnosticeerd met de eetstoornis NAO, volgens de vragenlijst aan alle criteria van anorexia nervosa voldoen, behalve aan het laatste criterium van anorexia nervosa, de amenorroe. Hierdoor werd door de EdB-diagnoselijst geen diagnose AN, maar de diagnose ESNAO gesteld. Uit het diagnostisch instrument van de gouden standaard kwam naar voren dat beide respondenten gebruik maken van de anticonceptiepill en daarom, ondanks een te lage BMI, een regelmatige menstruatie vertonen. De gouden standaard gediagnosticeerde deze twee cliënten hierdoor als type anorexia nervosa. De respondent, door de vragenlijst gediagnosticeerd met boulimia nervosa en door de gouden standaard gediagnosticeerd met anorexia nervosa, voldeed volgens de antwoorden in de vragenlijst niet aan alle criteria voor anorexia, maar wel aan de criteria voor boulimia. Hij/zij gaf in de EdB-diagnoselijst aan geen angst te hebben aan te komen en zich niet te dik te voelen. Bij de beschouwing van het intakegeverslag van de gouden standaard bleken echter alle criteria van anorexia nervosa toepasselijk te zijn voor de cliënt. Daarnaast blijkt uit de kruistabel voor alle diagnoses dat één fout positieve diagnose door de EdB-diagnoselijst is gesteld (zie Tabel 7). Deze respondent voldeed in de EdB-diagnoselijst aan alle criteria van anorexia nervosa, maar is door de gouden standaard als type ESNAO gediagnosticeerd. Uit beschouwing van het intakegeverslag en de levensloopvragenlijst van de gouden standaard bleek dat deze cliënt aan alle criteria van anorexia nervosa voldoet waaronder een laag lichaamsgewicht, een foute lichaamsbeleving en het uitblijven van menstruatie. Toch stelde de gouden standaard de diagnose eetstoornis niet anderszins omschreven. Hieraan is wel de toevoeging anorexia nervosa dynamiek gemaakt.

Samenvattend spreken de waarden voor specificiteit, positieve en negatieve voorspellende waarde en AUC voor een goede validiteit van de EdB-diagnoselijst bij het vaststellen van de diagnose anorexia nervosa. Echter, de sensitiviteit valt iets te laag uit om te concluderen dat alle anorexia nervosa cliënten ook als deze door de EdB-diagnoselijst herkend worden.

Validiteit boulimia nervosa

Ook voor het onderdeel boulimia nervosa van de EdB-diagnoselijst is een kruistabel van de gestelde diagnoses opgesteld (zie Tabel 5b). Hieruit blijkt dat 57 (90.48%) van 63 gestelde diagnoses tussen de twee instrumenten overeenkomen en 6 (9.52%) van de diagnoses niet overeenstemmen (zie Tabel 5b). Van deze 6 diagnoses zijn vier fout positief en 2 fout negatief (zie Tabel 5b). De validiteitswaarden bedragen: sensitiviteit=0.85, specificiteit=0.92, positieve voorspellende waarde=0.73 en negatieve voorspellende waarde=0.96 (zie Tabel 6). Over het algemeen zijn dit hoge waarden en stelt de EdB-diagnoselijst valide diagnoses voor de eetstoornis boulimia nervosa vast. Uit de ROC-curve voor boulimia nervosa is dit over het algemeen goede onderscheidend vermogen van de EdB-diagnoselijst te herkennen (zie Figuur 2b). De Area Under the Curve is met AUC=0.88, $p=0.00$ voldoende hoog (zie Tabel 6). Een enkele tekortkoming is de matige waarde voor de positieve voorspellende waarde (0.73). Reden van deze waarde zijn vier fout positieve diagnoses, gesteld door de EdB-diagnoselijst. Uit de kruistabel voor alle diagnoses blijkt dat drie van de vier fout positieve gevallen (EdB-lijst wel diagnose BN, Amarum niet diagnose BN) door de gouden standaard als ESNAO types eetstoornissen gediagnosticeerd zijn en één geval als eetstoornis AN gediagnosticeerd is (zie Tabel 7). Deze gevallen zijn opnieuw op itemniveau beschouwd.

De door Amarum als anorexia nervosa en door de EdB-lijst als boulimia nervosa type gediagnosticeerde respondent is al in bovenstaande paragraaf besproken. Reden voor de andere drie afwijkende diagnoses is verschillend. Uit het intakegeverslag van de eerste respondent bleek dat hij/zij geen compensatie ervaart terwijl hij/zij dit in de EdB-diagnoselijst wel aangaf. Echter, in het verleden heeft de cliënt vaak gebraakt waardoor hij/zij wellicht in de vragenlijst aangaf om nog steeds te compenseren. Ook het gewicht van de cliënt duidt eerder op een ESNAO of binge eating disorder type eetstoornis dan op een BN type eetstoornis. Uit het intakegeverslag en de levensloopvragenlijst van de tweede cliënt kwam naar voren dat de cliënt twee verschillende periodes eetstoornissen

ervaart: periodes van vreetbuien met compensatiegedrag afwisselend met periodes van lijnen. Om deze reden is door de gouden standaard geen diagnose boulimia nervosa gesteld. Wel is aan de diagnose eetstoornis niet anderszins omschreven de toevoeging BN dynamiek gemaakt. De derde respondent die door de EdB-diagnoselijst als boulimia nervosa type gediagnosticeerd is maar door de gouden standaard als ESNAO type gediagnosticeerd is, geeft in de vragenlijst aan veel overmatig te sporten. Uit het intakeverslag bleek dat de respondent 8 uur per week sport, maar dit niet als compensatie beschouwt. Ook het gewicht van de respondent duidt eerder op een ESNAO type met BED dynamiek. Tot slot werden de twee fout negatief diagnoses (EdB-lijst geen diagnose BN, Amarum wel diagnose BN) nader in beschouwing genomen. Eén van de twee respondenten gaf in de EdB-diagnoselijst aan geen vreetbuien te ervaren. Uit de gouden standaard blijkt echter dat de respondent zelfs dagelijks vreetbuien ervaart. Ook de andere respondent gaf in de EdB-diagnoselijst aan geen vreetbuien te hebben. Uit de levensloopvragenlijst van de gouden standaard bleek dat de cliënt een lang verleden met vreetbuien en compensatiegedrag heeft. Echter, nu ervaart de cliënt geen vreetbuien meer. Toch stelt de gouden standaard de diagnose boulimia nervosa.

Samenvattend is de EdB-diagnoselijst ook een geschikte toets voor het stellen van het type eetstoornis boulimia nervosa. Zowel de Area Under the Curve (AUC) als sensitiviteit, specificiteit en negatieve voorspellende waarde zijn voldoende tot uitstekend hoog. Echter, de waarde van de positieve voorspellende waarde is lager en zou voor een perfecte validiteit van de EdB-diagnoselijst wat hoger uit kunnen vallen. De EdB-diagnoselijst lijkt in sommige gevallen te vroeg de diagnoses BN te stellen terwijl cliënten niet aan dit type eetstoornis voldoen.

Validiteit ESNAO inclusief BED

In een volgende stap werden de gestelde diagnoses van de eetstoornis niet anderszins omschreven inclusief binge eating disorder beschreven. Hier is dus geen onderscheid gemaakt tussen ESNAO en binge eating disorder. Het volgende blijkt: 55 van de 63 diagnoses (87.3%) van de twee diagnostische instrumenten komen overeen en 8 diagnoses (12.7%) verschillen per diagnostisch instrument van elkaar (zie Tabel 5c & 6). Vier van de acht afwijkende diagnoses zijn fout positief en vier zijn fout negatief (zie Tabel 5c). De validiteitswaarden zijn als volgt: sensitiviteit=0.90, specificiteit=0.82, positieve voorspellende waarde=0.90 en negatieve voorspellende waarde=0.82 (zie Tabel 6). Alle waarden zijn voldoende tot uitstekend hoog wat een kenmerk voor een hoge validiteit van de EdB-diagnoselijst bij het stellen van de diagnose eetstoornis niet anderszins omschreven inclusief BED is. Ook de ROC-curve laat grafisch zien dat de validiteit hoog is (zie Figuur 2c). De lijn verloopt in de linkerbovenhoek van de curve. Tevens bekrachtigen de waarden van de Area Under the Curve (AUC=0.86, $p=0.00$) dat de EdB-diagnoselijst een goede onderscheidende toets is (zie Tabel 6 en Figuur 2c).

Tabel 7 geeft ook voor de eetstoornis NAO inclusief BED een overzicht van alle opgestelde diagnoses door de twee instrumenten. Hierdoor wordt duidelijk waar precies de verschillen van de EdB-diagnoselijst en de gouden standaard liggen. Aangezien het wel of niet hebben van de drie verschillende types eetstoornissen AN, BN en ESNAO met elkaar samenhangen zijn alle verschillen van de groep eetstoornis NAO al in bovenstaande paragrafen besproken. Eén van de acht gevallen van afwijkende diagnoses is een respondent, door de EdB-diagnoselijst gediagnosticeerd met de eetstoornis NAO en door de gouden standaard gediagnosticeerd met de eetstoornis AN. De redenen van de verschillende diagnoses bij deze respondent zijn al in eerdere paragrafen besproken. Ook de andere fout positieve en fout negatieve diagnoses zijn eerder besproken. De fout positieve diagnoses zijn, inclusief de net beschreven respondent, één respondent door de EdB-diagnoselijst met de eetstoornis NAO gediagnosticeerd en door de gouden standaard met de eetstoornis AN gediagnosticeerd en twee respondenten door de EdB-diagnoselijst met de eetstoornis NAO en door de gouden standaard met de eetstoornis BN gediagnosticeerd (zie Tabel 7). De vier fout negatieve diagnoses zijn: één respondent door de gouden standaard als ESNAO type gediagnosticeerd en door de EdB-diagnoselijst als AN type gediagnosticeerd en drie respondenten door de gouden standaard

als ESNAO types gediagnosticeerd en door de EdB-diagnoselijst als boulimia nervosa types gediagnosticeerd (zie Tabel 7).

Samenvattend blijkt de EdB-diagnoselijst een goede tot uitstekende validiteit voor het stellen van de diagnose eetstoornis niet anderszins omschreven inclusief BED te hebben. Zowel de Area Under the Curve (AUC) als sensitiviteit, specificiteit, positieve en negatieve voorspellende waarde zijn hoog.

Validiteit binge eating disorder en ESNAO exclusief binge eating disorder

Aangezien binge eating disorder in het DSM-IV handboek onderdeel van de eetstoornis NAO is, maar in de DSM-IV onderzoekscriteria als aparte eetstoornis beschouwt wordt, worden in deze paragraaf de resultaten voor de diagnoses BED en de diagnoses eetstoornis niet anderszins omschreven exclusief BED weergegeven. Het doel was om de validiteit van de EdB-diagnoselijst te bepalen als binge eating disorder als aparte eetstoornis beschouwd werd. Aangezien de diagnoses anorexia nervosa en boulimia nervosa dezelfde blijven, worden slechts de analyses van de eetstoornis binge eating disorder en de eetstoornis niet anderszins omschreven beschreven.

Uit de kruistabel van de diagnoses gemaakt door de EdB-diagnoselijst en de gouden standaard blijkt dat 52 (82.54%) van de 63 diagnoses overeen stemmen en 11 (17.46%) diagnoses van elkaar afwijken (zie Tabel 5d en 6). De 11 diagnoses die niet overeen stemmen zijn verdeeld in 7 fout negatieve diagnoses en 4 fout positieve diagnoses (zie tabel 5d). De validiteitswaarden zijn: sensitiviteit=0.53, specificiteit=0.92, positieve voorspellende waarde=0.67 en negatieve voorspellende waarde=0.86 (zie Tabel 6). Zowel de waarde voor sensitiviteit als de positieve voorspellende waarde is matig. Uit de matige sensitiviteitswaarde blijkt dat de EdB-diagnoselijst niet alle cliënten die daadwerkelijk de diagnose BED hebben herkend. De matige positieve voorspellende waarde duidt aan dat de EdB-diagnoselijst cliënten als BED types diagnosticeert terwijl zij niet dit type eetstoornis hebben. De lage sensitiviteitswaarde is ook grafisch herkenbaar. De ROC-curve verloopt niet voldoende hoog in de linkerbovenhoek van de curve (zie Figuur 2d). De Area Under the Curve is met $AUC=0.72$, $p=0.01$ redelijk.

In een volgende stap is opnieuw een kruistabel van alle diagnoses opgesteld (zie Tabel 8). Hierdoor was het mogelijk om te achterhalen waar de 11 afwijkende diagnoses te vinden zijn. 7 fout negatieve diagnoses, dus respondenten die de gouden standaard als BED types gediagnosticeerd heeft, zijn door de EdB-diagnoselijst als ESNAO types gediagnosticeerd. Door beschouwing op itemniveau werden de redenen voor de afwijkende diagnoses achterhaald. Eén van de respondenten gaf in de EdB-diagnoselijst aan geen vreetbuien te hebben. Ook in de levensloopvragenlijst van de gouden standaard gaf deze respondent aan geen vreetbuien te ervaren. Echter, hij/zij bleek niet te weten wat een vreetbui precies inhoudt. De respondent maakte volgende notitie: 'ik weet niet hoeveel ik moet eten om een vreetbui te hebben'. Uit de beschouwing van het intakegesprek bleek uiteindelijk dat hij/zij wel vreetbuien had. Twee van de zeven respondenten gaven in de EdB-diagnoselijst aan vreetbuien te hebben, maar geen gevoel van controleverlies te ervaren. Uit beschouwing van de intakeverslagen bleek dat beide cliënten wel controleverlies ervaren. De andere vier respondenten voldeden volgens de EdB-diagnoselijst niet aan het type eetstoornis BED omdat zij niet 2 keer per week gedurende de afgelopen zes maanden vreetbuien ervoeren. Uit de beschouwing van de levensloopvragenlijst en het intakeverslag bleek dat de gouden standaard de hoeveelheid vreetbuien van de afgelopen zes maanden niet uitvraagt. Slechts de hoeveelheid vreetbuien gedurende de afgelopen drie maanden wordt uitgevraagd. Er kan dan ook niet met zekerheid gezegd worden waarom het type eetstoornis binge eating disorder gesteld is. De 4 fout positieve diagnoses, dus de respondenten die door de EdB-diagnoselijst als BED gediagnosticeerd werden, werden door het face-to-face interview als ESNAO types eetstoornissen gediagnosticeerd (zie Tabel 8). Alle vier respondenten voldeden volgens de EdB-diagnoselijst aan de criteria van de eetstoornis BED. Uit de intakeverslagen van de gouden standaard werd echter niet duidelijk waarom geen diagnose binge eating disorder was gesteld. Er kwam wel naar voren dat de gouden standaard niet alle criteria van

de eetstoornis BED uitvraagt. Hierdoor kon niet achterhaald worden waarom geen diagnose binge eating disorder werd gesteld.

Uit de kruistabel opgesteld voor de eetstoornis niet anderszins omschreven exclusief BED blijkt: 44 (69.84%) diagnoses tussen de twee diagnostische instrumenten stemmen overeen en 19 (30.16%) diagnoses verschillen van elkaar (zie Tabel 5e en 6). 11 van deze 19 afwijkende diagnoses zijn fout positief en 8 van de 19 diagnoses zijn fout negatief (zie Tabel 5e). Validiteitswaarden zijn: sensitiviteit=0.69, specificiteit=0.70, positieve voorspellende waarde=0.62 en negatieve voorspellende waarde=0.76 (zie Tabel 6). Alle vier waarden zijn matig en volgens De Yébenes Prous, Salvanés en Ortells (2009) niet significant hoog voor een valide onderscheidende toets. Ook de ROC-curve en Area Under the Curve waarde van $AUC=0.69$, $p=0.01$ duiden op een matige validiteit (zie Figuur 2e en Tabel 6). De ROC-curve ligt dicht bij de referentielijn. Hieruit wordt duidelijk dat de validiteit van de EdB-diagnoselijst bij de diagnose van de eetstoornis niet anderszins omschreven exclusief BED matig is.

Ook voor de eetstoornis niet anderszins omschreven exclusief BED werd een kruistabel voor alle diagnoses opgesteld en zijn de afwijkende diagnoses op itemniveau beschouwd (zie Tabel 8). Uit de tabel blijkt er een redelijke verspreiding van de fout positieve en fout negatieve diagnoses te zijn. De 11 diagnoses die de EdB-diagnoselijst als ESNAO types eetstoornis gediagnosticeerd heeft, werden door de gouden standaard als volgt gediagnosticeerd: 2 diagnoses AN, 2 diagnoses BN en 7 diagnoses BED. De 8 diagnoses die de gouden standaard als ESNAO types eetstoornis gediagnosticeerd heeft, werden door de EdB-diagnoselijst als volgt gediagnosticeerd: 1 diagnose AN, 3 diagnoses BN en 4 diagnoses BED. Aangezien het wel of niet hebben van de drie verschillende types eetstoornissen AN, BN, BED en ESNAO met elkaar samen hangen, zijn de afwijkende diagnoses van het type eetstoornis niet anderszins omschreven al in eerdere paragrafen besproken en worden deze hier niet verder uitgelegd.

Samenvattend blijkt dat de validiteit van de EdB-diagnoselijst daalt als binge eating disorder als aparte eetstoornis wordt beschouwd. Zowel de validiteitswaarden voor de eetstoornis BED als de validiteitswaarden voor de eetstoornis NAO exc. BED zijn matig. Zowel fout positieve als fout negatieve diagnoses zijn gesteld.

Overeenstemming subjectieve en objectieve waarden gewicht en lengte

Als laatste werden subjectieve en objectieve waarden van de twee variabelen lengte en gewicht vergeleken. De variabele lengte kende de volgende gemiddelden: 170.5 meter voor de EdB-diagnoselijst (zelfrapportage) en 170.4 meter voor de gouden standaard (objectief gemeten) (zie Tabel 9). Door de berekening van een t-toets voor gekoppelde paren blijkt de correlatie $r=0.99$, de gemiddelde verschilscore 0.14 en de t-waarde $t=0.91$, $p=0.34$ te zijn (zie Tabel 9). De gemiddelde waarden van de variabele gewicht zijn: 84.7 kg voor de gouden standaard (objectief gemeten) en 84.4 kg voor de EdB-diagnoselijst (zelfrapportage) (zie Tabel 9). Daarnaast blijkt voor de variabele gewicht een correlatie van $r=0.99$, een gemiddelde verschilscore van 0.28 en $t=0.85$, $p=0.40$ (zie Tabel 9). De lage gemiddelde verschilscore van zowel lengte als gewicht en de niet significant van elkaar afwijkende gemiddelden voor lengte en gewicht geven aan dat er geen significant verschil tussen de subjectieve waarden en objectief gemeten waarden is.

Tabel 9: Verschillen tussen gouden standaard en EdB-diagnoselijst voor waarden van lengte en gewicht

	M (sd) Amarum ¹	M (sd) EdB- diagnoselijst ²	r ³	Dgem ⁴	Paarsgewijze t-toets (t) ⁵	p
Lengte	170.4 (8.8)	170.5 (8.8)	.99	0.14	.91	.34
Gewicht	84.7 (32.7)	84.4 (32.5)	.99	0.28	.85	.40

¹objectief: onder observatie gemeten; ²subjectief: zelfrapportage

³r = paarsgewijze correlatie

⁴Dgem = gemiddelde verschilscore

⁵t = paarsgewijze t-toets

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om te bepalen of de EdB-diagnoselijst valide is in het vaststellen van een DSM-IV type eetstoornis. Uit de resultaten blijkt dat de EdB-diagnoselijst over het algemeen een hoge validiteit voor het vaststellen van de DSM-IV type diagnoses anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetstoornis niet anderszins omschreven kent. Zowel de waarden van de ROC-curves als de waarden van sensitiviteit, specificiteit, positieve en negatieve voorspellende waarden zijn over het algemeen voldoende tot uitstekend hoog als de diagnose anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetstoornis NAO wordt gesteld. Daarnaast blijkt dat de EdB-diagnoselijst een hoog aantal juiste diagnoses stelt. 59 van de 63 diagnoses voor het type eetstoornis anorexia nervosa, 57 van de 63 diagnoses voor het type eetstoornis boulimia nervosa en 55 van de 63 diagnoses voor het type eetstoornis NAO stemmen tussen de EdB-diagnoselijst en de gouden standaard overeen. Zowel de validiteitswaarden als het hoge aantal overeenstemmingen van de diagnoses duidt op een over het algemeen hoge validiteit van de EdB-diagnoselijst. Voor de internetbehandeling Etendebaas is de vragenlijst concluderend een geschikt instrument dat goed aansluit op de in de praktijk belangrijke functies van diagnostiek: ten eerste bepaalt de vragenlijst valide het DSM-IV type eetstoornis, ten tweede kan hierdoor een passende behandeling voor de cliënt gekozen worden, ten derde kan beoordeeld worden of cliënten door de behandeling bij Etendebaas vooruitgang hebben geboekt en ten vierde kan de online behandeling bij de zorgverzekeraar vergoed worden. Geconcludeerd kan worden dat de EdB-diagnoselijst over het algemeen een valide zelfrapportageinstrument is voor het vaststellen van een DSM-IV type eetstoornis van de internetbehandeling Etendebaas.

Uit verschillend onderzoek blijkt dat face-to-face interviews een gangbare manier voor de diagnostiek van eetstoornissen is (Vandereycken & Noorderbos, 2008). Hoewel veel face-to-face interviews voordelen als goede validiteit en betrouwbaarheid kennen (Guest, 2000; Mitchell & Peterson, 2005; Sheehan et al., 1997) en gebruikelijk zijn bij de behandeling van eetstoornissen, is het bij internetbehandelingen soms beter om zulke face-to-face interviews te laten varen. Om anonimiteit en laagdrempeligheid te garanderen, maken internetbehandelingen gebruik van zelfrapportagevragenlijsten voor diagnostiek. Zelfrapportagevragenlijsten kennen voordelen als lage kosten en een simpele afname door de afwezigheid van hulpverleners (Carter, Aimé & Mills, 2001). Echter, verscheidende auteurs hebben om verschillende redenen voor zelfrapportage gewaarschuwd. Volgens Carter en collega's (2001) is zelfrapportage niet accuraat genoeg. Vooral bij cliënten met eetstoornissen bestaat de mogelijkheid van foute uitspraken over gewicht en lengte uit bijvoorbeeld schaamte (Gorber et al., 2007). Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt echter dat respondenten erg betrouwbare uitspraken over gewicht en lengte maken. De subjectieve en objectieve waarden van zowel gewicht als lengte verschillen niet significant van elkaar. Het door Carter en collega's (2001) omschreven nadeel van zelfrapportagevragenlijsten, het gebrek aan accuraatheid van data, is in de steekproef van dit onderzoek daarom weerlegd. De EdB-diagnoselijst is concluderend een online zelfrapportagevragenlijst die sterke voordelen kent: een korte afnameduur, de mogelijkheid om de vragenlijst in een thuissituatie in te vullen, geen vereiste van training van hulpverleners en de betrouwbaarheid van cliënten ten aanzien van uitspraken over gewicht en lengte. Dit onderzoek onderstreept dat een valide methode voor de diagnostiek van eetstoornissen niet slechts door diagnostische face-to-face interviews, maar ook door een online zelfrapportagevragenlijst mogelijk is.

Ondanks de algemeen hoge validiteit van de EdB-diagnoselijst blijkt uit de resultaten dat er enkele verschillen zijn tussen de diagnoses die door de vragenlijst en door de gouden standaard zijn gesteld. Er zijn enkele tekortkomingen die voor een uitstekende diagnostiek van eetstoornissen in de toekomst gecorrigeerd moeten worden. Een eerste probleem doet zich voor als de EdB-diagnoselijst onderscheid maakt tussen de diagnose eetstoornis NAO en de in de DSM-IV onderzoekscriteria opgenomen eetstoornis binge eating disorder. Volgens de DSM is het verschil tussen deze twee eetstoornissen het volgende: ten eerste komen de eetbuien bij de diagnose binge eating disorder gemiddeld ten minste twee dagen per week gedurende zes maanden voor (APA, 2000, 2001). Bij de

diagnose eetstoornis NAO wordt slechts de frequentie van eetbuien gedurende drie maanden beschouwd. Ten tweede stelt de DSM de diagnose binge eating disorder als cliënten aan drie van de volgende vijf criteria voldoen: (1) veel sneller eten dan gewoonlijk; (2) dooreten tot een ongemakkelijk vol gevoel is bereikt; (3) grote hoeveelheden voedsel verorberen zonder fysieke honger te voelen; (4) in eenzaamheid eten uit schaamte over de grote hoeveelheid voedsel die gegeten wordt; (5) na het overeten walgen van zichzelf, zich depressief of erg schuldig voelen (APA, 2000, 2001). Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat het aantal verschillende diagnoses gesteld door de EdB-diagnoselijst en de gouden standaard hoog is als binge eating disorder als aparte eetstoornis wordt beschouwd. Er worden 11 verschillende diagnoses gesteld. Dit aantal weerspiegelt zich in de lage validiteitswaarden voor sensitiviteit en positieve voorspellende waarde. Door beschouwing van de gouden standaard komt naar voren dat deze de twee hierboven beschreven criteria van de eetstoornis binge eating disorder niet hanteert. Tijdens het diagnostisch face-to-face interview wordt niet uitgevraagd of de cliënt vreetbuien gedurende de afgelopen zes maanden ervaart en of hij/zij voldoet aan de vijf criteria voor BED. Hulpverleners gaven wel aan om rekening te houden met de criteria van binge eating disorder, maar dit slechts op gevoel te doen en de criteria voor BED niet letterlijk uit te vragen. Een betrouwbare vergelijking van de diagnoses gesteld door de EdB-diagnoselijst en de gouden standaard is hierdoor bijna onmogelijk. Daarnaast is onduidelijk in hoeverre de diagnostische procedure van de eetkliniek de 'gouden standaard' voor de diagnose binge eating disorder representeert, aangezien de procedure van de eetkliniek niet helemaal goed aansluit op de DSM-IV onderzoekscriteria. Voor de toekomst zou het een oplossing zijn om de DSM-IV criteria tijdens diagnostiek strikter te hanteren. Daarnaast zou de EdB-diagnoselijst meerdere gouden standaard instrumenten voor validatie kunnen gebruiken. Geconcludeerd kan worden dat de validiteit van de EdB-diagnoselijst bij het vaststellen van de diagnose binge eating disorder daalt. Door het gebrek aan nauwkeurigheid door de gouden standaard is het lastig om de juiste validiteit van de EdB-diagnoselijst voor de diagnose binge eating disorder te bepalen.

Een tweede tekortkoming wordt bij de diagnose anorexia nervosa geconstateerd. Enkele diagnostische verschillen van de EdB-diagnoselijst en de gouden standaard kunnen teruggevoerd worden naar een verschil bij de hantering van het diagnostisch criterium 'amenorroe'. De DSM-IV (APA, 2000, 2001) stelt in het DSM-IV handboek de diagnose anorexia nervosa als patiënten aan volgend criterium voldoen: 'bij meisjes, na de menarche, amenorroe, dat wil zeggen de afwezigheid van ten minste drie achtereenvolgende menstruele cycli' (APA, 2000, 2001). Uit de resultaten blijkt dat twee respondenten, door de gouden standaard gediagnosticeerd met anorexia nervosa, niet aan dit DSM-IV criterium voldoen. Door gebruik van de anticonceptiepillen vertonen zij wel een regelmatige menstruatie. Als de strikte criteria van de DSM-IV gehanteerd worden moeten cliënten die, onafhankelijk van alle andere criteria van anorexia nervosa, een regelmatig menstruatiepatroon vertonen als eetstoornis NAO gediagnosticeerd worden. Echter, bij de twee respondenten wordt dit door de gouden standaard niet gedaan. Bij de andere zes gestelde diagnoses van anorexia nervosa wordt door de gouden standaard wel het DSM-IV criterium van 'amenorroe' gehanteerd. Een afwijkende werkwijze van hulpverleners van het specialistisch eetcentrum zou een verklaring kunnen zijn waarom de twee beschreven respondenten de diagnose anorexia nervosa krijgen. Sommige hulpverleners hanteren een minder formele uitvoering bij de diagnose van het laatste anorexia nervosacriterium dan andere hulpverleners. Voor de toekomst zou een striktere hantering en aanscherping van de DSM-IV criterium 'amenorroe' voor meer nauwkeurigheid bij de diagnose kunnen zorgen. Concluderend zorgt het DSM-IV criterium van amenorroe voor enkele verschillen in diagnoses. Verschillen bij de hantering van dit criterium gaan ten koste van de validiteit van de EdB-diagnoselijst.

Een derde probleem doet zich voor bij de diagnose boulimia nervosa. Uit de resultaten blijkt dat er enkele verschillen zijn tussen de diagnoses gemaakt door de EdB-diagnoselijst en die gemaakt door de gouden standaard. Respondenten maken afwijkende uitspraken over vreetbuien, compensatiegedrag en controleverlies in de EdB-diagnoselijst en de gouden standaard waardoor enkele diagnoses van elkaar verschillen. Redenen voor de afwijkende uitspraken kunnen verschillend

zijn. Een verklaring zou het fout begrijpen en interpreteren van de termen 'vreetbuien', 'compensatie' en 'controleverlies' kunnen zijn. De EdB-diagnoselijst hanteert een redelijk uitgebreide vraagstelling om deze drie begrippen uit te vragen. Door de vragen over vreetbuien, compensatie en controleverlies te verkorten en op te delen in twee deelvragen zou miscommunicatie vermeden kunnen worden. Een tweede verklaring zouden afwijkende objectieve en subjectieve inschatting kunnen zijn. Volgens Carter en collega's (2001) is het bij de diagnostiek van eetstoornissen lastig om sommige criteria duidelijk uit te vragen. Het probleem bestaat dat cliënten hun gedrag anders inschatten dan de hulpverlener en hierdoor afwijkende uitspraken ontstaan. Door in de toekomst toelichtingen en voorbeelden te geven zou dit probleem voorkomen kunnen worden. Een gebrek aan motivatie om de vragenlijst oprecht in te vullen zou een laatste verklaring kunnen zijn. Volgens Lechner en collega's (2010) is dit gebrek aan motivatie om actief verantwoordelijkheid te nemen voor eigen gezondheid een nadeel van internetbehandelingen. Geconcludeerd kan worden dat enkele verschillen in diagnostiek door de gouden standaard en de EdB-diagnoselijst tot stand zijn gekomen door afwijkende uitspraken van respondenten. Voor de toekomst zouden duidelijkere vragen met uitleg en voorbeelden een oplossing kunnen bieden.

Beperkingen van het onderzoek en vervolgonderzoek

Het huidig validatieonderzoek kent een aantal beperkingen. Ten eerste het gebrek aan nauwkeurigheid van de gouden standaard, ten tweede de beoordeling van de EdB-diagnoselijst enkel op validiteit en ten derde de redelijke hoge uitval van respondenten en het aantal deelgenomen respondenten. Het gebrek aan nauwkeurigheid van de gouden standaard is waarschijnlijk de grootste belemmering van het onderzoek. Het diagnostisch instrument van het specialistisch centrum voor eetstoornissen hanteert enkele DSM-IV (onderzoeks)criteria niet helemaal adequaat. Het criterium van amenorroe voor de diagnose van anorexia nervosa wordt door de gouden standaard niet door alle hulpverleners gehanteerd. Een oplossing voor dit probleem zou de opkomst van de DSM-V kunnen zijn waarin dit criterium niet meer wordt meegenomen (APA, 2012). Ook de criteria van de eetstoornis binge eating disorder worden door de gouden standaard niet juist gehanteerd. Er wordt niet specifiek uitgevraagd of vreetbuien ten minste twee keer per week gedurende zes maanden voorkomen en of vreetbuien gepaard gaan met volgende criteria: (1) veel sneller eten dan gewoonlijk; (2) dooreten tot een ongemakkelijk vol gevoel is bereikt; (3) grote hoeveelheden voedsel verorberen zonder fysieke honger te voelen; (4) in eenzaamheid eten uit schaamte over de grote hoeveelheid voedsel die gegeten wordt; (5) na het overeten walgen van zichzelf, zich depressief of erg schuldig voelen. De gouden standaard stelt onafhankelijk van deze twee criteria, door een algemene indruk van de cliënt en ervaring van de hulpverleners, de diagnose binge eating disorder. Hierdoor stijgt de twijfelachtigheid van de gouden standaard. Voor vervolgonderzoek zou de werkwijze van diagnostiek van de gouden standaard verbeterd kunnen worden en zouden meerdere eetklinieken bij het onderzoek betrokken kunnen worden.

De tweede beperking van het onderzoek is dat slechts de validiteit van de EdB-diagnoselijst getoetst wordt. Voor een breder beeld over de EdB-diagnoselijst zouden naast validiteit in een vervolgonderzoek ook bijvoorbeeld test-hertestbetrouwbaarheid en gebruiksvriendelijkheid van de zelfrapportagevragenlijst getoetst kunnen worden. Uit de resultaten blijkt dat er enige verschillen tussen subjectieve en objectieve waarnemingen tussen termen zoals 'vreetbuien', 'controleverlies' of 'compensatiegedrag' bestaan. Voor het ontwerpen van een nog betere en duidelijkere vragenlijst zou daarom in een vervolgonderzoek een 'cognitive interviewing' of 'think aloud methode' toegepast kunnen worden. In beide methodes worden toekomstige cliënten van de vragenlijst gevraagd om de lijst op begrip te doorlopen (Beatty & Wills, 2007; Mauro & Quirós, 2009). Het doel is om de vragenlijst ten opzichte van helderheid en verbeterpunten te toetsen.

De derde beperking van het huidige onderzoek is het aantal respondenten en de redelijk hoge uitval. Over het algemeen is de steekproef van dit onderzoek met 63 respondenten voldoende. Echter, aangezien deze 63 respondenten verdeeld zijn in verschillende diagnosegroepen en sommige diagnoses vaker gesteld worden dan andere is het aantal respondenten van de groep anorexia

nervosa laag. Door gebruik van een grotere steekproef zou het mogelijk zijn om betrouwbaardere uitspraken over de validiteit van de EdB-diagnose te maken. Daarnaast is de uitval van dit onderzoek met 34% redelijk hoog. Waarom precies een derde van de benaderde respondenten niet heeft deelgenomen aan het onderzoek kon niet helemaal worden getoetst. Uit de resultaten blijkt dat 29 respondenten de vragenlijst niet hebben ingevuld. Op welk moment in het onderzoek de respondenten afhaakten was niet achterhaalbaar. De kans bestaat dat deelnemers zijn gestart met het invullen van de vragenlijst maar deze niet hebben afgerond. Door benadering van de 29 respondenten zou in een vervolgonderzoek getoetst kunnen worden wat de redenen voor uitval zijn.

Verbeterpunten

Naar aanleiding van het huidige onderzoek worden een aantal verbeterpunten voor zowel de gouden standaard als de EdB-diagnoselijst geadviseerd.

Diagnostisch instrument gouden standaard

Voor het diagnostische instrument van de gouden standaard wordt aanbevolen om een striktere werkwijze op basis van de diagnostische DSM-IV (onderzoeks)criteria te hanteren. Vooral voor de diagnose van de eetstoornis binge eating disorder moeten de diagnostische criteria beter gehanteerd worden. Daarnaast is het van belang om validiteit en betrouwbaarheid van de 'levensloopvragenlijst', de vragenlijst die de gouden standaard als hulpmiddel voor het diagnostisch intakegesprek hanteert, te toetsen. Door deze twee verbeterpunten is het mogelijk een valide werkwijze voor diagnostiek te garanderen.

EdB-diagnoselijst

Ook voor de zelfrapportagevragenlijst, de EdB-diagnoselijst, kunnen verbeteringen en aanpassingen voor een hogere validiteit zorgen. Deze aanpassingen betreffen vooral de formulering van sommige vragen en de toevoeging van extra vragen. De volgende verbeteringen kunnen voor een meer valide EdB-diagnoselijst zorgen:

- 1) Vraag 14 over het regelmatig menstruatiepatroon wordt in twee vragen ingedeeld: 1. 'Heb je een regelmatig menstruatiepatroon, dat wil zeggen iedere 21 tot 35 dagen een menstruatie?' en 2. 'Gebruik je anticonceptiemiddelen?'
- 2) Vraag 16 over vreetbuien wordt aangepast: Er wordt een duidelijke uitleg gegeven over wat een vreetbui precies inhoudt (de hoeveelheid voedsel, de functie van de vreetbui, het moment van de vreetbui). Daarnaast wordt een voorbeeld van een vreetbui beschreven.
- 3) De antwoordmogelijkheid van vraag 16 (vreetbuien) wordt aangepast in: 'ja', 'nee' en 'weet ik niet'. Als cliënten de optie 'weet ik niet' aankruisen kunnen hulpverleners hier tijdens het eerste contactmoment op ingaan.
- 4) Verbeterpunten 2 en 3 worden ook voor de vragen over controleverlies en compensatiegedrag toegepast (vraag 18 en 19 van de EdB-diagnoselijst).
- 5) Vraag 18 over controleverlies 'Had je tijdens deze vreetbuien het gevoel dat je het eten niet meer onder controle had of het niet kon stoppen?' wordt opgedeeld in twee vragen: 'Had je tijdens deze vreetbuien het gevoel dat je het eten niet meer onder controle had?' en 'Had je tijdens deze vreetbuien het gevoel deze niet te kunnen stoppen?'
- 6) Vraag 19 over compensatiegedrag wordt opgedeeld in twee vragen: 'Heb je geprobeerd deze vreetbuien te compenseren?' en 'Heb je geprobeerd gewichtstoename te voorkomen door bijvoorbeeld te braken, te vasten, extra te bewegen of door laxeermiddelen, plaspillen, klysma's of andere middelen te gebruiken?'
- 7) Aan het eind van de EdB-diagnoselijst is plek voor 'opmerkingen'. Hier kunnen cliënten opmerkingen invullen en vragen stellen als onduidelijkheden bestaan.

Conclusie

Concluderend is de validiteit van de EdB-diagnoselijst voor de diagnose van de eetstoornissen anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetstoornis NAO hoog. Bij de diagnose van de in de DSM-IV onderzoekscriteria opgenomen eetstoornis binge eating disorder daalt de validiteit. Echter, over het algemeen is de EdB-diagnoselijst een geschikt en valide zelfrapportageinstrument voor de internetbehandeling Etendebaas.

Literatuur

- American Psychiatric Association (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR* (G.A.S. Koster van Groos). Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2012). *DSM-5 development*. Verkregen op oktober 24, 2012, van <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
- Beatty, P.C., & Wills, G.B. (2007). Research synthesis: The practice of cognitive interviewing. *Public Opinion Quarterly*, 71(2), 287-311.
- Brownley, K.A., Berkman, N.D., Sedway, J.A., Lohr, K.N. & Bulik, C.M. (2007). BED treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 337-348.
- Bulik, C.M., Berkman, N.D., Brownley, K.A., Sedway, J.A., & Lohr, K.N. (2007). Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trails. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 310-320.
- Carter, J.C., Aimé, A.A., & Mills, J.S. (2001). Assessment of boulimia nervosa: A comparison of interview and self-report questionnaire methods. *International Journal of Eating Disorders*, 30(2), 187-192.
- CBO, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg & Trimbos-instituut (2006). *Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen*. Utrecht: CBO/Trimbos-instituut.
- Cooper, Z., & Fairburn, M.D. (1987). The eating disorder examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-8.
- De la Rie, S.M., Noordenbos, G., & Van Furth, E.F. (2005). Quality of life and eating disorders. *Quality of Life Research*, 14(6), 1511-1522.
- Dev, P., Winzelberg, A.J., Celio, A., & Taylor, C.B. (1999). Student bodies: Psycho-education communities on the web. *Proceedings AMIA Symposium*, 510-514.
- De Yébenes Prous, M.J.G., Salvanés, F.R., & Ortells, L.C. (2009). Validation of questionnaires. *Reumatología Clínica*, 5(4), 171-177.
- Drossaert, S., & Gemert-Pijnen, J. (2010). EHealth. In L. Lechner, I. Mesters & C. Bolman (Eds.), *Gezondheidspsychologie bij patiënten*, Assen: Van Gorcum.
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1994). The assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.

- Glueckauf, R.L., Ketterson, T.U., Loomis, J.S., & Dages, P. (2004). Online support and education for dementia caregivers: Overview, utilization, and initial program evaluation. *Telemedicine Journal & e-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 10, 223-232.
- Gollings, E.K., & Paxton, S.J. (2006). Comparison of internet and face-to-face delivery of a group body image and disordered eating intervention for women: A pilot study. *Eating Disorders*, 14(1), 1-15.
- Gorber, S.C., Tremblay, M., Moher, D., & Gorber, B. (2007). A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obesity Reviews*, 8(4), 307-326.
- Griffiths, K.M., Christensen, H., Jorm, A.F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 342-349.
- Guest, T. (2000). Using the eating disorder examination in the assessment of bulimia and anorexia: Issues of reliability and validity. *Social Work in Health Care*, 31(4), 71-83.
- Hay, P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviours: An Australian community-based survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 371-382.
- Hoek, H.W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J.S. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59(6), 545-552.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Friedman, B., Nielsen, E., Endicott, J., McDonald-Scott, P., et al. (1987). The longitudinal interval follow-up evaluation: A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives General Psychiatry*, 44(6), 540-548.
- Lange, A., Van de Ven, J.P., Schrieken, B., & Emmelkamp, P.M. (2001). Interapy, treatment of posttraumatic stress through the Internet: A controlled trial. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 32, 73-90.
- Luce, K.H., & Crowther, J.H. (1999). The reliability of the eating disorder examination-self-report questionnaire version (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 349-351.
- Mauro, A., & De Quirós, F.G.B. (2009). Patient-centered e-health design. In E.V. Wilson (Ed.), *Patient-Centered E-Health: Medical Info Science Reference*.
- McCabe, R.E., McFarlane, T., Polivy, J., & Olmsted, M.P. (2001). Eating disorders, dieting, and the accuracy of self-reported weight. *International Journal of Eating Disorders*, 29(1), 59-64.
- Mintz, L.B., & O'Halloran, M.S. (2000). The eating attitudes test: Validation with DSM-IV eating disorder criteria. *Journal of Personality Assessment*, 74(3), 489-503.

- Mitchell, J.E., & Peterson, C.B. (2005). *Assessment of eating disorders*. New York: The Guilford Press.
- Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P.J.V. (2004). Validity of the eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 551-567.
- Postel, M.G., De Haan, H.A., Ter Huurne, E.D., Becker, E., & De Jong, C.A.J. (2010). Effectiveness of a web-based intervention for problem drinkers and reasons for dropout: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 12(4): e68.
- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., & Vanderlinden, J. (1995). The body attitude test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 3(2).
- Ruwaard, J., & Lange, A. (2010) Boulimie online overwinnen: Resultaten van een gecontroleerd onderzoek. *Directieve Therapie*, 30, 17-34.
- Shapiro, J.R., Berkman, N.D., Brownley, K.A., Sedway, J.A., Lohr, K.N., & Bulik, C.M. (2007). Bulimia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 321-336.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., et al. (1997). The validity of the mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12, 232-241.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G.C. (1998). The mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Skarderud, F. (2003). Shame in cyberspace. Relationships without faces: The e-media and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 155-169.
- Stice, E., Telch, C.F., & Rizvi, S.L. (2000). Development and validation of the eating disorder diagnostic scale: A brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychological Assessment*, 12(2), 123-131.
- Vandereycken, W., & Noorderbos, G. (2008). *Handboek eetstoornissen* (tweede herziene druk). Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Furth, E.F. (2000). *Nederlandse vertaling van de EDE-Q*. Leidschendam: Robert-Fleury Stichting.
- Van Rijn, C.A. (1998). Anorexia nervosa en bulimia nervosa II: Somatische gevolgen van ondervoeding. *Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142(33), 1863-1866.
- Van Son, G., Van Furth, E.F., & Schoemaker, C. (2007). *Eetstoornissen: Wat zijn de mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, versie 4.6.1, 31 januari 2012.

- Van Son, G., Van Furth, E.F., & Schoemaker, C. (2007). *Hoe vaak komen eetstoornissen voor en hoeveel mensen sterven eraan?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, versie 3.22, 24 juni 2010.
- Van Son, G., Van Furth, E.F., & Schoemaker, C. (2007). *Wat zijn eetstoornissen en wat is het beloop?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, versie 4.6.1, 31 januari 2012.
- Van Son, G., Van Furth, E.F., & Schoemaker, C. (2007). *Welke factoren beïnvloeden de kans op eetstoornissen?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, versie 4.6.1, 31 januari 2012.
- Van Son, G., Van Hoeken, D., Bartelds, A.I.M., van Furth, E.F., & Hoek, H.W. (2006). *Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in the netherlands.* In: International Journal of Eating Disorders, 39(7), 565-569. Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek psychopathologie deel 1: Basisbegrippen* (vierde, herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Vliet, I.M., & De Beurs, E. (2007). Het mini internationaal neuropsychiatrisch interview (mini): Een kort gestructureerd diagnostisch psychiatrisch interview voor DSM-IV en ICD-10-stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49(6), 393-397.
- Van Vliet, I.M., Leroy, H., & Megen, H.J.G.M. van. (2000). *M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. international neuropsychiatrisch interview: Nederlandse versie 5.0.0.* Utrecht: Universitair Medisch Centrum Utrecht.
- Vocks, S., Tuschen-Caffier, B., Pietrowsky, R., Rustenbach, S.J., Kersting, A., & Herpetz, S. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 205-217.

Appendix

Appendix A: Diagnostische (onderzoeks)criteria eetstoornissen

Diagnostische criteria voor Anorexia nervosa (DSM-IV): 307.1 (F50.0)

- A. Weigering het lichaamsgewicht te handhaven op of boven een voor de leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht (bijvoorbeeld gewichtsverlies dat leidt tot het handhaven van het lichaamsgewicht op minder dan 85 procent van het te verwachten gewicht; of het in de periode van groei niet bereiken van het te verwachten gewicht, hetgeen leidt tot een lichaamsgewicht van minder dan 85 procent van het te verwachten gewicht).
- B. Intensieve angst in gewicht toe te nemen of dik te worden, terwijl er juist sprake is van ondergewicht.
- C. Stoornis in de wijze waarop iemand zijn of haar lichaamsgewicht of lichaamsvorm beleeft, onevenredig grote invloed van het lichaamsgewicht of lichaamsvorm op het oordeel over zichzelf, of ontkenning van de ernst van het huidige lage lichaamsgewicht.
- D. Bij meisjes, na de menarche, amenorroe, dat wil zeggen de afwezigheid van ten minste drie achtereenvolgende menstruele cycli. Een vrouw wordt geacht een amenorroe te hebben als de menstruatie alleen volgt na toediening van hormonen (bijvoorbeeld oestrogenen).

Subtypes

Beperkende type: tijdens de huidige episode van anorexia nervosa is betrokkene niet geregeld bezig met vreetbuien of laxeren (dat wil zeggen zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's).

Vreetbuien/purgerende type: tijdens de huidige episode van anorexia nervosa is betrokkene geregeld bezig met vreetbuien of purgerende maatregelen (dat wil zeggen zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's).

Diagnostische criteria voor Boulimia nervosa (DSM-IV): 307.2 (F50.2)

- A. Recidiverende episodes van vreetbuien. Een episode wordt gekarakteriseerd door beide volgende:
 - 1) het binnen een beperkte tijd (bijvoorbeeld twee uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen in eenzelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten.
 - 2) een gevoel de beheersing over het eten tijdens de episode kwijt te zijn (bijvoorbeeld het gevoel dat men niet kan stoppen met eten of zelf kan bepalen wat of hoeveel men eet).
- B. Recidiverend inadequaats compensatoir gedrag om gewichtstoename te voorkomen zoals zelfopgewekt braken; misbruik van laxantia, diuretica of klysma's of andere geneesmiddelen; vasten; of overmatige lichaamsbeweging.
- C. De vreetbuien en de inadequate compensatoire gedragingen komen beide gemiddeld ten minste tweemaal per week gedurende drie maanden voor.
- D. Het oordeel over zichzelf wordt in onevenredige mate beïnvloed door de lichaamsvorm en het lichaamsgewicht.
- E. De stoornis komt niet uitsluitend voor tijdens episodes van anorexia nervosa.

Subtypes

Purgerende type: tijdens de huidige episode van boulimia nervosa is betrokkene geregeld bezig met zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's.

Niet-purgerende type: tijdens de huidige episode van boulimia nervosa heeft betrokkene andere inadequate compensatoire gedragingen getoond zoals vasten of overmatige lichaamsbeweging, maar is niet geregeld bezig met zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's.

Diagnostische criteria voor Eetstoornis Niet Anderszins Omschreven (DSM-IV): 307.50 (F50.9)

De categorie 'eetstoornis Niet Anderszins Omschreven' dient voor eetstoornissen die niet voldoen aan de criteria van enige specifieke eetstoornis. Tot de voorbeelden horen:

- 1) Bij vrouwen wordt voldaan aan alle criteria van anorexia nervosa, behalve dat betrokkene regelmatig menstrueert.
- 2) Aan alle criteria anorexia nervosa wordt voldaan, behalve dat, ondanks significant gewichtsverlies, het huidige lichaamsgewicht van betrokkene binnen de normale grenzen ligt.
- 3) Aan alle criteria van boulimia nervosa wordt voldaan behalve dat de vreetbuien en de inadequate compensatie mechanismen voorkomen in een frequentie van minder dan tweemaal per week of met een duur van korter dan drie maanden.
- 4) Het geregeld tonen van inadequate compensatoire gedragingen na het eten van kleine hoeveelheden voedsel bij iemand met een normaal lichaamsgewicht (bijvoorbeeld zelfopgewekt braken na het eten van twee koekjes).
- 5) Herhaalt kauwen op en uitspugen van, maar niet doorslikken van grote hoeveelheden voedsel.
- 6) Vreetbuien-stoornis ('Binge-eating disorder'): recidiverende episodes van vreetbuien in afwezigheid van het geregeld tonen van inadequate compensatoire gedragingen die karakteristiek zijn voor boulimia nervosa (zie Appendix B in DSM-IV-TR voor de voorgestelde onderzoekscriteria).

Diagnostische criteria voor BED ('Binge-eating disorder'): DSM-IV onderzoekscriteria: Appendix B

- A. Recidiverende episodes van eetbuien. Een episode wordt gekarakteriseerd door beide volgende:
 - 1) Het binnen een beperkte tijd (bijvoorbeeld twee uur) eten van een hoeveelheid voedsel, dat beslist groter is dan wat de meeste mensen in eenzelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten.
 - 2) Een gevoel de beheersing over het eten tijdens de episode kwijt te zijn (bijvoorbeeld het gevoel dat men niet kan stoppen met eten of zelf kan bepalen wat of hoeveel men eet).
 - B. De episodes van eetbuien gaan gepaard met drie (of meer) van de volgende criteria:
 - 1) Veel sneller eten dan gewoonlijk.
 - 2) Dooreten tot een ongemakkelijk vol gevoel is bereikt.
 - 3) Grote hoeveelheden voedsel verorberen zonder fysieke honger te voelen.
 - 4) In eenzaamheid eten uit schaamte over de grote hoeveelheid voedsel, die gegeten wordt.
 - 5) Na het overeten walgen van zichzelf, zich depressief of erg schuldig voelen.
 - C. Merkbaar ongenoegen over de eetbuien is aanwezig.
 - D. De eetbuien komen gemiddeld ten minste twee dagen per week gedurende zes maanden voor.
 - E. De eetbuien gaan niet gepaard met regelmatig inadequaat compensatoir gedrag (bijvoorbeeld zelfopgewekt braken, het misbruik van laxantia, vasten of overmatige lichaamsbeweging) en de stoornis komt niet uitsluitend voor tijdens het beloop van anorexia nervosa of boulimia nervosa.
-

Appendix B: Diagnostische vragen EdB-diagnoselijst

DSM-IV (onderzoeks)criteria	Vragen EdB-diagnoselijst	Diagnose
<i>Anorexia nervosa beperkende type</i>		
Lichaamsgewicht <85% van het te verwachten gewicht	- Wat is je lengte? - Wat is je huidig gewicht? - Wat was je laagste gewicht in de afgelopen 3 maanden? - Wat was je hoogste gewicht in de afgelopen 3 maanden?	BMI ligt in de afgelopen 3 maanden onder het drempelgewicht (berekend door laagst gewicht en MLI* tabel)
Intensieve angst aan te komen of dik te worden, terwijl er sprake is van ondergewicht	- Heb je in de afgelopen 3 maanden geprobeerd om niet aan te komen, ondanks je lage gewicht? - Was je in de afgelopen 3 maanden bang om aan te komen of dik te worden, ondanks je lage gewicht?	'Ja' respons 'Ja' respons
Foute lichaamsbeleving: onevenredig grote invloed van lichaamsgewicht/-vorm op oordeel over zichzelf; ontkenning van ernst lage lichaamsgewicht	- Vind je jezelf of bepaalde gedeeltes van je lichaam te dik? - Hebben je gewicht en je figuur een grote invloed op je zelfbeeld? - Vind je je huidige lage lichaamsgewicht normaal of te hoog?	'Ja' respons op ten minste één van de drie vragen
Afwezigheid van ten minste drie achtereenvolgende menstruele cycli	- Zijn in de afgelopen maanden 3 menstruaties achter elkaar uitgebleven?	Vrouwen: 'Ja' respons
<i>Anorexia nervosa vreetbuien/purgerende type</i>		
Criteria anorexia nervosa beperkende type	- Z. boven - Heb je de afgelopen 3 maanden vreetbuien gehad, of perioden waarin je binnen een tijdsbestek van 2 uur grote hoeveelheden voedsel at, en als ja hoe zien deze uit?	Z. boven 'Ja' respons
Tijdens de episode van anorexia nervosa is betrokkene geregeld bezig met vreetbuien of purgerende maatregelen	- Hoe vaak heb je deze vreetbuien in de afgelopen drie maanden gehad? - Had je tijdens deze vreetbuien het gevoel dat je het eten niet meer onder controle had of het niet kon stoppen? - Heb je geprobeerd deze vreetbuien te compenseren of gewichtstoename te voorkomen door bijvoorbeeld te braken, te vasten, extra te bewegen of door laxemiddelen, plaspillen, klysma's of andere middelen te gebruiken? - Hebben je gewicht en je figuur een grote invloed op je zelfbeeld? - Komen de vreetbuien alleen voor tijdens de perioden dat je gewicht te laag is voor iemand van jouw lengte?	2 keer per week of vaker 'Ja' respons 'Ja' respons 'Ja' respons 'Ja' respons 'Ja' respons

<i>Boulimia nervosa niet-purgerende type</i>		
Recidiverende episodes van vreetbuien, kenmerkend door: - binnen een beperkte tijd eten van een hoeveelheid voedsel die groter is dan wat de meeste mensen in eenzelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten - gevoel van controleverlies	- Heb je de afgelopen 3 maanden vreetbuien gehad, of perioden waarin je binnen een tijdsbestek van 2 uur grote hoeveelheden voedsel at, en als ja hoe ziet zo een vreetbui uit? - Had je tijdens deze vreetbuien het gevoel dat je het eten niet meer onder controle had of het niet kon stoppen?	'Ja' respons 'Ja' respons
De vreetbuien en komen gemiddeld ten minste tweemaal per week gedurende drie maanden voor	- Hoe vaak heb je deze vreetbuien in de afgelopen drie maanden gehad?	2 keer per week of vaker
Recidiverend inadequaat compensatoir gedrag om gewichtstoename te voorkomen zoals zelfopgewekt braken, misbruik van laxantia, diuretica of klysma's of andere geneesmiddelen, vasten, of overmatige lichaamsbeweging	- Heb je geprobeerd deze vreetbuien te compenseren of gewichtstoename te voorkomen door bijvoorbeeld te braken, te vasten, extra te bewegen of door laxeermiddelen, plaspillen, klysma's of andere middelen te gebruiken?	'Ja' respons
Het oordeel over zichzelf wordt in onevenredige mate beïnvloed door de lichaamsvorm en het lichaamsgewicht	- Hebben je gewicht en je figuur een grote invloed op je zelfbeeld?	'Ja' respons
<i>Boulimia nervosa purgerende type</i>		
Criteria boulimia nervosa niet-purgerend type	- Z. boven	Z. boven
Geregeld bezig met zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's	- Ben je regelmatig bezig met zelfopgewekt braken of misbruik van laxeermiddelen, plaspillen of klysma's?	'Ja' respons
<i>Binge eating disorder (BED)</i>		
Recidiverende episodes van vreetbuien, kenmerkend door: - binnen een beperkte tijd eten van een hoeveelheid voedsel die groter is dan wat de meeste mensen in eenzelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten - gevoel van controleverlies	- Heb je de afgelopen 3 maanden vreetbuien gehad, of perioden waarin je binnen een tijdsbestek van 2 uur grote hoeveelheden voedsel at, en als ja hoe ziet zo een vreetbui uit? - Had je tijdens deze vreetbuien het gevoel dat je het eten niet meer onder controle had of het niet kon stoppen?	'Ja' respons 'Ja' respons
De eetbuien komen gemiddeld ten minste twee dagen per week gedurende zes maanden voor	- Hoe vaak heb je deze vreetbuien in de afgelopen zes maanden gehad?	2 keer per week of vaker

Geen regelmatig inadequaar compensatoir gedrag	- Heb je geprobeerd deze vreetbuien te compenseren of gewichtstoename te voorkomen door bijvoorbeeld te braken, te vasten, extra te bewegen of door laxeermiddelen, plaspillen, klysma's of andere middelen te gebruiken?	'Ja' respons
Merkbaar ongenoegen over de eetbuien	- Voel je je ongelukkig of ongemakkelijk over je vreetbuien?	'Ja' respons
De episodes van eetbuien gaan gepaard met drie (of meer) van de volgende criteria: - Veel sneller eten dan gewoonlijk - Dooreten tot een ongemakkelijk vol gevoel is bereikt - Grote hoeveelheden voedsel verorberen zonder fysieke honger te voelen - In eenzaamheid eten uit schaamte over de grote hoeveelheid voedsel, die gegeten wordt - Na het overeten walgen van zichzelf, zich depressief of erg schuldig voelen.	Gaan de perioden van je vreetbuien gepaard met de volgende kenmerken? - Veel sneller eten dan gewoonlijk - Eten tot je zo vol zit dat je onprettig voelt - Grote hoeveelheden voedsel eten terwijl je je lichamelijk niet hongerig voelt - Eten zonder gezelschap van anderen, omdat je je schaamt over de hoeveelheid die je eet. - Van jezelf walgen, je depressief of erg schuldig voelen na het overeten	Minimaal 3 van de 5 een 'Ja' respons
<i>Eetstoornis niet anderszins omschreven (ESNAO)</i>		
Eetstoornis voldoet niet aan criteria AN, BN of BED	Afhankelijk van de ingevulde antwoorden wordt de route van de vragenlijst voor iedere respondent individueel bepaald.	Eetstoornis voldoet niet aan criteria AN, BN of BED

*MLI tabel = Metropolitan Life Insurance gewichtstabel

Appendix C: EdB-diagnoselijst

Nr.	Vraag	Antwoord(en)	Route
Hartelijk welkom bij het korte online onderzoek dat Amarum in samenwerking met Tactus uitvoert. Met dit onderzoek willen we graag duidelijk krijgen of er een betrouwbare diagnose voor een eetstoornis kan worden vastgesteld op basis van een online vragenlijst. Het invullen van deze vragenlijst duurt 5 à 10 minuten. Alvast hartelijk dank voor je medewerking en veel succes!			
1	Ben je man of vrouw?	Man Vrouw	Respondent gaat door naar vraag 2
2	Wat is je leeftijd?	 jaar	Respondent gaat door naar vraag 3
3	Hoe is je woonsituatie?	Ik woon alleen Ik woon samen met een partner Ik woon samen met een partner en kind(eren) Ik woon met kinderen Ik woon bij mijn ouders Anders, namelijk	Respondent gaat door naar vraag 4
4	Wat is je hoogst afgeronde opleiding?	Basisschool LBO/MAVO/VMBO HAVO/VWO MBO HBO WO Anders, namelijk	Respondent gaat door naar vraag 5
5	Wat is je belangrijkste dagbesteding?	Betaalde fulltime baan Betaalde parttime baan Studerend, schoolgaand Vrijwilligerswerk Huisvrouw of huisman Werkloos Arbeidsongeschikt (Vroegtijdig) pensioen Zelfstandig ondernemer Anders, namelijk	Respondent gaat door naar vraag 6
6	Heb je een vast dagritme?	Ja Nee	Respondent gaat door naar vraag 7
Er volgen nu een aantal vragen over je lengte, gewicht en eetgedrag.			
7	Wat is je lengte?	 cm	Respondent gaat door naar vraag 8
8	Wat is je huidig gewicht?	 kg	Respondent gaat door naar vraag 9
9	Wat was je laagste gewicht in de afgelopen 3 maanden?	 kg	Respondent gaat door naar vraag 10
10	Wat was je hoogste gewicht in de afgelopen 3 maanden?	 kg	

Op basis van lengte en gewicht Body Mass Index berekenen: gewicht (in kg) / lengte (in meters)². Cliënt ziet dit niet, maar berekeningen komen wel in SPSS export te staan.

Huidige BMI = gewicht in kg (vraag 8) / lengte in meters² (vraag 7)

Laagste BMI = gewicht in kg (vraag 9) / lengte in meters² (vraag 7)

Hoogste BMI = gewicht in kg (vraag 10) / lengte in meters² (vraag 7)

Onderstaand tabel is afgeleid van de Metropolitan Life Insurance gewichtstabel, waarbij de kritieke waarden op basis van de DSM-IV criteria zijn vastgesteld: 15% onder de normaalwaarden voor lengte en geslacht.

Mannen				Vrouwen			
Lengte (cm)	Drempel gewicht	Lengte (cm)	Drempel gewicht	Lengte (cm)	Drempel gewicht	Lengte (cm)	Drempel gewicht
145	43	181	61	135	36	171	55
146	43	182	62	136	36	172	55
147	44	183	62	137	36	173	56
148	44	184	63	138	37	174	57
149	45	185	64	139	37	175	57
150	45	186	65	140	37	176	58
151	45	187	65	141	37	177	58
152	46	188	66	142	38	178	59
153	46	189	67	143	38	179	60
154	46	190	67	144	39	180	60
155	47	191	68	145	39	181	61
156	48	192	69	146	40	182	62
157	48	193	69	147	40	183	62
158	48	194	70	148	41	184	63
159	48	195	71	149	42	185	64
160	49	196	72	150	42	186	65
161	49	197	72	151	43	187	65
162	49	198	73	152	43	188	66
163	50	199	74	153	44	189	67
164	50	200	74	154	44	190	67
165	51	201	75	155	45	191	68
166	51	202	76	156	46	192	69
167	52	203	77	157	46	193	69
168	53	204	77	158	47	194	70
169	53	205	78	159	47	195	71
170	54	206	79	160	48	196	72
171	55	207	80	161	48	197	72
172	55	208	81	162	49	198	73
173	56	209	81	163	50	199	74
174	57	210	82	164	50	200	74
175	57	211	83	165	51	201	75
176	58	212	84	166	51	202	76
177	58	213	84	167	52	203	77
178	59	214	85	168	53	204	77
179	60	215	86	169	53	205	78
180	60			170	54		

Op basis van het laagste gewicht in de afgelopen 3 maanden (vraag 9) en bovenstaande Tabel wordt bepaald of het gewicht van de cliënt onder of boven het drempelgewicht ligt.

Indien gewicht ingevuld bij vraag 9 lager is dan drempel gewicht voor lengte cliënt, volgende tekst weergeven:

Je laagste gewicht in de afgelopen 3 maanden ligt onder het drempelgewicht. Dit betekent dat je gewicht te laag is voor iemand met jouw lengte.

Indien gewicht ingevuld bij vraag 9 gelijk aan of hoger is dan drempelgewicht voor lengte cliënt, GEEN tekst weergeven.

Respondent gaat door naar vraag 11

Respondent gaat door naar vraag 14

11 Heb je in de afgelopen 3 maanden geprobeerd om niet aan te komen, ondanks je lage gewicht?

Nee

Respondent gaat door naar vraag 14

Ja

Respondent gaat door naar vraag 12

12 Was je in de afgelopen 3 maanden bang om aan te komen of dik te worden, ondanks je lage gewicht?

Nee

Respondent gaat door naar vraag 14

		Ja	Respondent gaat door naar vraag 13a+b+c
13a	Vind je jezelf of bepaalde gedeeltes van je lichaam te dik?	Nee	Respondent gaat door naar vraag 13b
		Ja	Respondent gaat door naar vraag 13b
13b	Hebben je gewicht en je figuur een grote invloed op je zelfbeeld?	Nee	Respondent gaat door naar vraag 13c
		Ja	Respondent gaat door naar vraag 13c
13c	Vind je je huidige lage lichaamsgewicht normaal of te hoog?	Nee	Respondent gaat door naar vraag 14
		Ja	Respondent gaat door naar vraag 14
De volgende twee vragen gaan over menstruatieklachten en zijn dus niet van toepassing voor mannen. Ben je een man, kies dan bij de eerste vraag voor 'niet van toepassing' en bij de tweede vraag voor 'nee'. Onze excuses voor het ongemak.			
14	Heb je een regelmatig menstruatiepatroon, dat wil zeggen iedere 21 tot 35 dagen een menstruatie? (Kies voor niet van toepassing als je bijvoorbeeld de pil gebruikt, zwanger bent, borstvoeding geeft of in de overgang bent.)	Nee	Respondent gaat door naar vraag 14a
		Ja	Respondent gaat door naar vraag 15
		Niet van toepassing	Respondent gaat door naar vraag 15
14a	Zijn in de afgelopen maanden 3 menstruaties achter elkaar uitgebleven?	Nee	Respondent gaat door naar vraag 15
		Ja	Respondent gaat door naar vraag 15
15	Heb je menstruatieklachten?	Nee	Respondent gaat door naar vraag 16
		Ja	Respondent gaat door naar vraag 15a
15a	Welke menstruatieklachten ervaar je?		Respondent gaat door naar vraag 16

16	Heb je de afgelopen 3 maanden vreetbuien gehad, of perioden waarin je binnen een tijdsbestek van 2 uur grote hoeveelheden voedsel at?	Nee	Respondent gaat door naar vraag 25
		Ja	Respondent gaat door naar vraag 16a
16a	Hoe ziet voor jou een gemiddelde vreetbui eruit? Wil je een omschrijving geven van de voedingsmiddelen en de hoeveelheden die je vaak tijdens een vreetbui neemt? En kun je ook aangeven in welke situaties deze vreetbuien vaak voorkomen en op welke manier je dan eet?		Respondent gaat door naar vraag 17
17	Hoe vaak heb je deze vreetbuien gehad?		
17a	In de afgelopen zes maanden:	Minder dan 1 keer per week	Respondent gaat door naar vraag 17b
		1 keer per week	Respondent gaat door naar vraag 17b
		2 keer per week of vaker	Respondent gaat door naar vraag 17b
17b	In de afgelopen drie maanden:	Minder dan 1 keer per week	Respondent gaat door naar vraag 18
		1 keer per week	Respondent gaat door naar vraag 18
		2 keer per week of vaker	Respondent gaat door naar vraag 18
18	Had je tijdens deze vreetbuien het gevoel dat je het eten niet meer onder controle had of het niet kon stoppen?	Nee	Respondent gaat door naar vraag 25
		Ja	Respondent gaat door naar vraag 19
19	Heb je geprobeerd deze vreetbuien te compenseren of gewichtstoename te	Nee	Respondent gaat door naar vraag 23

	voorkomen door bijvoorbeeld te braken, te vasten, extra te bewegen of door laxeermiddelen, plaspillen, klysma's of andere middelen te gebruiken?	Ja	Respondent gaat door naar vraag 20
20	Hebben je gewicht en je figuur een grote invloed op je zelfbeeld?	Nee	Respondent gaat door naar vraag 25
		Ja	Respondent gaat door naar vraag 21 of 22 (21: indien cliënt voldoet aan criteria AN; 22: indien cliënt niet voldoet aan criteria AN)
21	Komen je vreetbuien alleen voor tijdens de perioden dat je gewicht te laag is voor iemand van jouw lengte? Voor jou betekent dit minder dan kg. <i>Op de plek van de puntjes (... ..) wordt het drempelgewicht van de cliënt (uit bovenstaande tabel) automatisch weergegeven.</i>	Nee	Respondent gaat door naar vraag 22
		Ja	Respondent gaat door naar vraag 25
22	Ben je regelmatig bezig met zelfopgewekt braken of misbruik van laxeermiddelen, plaspillen of klysma's?	Nee	Respondent gaat door naar vraag 23
		Ja	Respondent gaat door naar vraag 25
23	Voel je je ongelukkig of ongemakkelijk over je vreetbuien?	Nee	Respondent gaat door naar vraag 25
		Ja	Respondent gaat door naar vraag 24
24	Gaan de perioden van je vreetbuien gepaard met de volgende kenmerken?		

24a	Veel sneller eten dan gewoonlijk?	Nee	Respondent gaat door naar vraag 24b
		Ja	Respondent gaat door naar vraag 24b
24b	Eten tot je zo vol zit dat je onprettig voelt	Nee	Respondent gaat door naar vraag 24c
		Ja	Respondent gaat door naar vraag 24c
24c	Grote hoeveelheden voedsel eten terwijl je je lichamelijk niet hongerig voelt	Nee	Respondent gaat door naar vraag 24d
		Ja	Respondent gaat door naar vraag 24d
24d	Eten zonder gezelschap van anderen, omdat je je schaamt over de hoeveelheid die je eet	Nee	Respondent gaat door naar vraag 24e
		Ja	Respondent gaat door naar vraag 24e
24e	Van jezelf walgen, je depressief of erg schuldig voelen na het overeten	Nee	Clïënt gaat door naar vraag 25
		Ja	Respondent gaat door naar vraag 25
De volgende vragen zijn afkomstig van een gestandaardiseerde vragenlijst, en worden gesteld om meer inzicht te krijgen in je eetgewoonten en opvattingen. Alle vragen hebben uitsluitend betrekking op de AFGELOPEN VIER WEKEN (28 DAGEN).			
25	Op hoeveel van de afgelopen 28 dagen...		
25a	Heb je met opzet geprobeerd de hoeveelheid voedsel die je eet te beperken om zo je figuur of gewicht te beïnvloeden?	Geen enkele dag 1-5 dagen 6-12 dagen 13-15 dagen 16-22 dagen 23-27 dagen ledere dag	Respondent gaat door naar vraag 25b
25b	Heb je voor langere tijd (8 uur of meer) niets gegeten om zo je figuur of gewicht te beïnvloeden?	Geen enkele dag 1-5 dagen 6-12 dagen 13-15 dagen 16-22 dagen 23-27 dagen ledere dag	Respondent gaat door naar vraag 25c

25c	Heb je geprobeerd voedsel dat je lekker vindt, niet te eten om zo je figuur of gewicht te beïnvloeden?	Geen enkele dag 1-5 dagen 6-12 dagen 13-15 dagen 16-22 dagen 23-27 dagen ledere dag	Respondent gaat door naar vraag 25d
25d	Heb je geprobeerd duidelijke regels te volgen met betrekking tot je eten om zo je figuur of gewicht te beïnvloeden, bijv. een maximum aan calorieën, een vaste hoeveelheid voedsel of regels over wat of wanneer je moet eten?	Geen enkele dag 1-5 dagen 6-12 dagen 13-15 dagen 16-22 dagen 23-27 dagen ledere dag	Respondent gaat door naar vraag 25e
25e	Wilde je dat je maag leeg was?	Geen enkele dag 1-5 dagen 6-12 dagen 13-15 dagen 16-22 dagen 23-27 dagen ledere dag	Respondent gaat door naar vraag 25f
25f	Heeft het denken over eten of het aantal calorieën het voor jou veel moeilijker gemaakt je te concentreren op dingen waar je geïnteresseerd in bent; bijv. lezen, TV kijken of het volgen van een gesprek?	Geen enkele dag 1-5 dagen 6-12 dagen 13-15 dagen 16-22 dagen 23-27 dagen ledere dag	Respondent gaat door naar vraag 25g
25g	Ben je bang geweest de controle over eten te verliezen?	Geen enkele dag 1-5 dagen 6-12 dagen 13-15 dagen 16-22 dagen 23-27 dagen ledere dag	Respondent gaat door naar vraag 25h
25h	Heb je episodes van eetbuien gehad?	Geen enkele dag 1-5 dagen 6-12 dagen 13-15 dagen 16-22 dagen 23-27 dagen ledere dag	Respondent gaat door naar vraag 25i
25i	Heb je stiekem gegeten (tel eetbuien niet mee)?	Geen enkele dag 1-5 dagen 6-12 dagen 13-15 dagen 16-22 dagen 23-27 dagen ledere dag	Respondent gaat door naar vraag 25j

25j	Heb je absoluut een platte buik gewild?	Geen enkele dag 1-5 dagen 6-12 dagen 13-15 dagen 16-22 dagen 23-27 dagen ledere dag	Respondent gaat door naar vraag 25k
25k	Heeft denken over figuur en gewicht het moeilijker gemaakt je te concentreren op dingen waar je geïnteresseerd in bent; bijv. lezen, TV kijken of het volgen van een gesprek?	Geen enkele dag 1-5 dagen 6-12 dagen 13-15 dagen 16-22 dagen 23-27 dagen ledere dag	Respondent gaat door naar vraag 25l
25l	Heb je een duidelijke angst gehad dat je aan zou kunnen komen of dik zou worden?	Geen enkele dag 1-5 dagen 6-12 dagen 13-15 dagen 16-22 dagen 23-27 dagen ledere dag	Respondent gaat door naar vraag 25m
25m	Heb je je dik gevoeld?	Geen enkele dag 1-5 dagen 6-12 dagen 13-15 dagen 16-22 dagen 23-27 dagen ledere dag	Respondent gaat door naar vraag 25n
25n	Heb je een sterke wens gehad gewicht te verliezen?	Geen enkele dag 1-5 dagen 6-12 dagen 13-15 dagen 16-22 dagen 23-27 dagen ledere dag	Respondent gaat door naar vraag 26
26	Welk gedeelte van de tijd dat je hebt gegeten gedurende de afgelopen vier weken (28 dagen), heb je je schuldig gevoeld vanwege het effect op je figuur of gewicht? (tel eetbuien niet mee)	Nooit Een enkele keer Minder dan de helft van de tijd De helft van de tijd Meer dan de helft van de tijd Bijna altijd Altijd	Respondent gaat door naar vraag 27
27	Gedurende de afgelopen vier weken (28 dagen), is het ooit voorgekomen dat je het gevoel had een hoeveelheid te eten die, gezien de omstandigheden, door andere mensen als een ongebruikelijke grote hoeveelheid zou worden beschouwd?	Nee Ja	Respondent gaat door naar vraag 28 Respondent gaat door naar vraag 27a+27b

27a	Hoeveel van deze perioden heb je gedurende de afgelopen vier weken gehad?	 perioden	
27b	Gedurende hoeveel van deze voorvallen van overeten had je een gevoel de controle over het eten kwijt te zijn?	 keer	Respondent gaat door naar vraag 28
28	Heb je andere perioden van eten gehad waarbij je het gevoel had de controle over het eten kwijt te zijn en te veel te eten, maar waarbij je, gezien de omstandigheden geen ongebruikelijke grote hoeveelheid voedsel gegeten hebt?	Nee Ja	Respondent gaat door naar vraag 29 Respondent gaat door naar vraag 28a
28a	Hoeveel van deze perioden heb je gedurende de afgelopen vier weken gehad?	 perioden	Respondent gaat door naar vraag 29
29	Heb je, gedurende vier weken, gebraakt (overgeven) met het doel meer controle te krijgen over je figuur of gewicht?	Nee Ja	Respondent gaat door naar vraag 30 Respondent gaat door naar vraag 29a
29a	Hoe vaak heb je dit gedaan gedurende de afgelopen vier weken?	 keer	Respondent gaat door naar vraag 30
30	Heb je laxermiddelen genomen met het doel meer controle te krijgen over je figuur of gewicht?	Nee Ja	Respondent gaat door naar vraag 31 Respondent gaat door naar vraag 30a
30a	Hoe vaak heb je dit gedaan gedurende de afgelopen vier weken?	 keer	Respondent gaat door naar vraag 31
31	Heb je plaspillen (diuretica) genomen met het doel meer controle te krijgen over je figuur of gewicht?	Nee Ja	Respondent gaat door naar vraag 32 Respondent gaat door naar vraag 31a
31a	Hoe vaak heb je dit gedaan gedurende de afgelopen vier weken?	 keer	Respondent gaat door naar vraag 32

32	Heb je stevig lichamelijke oefeningen (sport) gedaan met het doel meer controle te krijgen over je figuur of gewicht?	Nee Ja	Respondent gaat door naar vraag 33 Respondent gaat door naar vraag 32a
32a	Hoe vaak heb je dit gedaan gedurende de afgelopen vier weken?	 keer	Respondent gaat door naar vraag 33
33	Selecteer bij onderstaande vragen het juiste antwoord. Gedurende de afgelopen vier weken (28 dagen)...		
33a	Heeft je gewicht invloed gehad op de manier waarop je over jezelf als persoon denkt (beoordeeld)?	Helemaal niet > Enigszins > Matig > Duidelijk	Respondent gaat door naar vraag 33b
33b	Heeft je figuur invloed gehad op de manier waarop je over jezelf als persoon denkt (beoordeeld)?	Helemaal niet > Enigszins > Matig > Duidelijk	Respondent gaat door naar vraag 33c
33c	Hoeveel zou het je van streek maken wanneer je éénmaal per week jezelf zou moeten wegen, gedurende de volgende vier weken?	Helemaal niet > Enigszins > Matig > Duidelijk	Respondent gaat door naar vraag 33d
33d	Hoe ontevreden heb jij je over je gewicht gevoeld?	Helemaal niet > Enigszins > Matig > Duidelijk	Respondent gaat door naar vraag 33e
33e	Hoe ontevreden heb jij je over je figuur gevoeld?	Helemaal niet > Enigszins > Matig > Duidelijk	Respondent gaat door naar vraag 33f
33f	Hoe bezorgd ben je geweest over het feit dat andere mensen je zagen eten?	Helemaal niet > Enigszins > Matig > Duidelijk	Respondent gaat door naar vraag 33g

33g	Hoe ongemakkelijk heb jij je gevoeld wanneer je je lijf zag? Bijv. in de spiegel, in de reflectie van de winkelruit, tijdens het uitkleden, of in bad of onder de douche?	Helemaal niet > Enigszins > Matig > Duidelijk	Respondent gaat door naar vraag 33h
33h	Hoe ongemakkelijk heb jij je gevoeld wanneer anderen je lijf zagen? Bijv. in gemeenschappelijke kleedkamers, tijdens het zwemmen of bij het dragen van strakke kleding?	Helemaal niet > Enigszins > Matig > Duidelijk	Respondent gaat door naar vraag 34
Op basis van vraag 28 t/m 36 worden de scores op de subschalen van de EDE-Q berekend. Score lijnen Score piekeren over eten Score piekeren over lichaam Score piekeren over gewicht Totaalscore De scores worden niet aan de proefpersoon getoond, maar wel in de SPSS output weergegeven.			
34	Uw code:		Respondent gaat door naar vraag 35
35	Ik geef hierbij toestemming voor deelname aan dit onderzoek. Het is mij bekend dat mijn gegevens vertrouwelijk behandeld worden en dat ik geheel anoniem blijf binnen dit onderzoek	Naam: Datum:	
Hartelijk dank voor uw medewerking aan dit onderzoek!			

Appendix D: Brief uitnodiging onderzoek

Amarum vraagt cliënten om medewerking voor een kort online onderzoek



Deze brief is bedoeld om u als nieuwe cliënt van Amarum informatie te geven over een online onderzoek. Leest u de informatie graag goed door. Onderaan deze brief vindt u een link die naar het online onderzoek verwijst.

De instellingen Amarum en Tactus willen graag met behulp van een kort online onderzoek duidelijk krijgen of er een betrouwbare diagnose voor een eetstoornis kan worden vastgesteld op basis van een online vragenlijst.

Om deelnemers voor dit onderzoek te werven, vragen wij nieuwe cliënten van Amarum om een korte online vragenlijst in te vullen. Het is belangrijk dat u deze vragenlijst voor uw intakegesprek bij Amarum invult. Dit kan eenvoudig thuis achter de computer. Het invullen duurt circa 5 á 10 minuten.

Uiteraard worden uw gegevens die gedurende het onderzoek verzameld worden vertrouwelijk behandeld. Door het gebruik van codes, die niet naar uw naam of andere gegevens van u te herleiden zijn, blijft u anoniem.

Hieronder vindt u de link naar de online vragenlijst. Aan het einde van de vragenlijst wordt u gevraagd om een code in te vullen. Deze code vindt u ook hieronder. Aangezien het belangrijk is dat u de vragenlijst **voorafgaand aan uw intakegesprek** bij Amarum invult, zullen we u nog een herinneringsmail sturen en eventueel telefonisch contact met u opnemen.

Link vragenlijst: <https://Etendebaas/onderzoek-amarum>

Code: **persoonlijke code**

Uw deelname aan het onderzoek is voor Amarum en Tactus erg waardevol. Zo krijgen we inzicht in de betrouwbaarheid van diagnoses die online gesteld worden. Uiteraard bent u vrij in uw keuze om wel of niet aan dit onderzoek deel te nemen.

Mocht u vragen over het onderzoek hebben, dan kunt u telefonisch of per e-mail contact met ons opnemen.

Juliane Menting

Telefoon: 06-12740023

Email: j.menting@ggnet.nl

Alvast hartelijk dank voor uw deelname!

Appendix E: Conceptmail uitnodiging onderzoek

Betref: Amarum vraagt om medewerking voor een kort online onderzoek

Beste mevrouw/heer **naam cliënt**,

Enige **tijd/dagen** geleden heeft u van ons een brief ontvangen over een wetenschappelijk onderzoek welke de instellingen Amarum, specialistisch centrum voor eetstoornis, en Tactus samen uitvoeren. Met behulp van dit onderzoek willen we graag duidelijk krijgen of er een betrouwbare diagnose voor een eetstoornis op basis van een online vragenlijst gesteld kan worden.

Mocht u de online vragenlijst nog niet hebben ingevuld zouden we het erg op prijs stellen als u dit alsnog zou willen doen. Uw gegevens blijven uiteraard anoniem. Het invullen van de vragenlijst duurt circa 5 á 10 minuten.

De link voor het invullen van de vragenlijst vindt u hieronder. Aan het eind van de vragenlijst wordt u gevraagd om een code in te vullen. Deze code vindt u ook hieronder.

Mocht u vragen over het onderzoek hebben, dan kunt u telefonisch of per e-mail contact met ons opnemen. Ook wanneer u niet aan het onderzoek wilt deelnemen, zouden we het op prijs stellen als u dit in een reactie op dit bericht laat weten.

Link vragenlijst: **<https://Etendebaas/onderzoek-amarum>**

Code: **persoonlijke code**

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,
Juliane Menting
Onderzoeksassistent
Telefoon: 06-12740023
Email: j.menting@ggnet.nl

Appendix F: Telefonisch spreekuur Amarum

Telefonisch spreekuur

- Ik heb begrepen dat je je wilt aanmelden bij Amarum.
- Ik ga zo een hele hoop vragen stellen en aan de hand daarvan bepaal ik of je in aanmerking komt voor behandeling bij Amarum. Ik geef dit zo aan, omdat het belangrijk is om te weten, dat als je in aanmerking komt, er een eigen bijdrage bestaat.
 - o 200 euro per jaar voor deeltijd/ambulant
 - o 110 euro per maand voor de kliniekWas je hiervan op de hoogte?

Reden van aanmelding

- Wat is de reden dat je je aanmeldt?
 - o Waarom juist op dit moment?
- Hoe zit je eetpatroon er uit?
- Is er sprake van eetbuien?
 - o Wat kan je eten tijdens een eetbui?
- Is er sprake van compensatie? En hoe vaak?
 - o Braken?
 - o Laxeren?
 - o Bewegen?

Probleeminventarisatie

- Wanneer zijn de eetproblemen begonnen?
 - o Wat was de aanleiding?
 - o Eventueel doorvragen op verloop
- Hoe is je woonsituatie?
- Volg je een opleiding/werk je?

Eerdere zorgverlening

- Ben je eerder in behandeling geweest?
 - o Bij wie?
 - o Welke instelling?
 - o Voor wat?
- Wie is je huidige behandelaar?
 - o Is er door hem/haar ook naar het eetprobleem gekeken?

Familiaire belasting

- Komen er in de familie psychiatrische problemen voor?
 - o Bij wie?
 - o En wat?

Medicatie

- Gebruik je medicatie?
 - o Hoeveel mg?
- Gebruik je nog andere medicatie?

Somatiek

- Worden je bloedwaarden door de huisarts gecontroleerd?
 - o Zo niet, adviseren te controleren
 - o Recentelijk gecontroleerd?
 - Hoe was de uitslag?
- Wat is je lengte?
- Wat is je gewicht?
 - o BMI berekenen
- Is je gewicht de laatste tijd stabiel/stijgend/dalend

Intoxicaties/overgevoeligheden

- Rook je?
- Drink je alcohol?
- Gebruik je drugs of heb je drugs gebruikt?
- Drink je koffie/cola/energie drinks?

Conclusies en afspraken

Vervolgstappen

- Als client in aanmerking komt:
 - o Heb je al een verwijzing van je huisarts? Belangrijk om dit snel te laten mailen/faxen zodat de aanmeldprocedure verder kan gaan.
 - o Ik ga je nu doorverbinden met de secretaresse, zij zal al je persoonlijke gegevens opnemen.
 - o Vervolgens zal ik je, als de verwijzing van de huisarts binnen is, je op donderdag bespreken in het aanmeldteam.
 - o Mocht het team niet instemmen, dan wordt je gebeld. Anders kan je wachten op een uitnodiging voor een intake.
 - o Wil je voorts vragen je huidige behandelaar informatie op te laten sturen? (T.n.v.M.Punt)
 - o Vergeet niet de verwijsbrief van de huisarts op te sturen.
- Als client niet in aanmerking komt:
 - o Doorverwijzen
 - o Mocht je niet weten naar wie, even een collega raadplegen.

Therapeut doet

- Doorverbinden met secretariaat
- In bakje bij Gerien verslag. Zij houdt in de gaten of verwijzing huisarts binnen is.
- Verslag bespreken in aanmeldoverleg (als verwijzing huisarts binnen is).
- Client in EPD zetten onder kopje eerste aanmelding (bovenstaand stuk toevoegen) In EPD: A090
-

Appendix G: Levensloopvragenlijst Amarum

) amarum (

Personalia

Datum: _____ - _____ 20____

Sekse: Man / Vrouw

1. Achternaam: _____

Meisjesnaam: _____

Roepnaam: _____

Officiële voornamen: _____

2. Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

3. Telefoonnummer privé: _____

Zijn uw huisgenoten op de hoogte? Mogen we Amarum noemen? Ja / nee

Mobiel telefoonnummer : _____ *luistert voice mail wel / niet af.*

Telefoonnummer werk: _____

4. E-mailadres: _____

5. Geboortedatum: _____

Geboorteplaats: _____

6. Nationaliteit: _____

7. Naam huisarts: _____

Adres: _____

Vestigingsplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Apotheek: _____

Plaats en telefoonnummer: _____

8. Naam ziektekostenverzekeraar: _____

Inschrijfnummer / polisnummer: _____

9. SoFi-nummer / BSN: _____

10. Burgerlijke staat: _____

11. Leefsituatie:

☐ bij ouders / familie

☐ alleenwonend / zelfstandig sinds _____

☐ samenwonend

☐ eigen gezin

☐ anderszins: _____

) amarum (

Aanmelding

Naam: _____ **Geb. datum** _____

12. Meldt u zich hier op eigen initiatief of komt u op verwijzing?

☐ eigen initiatief ☐ verwijzing ☐ anders, nl.: _____

13. Naam en functie verwijzer: _____

14. Wat is de reden van deze verwijzing: _____

Verwijzende instelling: _____

Adres verwijzer : _____

Postcode & Plaats : _____

15. Bent u het met deze verwijzing eens? ☐ ja ☐ gedeeltelijk ☐ nee, *want*

16. Bent u op dit moment onder behandeling?

☐ ja, bij mijn verwijzer (zie hierboven), sinds wanneer: _____ (maand/ jaar)

☐ ja, elders; bij wie en sinds wanneer: _____ (maand/ jaar)

Waar is uw behandeling op gericht?

☐ nee (ga s.v.p. naar vraag 18)

17. Is uw huidige behandelaar op de hoogte van uw aanmelding hier? ☐ ja ☐ nee

Is uw huidige behandelaar het eens met uw aanmelding hier? ☐ ja ☐ nee

Indien een van de twee vragen met een nee beantwoord is, kunt u dit toelichten:

18. Heeft u zich ook bij andere hulpverleningsinstanties aangemeld? ☐ ja ☐ nee

Zo ja, welke? _____

) amarum (

19. Uw behandelwens is:

- ☐ poliklinische individuele therapie (1 maal per week/ 14 dagen)
- ☐ poliklinische groepstherapie
- ☐ deeltijdbehandeling (meerdere dagen maar 's nachts thuis)
- ☐ klinische behandeling (opname)
- ☐ anders, nl.: _____

Reden voor deze wens _____

Sociale situatie

20.a Wat is uw hoogst voltooide opleiding:

- ☐ Lager onderwijs/basisonderwijs
- ☐ MVO (VMBO, MAVO, (M)ULO, IVO, MBO)
- ☐ BLO (LOM, ZMOK, MKL, ZMLK)
- ☐ HV (Havo, MMS)
- ☐ VWO (HBS, Athn., Gymn.)
- ☐ HBO (HTS, HEAO, Sociale Academie)
- ☐ WO (Universiteit)

afgerond/voltooid:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nee |
| ☐ ja | ☐ nee |
| ☐ ja | ☐ nee |
| ☐ ja | ☐ nee |
| ☐ ja | ☐ nee |
| ☐ ja | ☐ nee |
| ☐ ja | ☐ nee |

Welke vervolgopleiding(en) heeft u gedaan?

b. Volgt u momenteel een opleiding, zo ja welke?

21. Hoe is momenteel uw werksituatie?

- | | |
|--|--|
| ☐ huisman/-vrouw, sinds _____ | ☐ werkloos, sinds _____ |
| ☐ studierend/schoolgaand, sinds _____ | ☐ gedeeltelijk WAO, sinds _____ |
| ☐ fulltime werkend, sinds _____ | ☐ geheel WAO, sinds _____ |
| ☐ parttime werkend, sinds _____ | ☐ gepensioneerd, sinds _____ |
| ☐ WSW/beschut werken, sinds _____ | ☐ anderszins, nl.: _____ |
| ☐ Ziektewet, sinds _____ | |

22. Wat is de aard van uw huidige werk / daginvulling?

23. Wat doet u in uw vrije tijd:

) amarum (

24. Had u vroeger hobby's waar u de laatste tijd niet meer aan toekomt?

☐ Nee

☐ Ja, namelijk _____

25. Hoe verlopen uw huidige bezigheden, studie, werk of andere activiteiten overdag?

☐ goed, ben tevreden (zonder problemen)

☐ redelijk of wisselvallig (zou beter kunnen)

☐ eerder onbevredigend (veel problemen)

☐ slecht (wil iets helemaal anders doen)

26. Bent u lid van een geloofsgemeenschap? _____

Zo ja, welk? _____

Speelt dit een grote rol in uw leven? _____

27. Zijn uw ouders, of één van hen, nog in leven?

	Vader		Moeder	
Nog in leven	☐ ja	☐ nee	☐ ja	☐ nee
Indien ja, leeftijd:				
Indien nee, jaar van overlijden:				
Indien nee, leeftijd bij overlijden:				

28. Uw ouders zijn

Getrouwd

Gescheiden

Vader nieuwe relatie en / of gezin / Moeder nieuwe relatie en / of gezin

29. Woonplaats(en) ouders: _____

30. Beroep vader: _____ Nog werkzaam/ WAO/VUT/

Gepensioneerd/ Anders

Beroep moeder: _____ Nog werkzaam/ WAO/ VUT/

Gepensioneerd/ Anders

31. Hoeveel kinderen telt uw ouderlijk gezin? _____ meisjes en _____ jongens

32. De hoeveelste van de kinderen bent u? _____

) amarum (

33 a. Kunt u wat vertellen over de sfeer in het gezin?

b. Zijn er andere familieleden bekend met eetproblemen? ☐ ja ☐ nee

Zo ja, wie? _____

34. Is één van uw familieleden onder psychiatrische behandeling (geweest)?

☐ nee

☐ ja: wie? waarom en wanneer?

35. Hoe ervaart u in het algemeen de verhouding met uw gezin van afkomst (vooral uw ouders)?

36. Heeft u een partner: ☐ ja ☐ nee

Indien ja: gehuwd / samenwonend: ☐ ja, sedert: _____ ☐ nee

Naam partner: _____ Leeftijd: _____

Beroep partner: _____

37. Heeft u kinderen? ☐ ja ☐ nee

Zo ja, graag naam en leeftijd: _____

38. Hoe ervaart u de contacten buiten uw familie, met vrienden of kennissen?

) amarum (

Eetproblemen

Algemeen

39 a. Kunt u hieronder uw eetprobleem omschrijven; wat ervaart u met betrekking tot eten als moeilijk?

39 b Wie zijn van uw eetprobleem op de hoogte? Is er voor u sprake van geheimhouding?

39 c Hoe lang heeft u al een eetprobleem? _____ jaar _____ maanden

39 d. Kunt u wat vertellen over de ontwikkeling die uw eetprobleem heeft gehad?

) amarum (

40. Speelde een van de volgende zaken een rol toen uw eetprobleem begon?

- ☐ het gevoel te zwaar te zijn
- ☐ onvrede met uw uiterlijk
- ☐ vrienden / familieleden die aan de lijn deden
wie? _____
- ☐ het begin van een nieuwe relatie
- ☐ een ander reden, nl.: _____

41. Wanneer u terugkijkt naar het begin van uw eetprobleem, was er een bepaalde gebeurtenis die hiermee samenhang? ☐ ja ☐ nee

Zo ja, graag beschrijven: _____

42. Heeft u andere ingrijpende gebeurtenissen in uw leven meegemaakt, die mogelijk van invloed zijn op uw huidige problemen?

- ☐ ja
- ☐ nee

Zo ja, kunt u er iets over vertellen?

43. a Hoe is uw eetpatroon gemiddeld de laatste maand (qua regelmaat, hoeveelheid en samenstelling)?

's morgens: _____

's middags: _____

's avonds: _____

tussendoor: _____

Vragenlijst Aanmelding Amarum, specialistisch centrum voor eetstoornissen
e-mail: eetstoornissen@ggnet.nl – website: www.ggnet.nl/eetstoornissen

) amarum (

b Hoe moeilijk is eten in gezelschap voor u? _____

44. Uw huidige gewicht is: _____ kg. (indien u zich nooit weegt dan graag uw beste schatting)

Lengte: _____ cm.

QI: _____

45. Het afgelopen halfjaar is uw gewicht:

- ☐ stabiel ☐ dalend (met _____ kg / maand) ☐ stijgend (met _____ kg / maand)
☐ wisselend

46. Wat is uw hoogste gewicht geweest bij uw huidige lengte en wanneer was dit?

_____ kg. in _____ (maand / jaar) QI: _____

47. Wat is uw laagste gewicht (geweest) bij uw huidige lengte en wanneer was dit?

_____ kg. in _____ (mnd / jr)

QI: _____

48. Wat is het door u gewenste gewicht? _____ kg.

QI: _____

49. Had u als kind overgewicht? ☐ ja ☐ nee

Zo ja, vanaf welke leeftijd? _____ jaar _____ maanden

50. Gebruikt u nu, of heeft u ooit, een van de volgende methoden gebruikt om uw gewicht onder controle te krijgen of te houden?

- | | | | |
|---------------------|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| - lijnen | ☐ nu | ☐ vroeger | ☐ nooit |
| - braken | ☐ nu | ☐ vroeger | ☐ nooit |
| - laxeren | ☐ nu | ☐ vroeger | ☐ nooit |
| - plaspillen | ☐ nu | ☐ vroeger | ☐ nooit |
| - lijnpillen | ☐ nu | ☐ vroeger | ☐ nooit |
| - overmatig bewegen | ☐ nu | ☐ vroeger | ☐ nooit |
| - operaties | ☐ nu | ☐ vroeger | ☐ nooit |
- (bijv. maagverkleining, vetverwijdering)

51. Heeft u last van:

- | | | | |
|---------------------|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| - eetbuien | ☐ nu | ☐ vroeger | ☐ nooit |
| - dooreten | ☐ nu | ☐ vroeger | ☐ nooit |
| - overmatig snoepen | ☐ nu | ☐ vroeger | ☐ nooit |

Lijnen

52. Heeft u gedurende de laatste 3 maanden aan de lijn gedaan?

- ☐ ja
☐ nee, wel eens gedaan maar niet de afgelopen 3 maanden
☐ nee, ik lijn nooit, ga s.v.p. verder met vraag 55

53. Op welke leeftijd bent u voor het eerst gaan lijnen? _____ jaar

) amarum (

Wat was toen uw gewicht? _____ kg.

54. Is uw lijnen ooit dusdanig geweest dat u of anderen het abnormaal vonden?

☐ ja ☐ nee

Zo ja, hoe oud was u toen? _____ jaar

Eetbuien

55. Heeft u gedurende de laatste 3 maanden eetbuien gehad?

☐ ja
☐ nee, ga s.v.p. verder met vraag 64

56. Sinds wanneer heeft u eetbuien? _____ (mnd/ jr)

57. Hoe vaak heeft u gedurende de laatste 3 maanden eetbuien gehad? _____x per week/
per dag

58. Hoe groot zouden andere mensen de hoeveelheid eten, die u tijdens een eetbui verorbert, vinden?

☐ klein ☐ gewone portie ☐ groot ☐ zeer groot

59. Hoe lang duurt een eetbui meestal?

☐ 0 – 30 min. ☐ 31 – 60 min. ☐ 60 – 120 min. ☐ langer dan 120 min.
☐ is niet te zeggen, ik eet eigenlijk de hele dag door

60. Met betrekking tot eetbuien:

- heeft u wel eens geplande eetbuien?	☐ ja	☐ nee
- doet u speciaal inkopen voor eetbuien?	☐ ja	☐ nee
- heeft u wel eens een eetbui buitenshuis (bijv. snackbar)?	☐ ja	☐ nee
- kunt u een eetbui voorkomen?	☐ ja	☐ nee
- kunt u een eetbui stoppen?	☐ ja	☐ nee
- wat is voor u een reden om met een eetbui te beginnen?		

61. Op welke tijd van de dag heeft u eetbuien?

☐ morgen ☐ middag ☐ vroege avond
☐ late avond ☐ nacht ☐ geen speciale tijd

62. Heeft u uitsluitend eetbuien als u alleen bent? ☐ ja ☐ nee

63. Indien u eetbuien heeft, kunt u een gemiddelde eetbui beschrijven?

) amarum (

Braken

64. Heeft u gedurende de laatste 3 maanden gebraakt na een eetbui of maaltijd?

- ☐ ja
☐ nee, ga s.v.p. verder met vraag 67

65. Sinds wanneer braakt u na eetbuien of maaltijden? _____ (mnd/ jr)

66. Hoe vaak heeft u gedurende de laatste 3 maanden gebraakt? _____ x per week/
per dag

Laxeren

67. Heeft u gedurende de laatste 3 maanden gelaxeerd?

- ☐ ja
☐ nee, ga s.v.p. verder met vraag 69

68. Sinds wanneer gebruikt u laxeerpillen/ laxeerthee? _____ (mnd/ jr)

68a. Hoe vaak heeft u gedurende de laatste 3 maanden gelaxeerd? _____ x per week
x per dag

68b. Op welke wijze (Hoeveel pillen per keer: _____ pillen (Merk: _____))

Lichamelijke klachten

69. Heeft u lichamelijke klachten?

- nee
ja: welke en hoe lang?

Lichaamsbeweging

70.a Hoeveel tijd besteedt u gemiddeld per week aan lichaamsbeweging (bijv. wandelen, fietsen, sporten, oefeningen, fitness)?

Duur en soort beweging graag beschrijven: _____

Sport u met de bedoeling af te vallen?

b. Wat is voor u de reden om (overmatig) te sporten/bewegen?

) amarum (

Lichaamsbeeld

71. Maakt u zich bezorgd over uw uiterlijk voorkomen?

Waarover en in welke mate?

72. Hoe vaak weegt u zich?

73. Hoe belangrijk is voor u uw lichaamsgewicht: zeer / normaal / gering

74. Bent u tevreden of ontevreden over uw lichaamsvorm?

Lichaamsbeleving

75. Voelt u zich thuis in uw lichaam? _____

76. Heeft u last van innerlijke onrust of lichamelijk gejaagdheid?

77. Kunt u zich lichamelijk ontspannen? _____

Menstruatie (voor vrouwen)

78. Hoe zijn uw menstruaties geweest tijdens het afgelopen jaar?

- ☐ regelmatig (minstens eenmaal per maand)
- ☐ onregelmatig (meer dan 1 maand tussenperiode)
- ☐ zeldzaam (bv. 1 of 2 maal in zes maanden)
- ☐ volledig afwezig (sinds: _____)

79. a. Gebruikt u een anticonceptie medicijn?

- ☐ ja, sinds: _____
- ☐ nee

b. Gebruikt u om andere redenen hormonen?

- ☐ ja
- ☐ nee

Zo ja, wat en waarvoor: _____

Andere klachten

Vragenlijst Aanmelding Amarum, specialistisch centrum voor eetstoornissen
e-mail: eetstoornissen@ggnet.nl - website: www.ggnet.nl/eetstoornissen

) amarum (

80. Heeft u naast uw eetproblemen last van angsten?

☐ ja ☐ nee

Zo ja, kunt u die beschrijven: _____

81. Heeft u zich de laatste tijd erg somber gevoeld?

☐ ja ☐ nee

Zo ja, denkt u wel eens over zelfmoord?

☐ ja ☐ nee

Heeft u ooit een zelfmoordpoging gedaan?

☐ ja ☐ nee

Zo ja, op (maand/ jaar): _____

82. Heeft u zichzelf wel eens beschadigd of heeft u wel eens de drang uzelf te beschadigen (krassen, snijden, branden, etc.)?

☐ ja ☐ nee

Zo ja, sinds wanneer? _____

Wat is de aanleiding tot (de drang tot) zelfbeschadiging? _____

Wat doet u dan? _____

Wanneer voor het laatst? _____ (maand/ jaar)

83. Kunt u hieronder uzelf beschrijven met uw eigenschappen:

Welke waardeert u en welke niet?

84. Beïnvloeden veranderingen in gewicht en uiterlijk uw zelfbeoordeling?

In welke mate? _____

Hoe belangrijk is uiterlijk voor u? _____

) amarum (

85. Houdt U zich veel bezig met orde en netheid of maakt u lijstjes en schema's?

☐ ja ☐ nee

Zo ja, hoe: _____

86. Heeft u ooit nare seksuele ervaring(en) gehad?

☐ ja ☐ nee

Zo ja, welke?

☐ aanranding ☐ verkrachting ☐ incest ☐ anderszins

Hoe oud was u toen? _____

Heeft u het gevoel deze ervaringen (voldoende) verwerkt te hebben?

87. Zijn er andere klachten of problemen, die nog niet genoemd zijn, waar u last van heeft?

☐ ja ☐ nee

Zo ja, welke: _____

88. Gebruikt u momenteel medicijnen of kalmerende middelen? ☐ ja ☐ nee

Zo ja, wilt u dan de namen en de aantallen per dag opschrijven van alle medicijnen die u momenteel gebruikt. (ook van alle niet voorgeschreven middelen, verkregen zonder recept bij drogist of apotheek).

Naam medicijn:	Aantal (dosering)	Voorgeschreven door:

) amarum (

Eerdere behandeling(en)

89. Bent u in het **verleden** onder behandeling geweest voor uw eetprobleem?
(Dit kan zijn bij bijv. : huisarts, medisch specialist, Riagg, diëtist, alternatieve genezer),
Zo ja, waar vond de behandeling plaats en door wie werd u behandeld?

INSTELLING naam instelling, naam en Specialisme behandelaar	VAN – TOT (Maand en Jaar)	OPNAME ¹ JA/ NEE

¹ inclusief dagbehandeling/ deeltijdbehandeling

90. Bent u in het **verleden** onder behandeling geweest voor **andere** psychische of lichamelijke klachten?

☐ ja ☐ nee

Zo ja, waar vond de behandeling plaats en door wie werd u behandeld?

KLACHTEN/ PROBLEMEN	INSTELLING naam instelling, naam en specialisme behandelaar	Van – tot (Maand en Jaar)	OPNAME ¹ JA/ NEE

) amarum (

91. Welke veranderingen en verbeteringen/doelen streeft u in een behandeling bij Amarum na?

Tot slot

Heeft u zelf nog vragen en/ of opmerkingen?
(Bijv. over uw problemen, de procedure, de afdeling of deze vragenlijst).

Hartelijk dank voor het invullen.

Appendix H: Sjabloon intakegesprek Amarum

Klachten/problemen gericht op de eetproblematiek

Reden van aanmelding

Hulpvraag

Huidige eetpatroon

Ontbijt:

Lunch:

Diner:

Tussendoor:

Dieet/ vegetarisme:

Anorectisch vasten: ja/nee

Objectieve vreetbuien: ja/nee

Aanleiding

Hoe vaak

Wat/hoeveelheid

Functie

Beleving

Subjectieve vreetbuien: ja/nee

Dooreetgedrag: ja/ nee

Compensatiegedrag

Braken:

Laxeren:

Overmatig bewegen:

Middelengebruik (energie verhogende middelen/eetlustremmers):

Ontwikkeling van de eetstoornis en het gewicht*

Hypothese van cliënt over ontstaan ES en in stand houdende factoren

In stand houdende factoren

Psychologische aspecten

Is er sprake van geheimhouding?

Wie is van eetprobleem op de hoogte?

Zijn er problemen rond eten in gezelschap?

Is er controlebehoefte? (calorieën tellen, voedsel wegen, langzaam eten, aanpassen aan wat anderen eten, rituelen rondom eten, kleine stukjes eten)

Gevolgen van de eetstoornis

Sociaal, vermijden van eten of i.v.m. schaamte voor lijf?

Lichaamsbeeld/beleving

Verstoort of realistisch lichaamsbeeld? Hoe? Idee normaal/dun/dik/gezet postuur te hebben? Schat je je lijf juist in?

Verstoorde lichaamsbeleving?

Is cl. vertrouwd met lichaam? Voel je je prettig in je lijf? Hoe ervaar je je lijf in intiem contact?

Is er sprake van dissociëren? Voelt je lichaam wel eens als niet van jou? Hoe vaak komt dat voor?

Afvalwens?

Obsessief? Is er sprake van een dwangmatige controle op (lichaamschecks, voelen, wegen, spiegel, vergelijken met anderen) / vermijding (niet wegen, bedekken v spiegels, wijde kleding, niet in etalages kijken) van lichaamsvormen en gewicht? Op welke wijze?

Is er angst om dik te worden?

Overige klachten*

Stemming (indien beide 'ja' dan DSM verder aflopen, zie lijst interview)

- Gedurende de grootste dele van de dag, bijna elke dag, last van een depressieve stemming? (somber of lusteloos) Ja/nee

- Hebt u minder plezier of interesse in de meeste activiteiten, bijna elke dag en gedurende het grootste deel van de dag? Ja/nee

Suïcidaliteit

Slapen

Prikkelbaarheid

Emotionaliteit

Concentratie

Angst: (paniekstoornis, sociale angst, GAS) Heeft u behalve de eetstoornis nog andere angsten waar u veel last van hebt?

- Paniekaanvallen? Sociale angst? Gegeneraliseerde angst? Hypochondrie?

Psychotische verschijnselen

PTSS?

Evt. dwangmatig gedrag en gedachten?

Andere psychische klachten

Impulscontrole stoornissen

Gokken:

Seksueel:

Zelfbeschadiging:

Agressieve ontladingen:

Anders:

SOMATIEK*

Huidig gewicht: Lengte: BMI:

Hoogst gewicht:

Laagst gewicht:

Gewicht zoals cliënt(e) dat wenst:

Afgelopen tijd is het gewicht:

Lichamelijke klachten:

BIOGRAFISCHE GEGEVENS

Achtergrondgegevens / gezin van herkomst

(jeugd, gezin, beschrijving ouders, band met ouders en brussen, life events, traumatische gebeurtenissen, etc.)

Lagere school

(meekomen op school, moeite met leren, sociale contacten, gepest, steun van ouders)

Middelbare school

(meekomen op school, moeite met leren, sociale contacten, gepest, steun van ouders)

Vervolgopleiding(en)

Welke?

Niveau / meekomen / moeite?

Leuk vinden?

Sociale contacten?

Bijzonderheden?

Werk / loopbaan / vrije tijd

Huidige werk?

Leuk vinden?

Eerdere loopbaan?

Sociale contacten?

Bijzonderheden?

Hobby's / dagbesteding?

Relaties/seksuele ontwikkeling

Huidige / eerdere relaties:

Bevredigende relaties? Steun van partner bij ES? Op andere gebieden? Hoe omgaan met ruzies?

Traumatische gebeurtenissen: ja/nee

Zelfbeeld

Zelfbeschrijving:

Welke eigenschappen vinden anderen lastig/ zou je willen veranderen?

Uiten van gevoelens:

Hoe schat cliënt(e) zijn/haar verandermogelijkheden in:

Therapieverwachtingen

PSYCHIATRISCHE FAMILIE – ANAMNESE

INTOXICATIES*

Middelengebruik

Roken:

Kauwgom:

Alcohol:

Drugs:

MEDICATIE*

(welke, waarvoor, hoeveelheid, door wie voorgeschreven, zie evt. verwijfsbrief h.a.)

ACTUEEL TOESTANDSBEELD

INDRUK

BESCHRIJVENDE / VERKLARENDE DIAGNOSE *

- Leeftijd, sekse, melding al dan niet uitgebreide psychiatrische voorgeschiedenis, BMI
- Eetstoornis beschrijven (en classificeren).
- Aanleiding/ beloop van de eetstoornis.
- Functie van de eetstoornis (hypothese hierover).
- Eerdere behandeling en resultaat (kort samengevat).
- Beschrijving comorbiditeit op AS1: stemming, angst, trauma's, psychose, dwang etc.
- Beschrijving comorbiditeit op AS2: persoonlijkheidsdynamiek/-problematiek
- Beschrijving comorbiditeit op AS3: somatiek
- Huidig sociaal- maatschappelijk functioneren/ sociale inbedding (As 4)
- Samenvattende, korte schets van achtergrond; sociaal/ emotionele ontwikkeling, gezin van herkomst.
- Ziekte inzicht/ - besef.
- Motivatie voor verandering.
- Hulpvraag

Functie van de eetstoornis?

ROM SCORES**DSM IV CLASSIFICATIE**

As 1:

As 2:

As 3:

As 4:

As 5:

CONCLUSIES**DIAGNOSTISCHE OMSCHRIJVING / SAMENVATTING*****VOORGESTELD BELEID/BEHANDELPLAN***

+ motivatie

* = opnemen in de huisartsenbrief