

# ETEN DE BAAS

## INTERNETBEHANDELING



## Onderzoek naar de behandelresultaten sinds de integratie in het reguliere zorgaanbod

Masterthese Positieve Psychologie & Technologie

Laurie Masselink

# **Behandelresultaten Etendebaas.nl**

*Onderzoek naar de behandelresultaten van de online behandeling  
Etendebaas.nl sinds de integratie in het reguliere zorgaanbod*

**Masterthese 10 EC**

Psychologie

Enschede, februari 2017

Laurie Elisabertha Theodora Masselink

S1393391

**Begeleiders Universiteit Twente**

Dr. M.G. Postel

Dr. F. Chakhssi

**Begeleider Tactus Verslavingszorg**

Dr. E. Ter Huurne

**Universiteit Twente**

Faculteit Gedragwetenschappen

Positieve Psychologie en Technologie

**Opdrachtgever Tactus Verslavingszorg**

# Voorwoord

Ter afronding van mijn master Positieve Psychologie & Technologie, waarin ik veel kennis en ervaring op heb gedaan, heb ik in samenwerking met Universiteit Twente en Tactus Verslavingszorg mijn afstudeeronderzoek uitgevoerd van september 2016 tot en met februari 2015.

In het kader van deze opleiding heb ik onderzoek uitgevoerd naar de behandel-effecten van de online behandeling Etendebaas.nl, welke na aangetoonde effectiviteit was geïntegreerd in het reguliere zorgaanbod. Terugkijkend op het onderzoek is het een periode geweest waarvan ik veel heb geleerd van mijn begeleiders, het proces van het onderzoek en de gang van zaken om het onderzoek heen. Daarnaast heb ik de opgedane statistische en wetenschappelijke kennis goed kunnen benutten en toe kunnen passen in de uitvoering van dit onderzoek.

Bij deze wil ik Marloes Postel, mijn eerste begeleidster van de Universiteit Twente, erg bedanken voor haar kritische blik, feedback en de prettige samenwerking. Zij heeft tijdens het proces richting en feedback gegeven aan mijn onderzoek. Tevens wil ik mijn tweede begeleider Farid Chakssi bedanken voor zijn feedback, welke een frisse blik en meer objectieve input heeft gegeven aan het onderzoek. En ook wil ik Elke Ter Huurne bedanken voor haar feedback, kennis en het actief meedenken met mijn onderzoek. Ook de door haar uitgevoerde onderzoeken waren erg leerzaam en bruikbaar voor mijn onderzoek. Graag wil ik Tactus Verslavingszorg bedanken voor de mogelijkheid om dit onderzoek in hun opdracht uit te mogen voeren. En ten slotte wil ik de Universiteit Twente bedanken voor de goed gecreëerde basis in kennis en ervaringen door de geboden vakken. Ik heb de studiekeerperiode als erg prettig ervaren en er was altijd een prettige betrokkenheid vanuit medewerkers en leerkrachten naar de studenten toe.

Deze these is de afsluiting van mijn Master aan de Universiteit Twente, waarna ik een start kan maken met mijn loopbaan als basispsycholoog. Ik kijk uit naar deze nieuwe start waarbij ‘het echte werk’ kan beginnen en ik mijn opgedane kennis en vaardigheden in de praktijk mag gaan toepassen.

Laurie Masselink

Didam, februari 2017

## Samenvatting

**Achtergrond:** Tactus Verslavingszorg biedt cliënten met een eetstoornis de mogelijkheid om online de behandeling Etendebaas.nl te volgen. In een Randomized Controlled Trail (RCT) is eerder al de effectiviteit van de behandeling aangetoond, waarna Tactus deze behandeling heeft geïntegreerd in het reguliere zorgaanbod.

**Doel:** Het hoofddoel van dit onderzoek is middels een naturalistische studie na te gaan wat de huidige behandelresultaten zijn en in hoeverre deze te vergelijken zijn met die van het RCT.

**Methode:** Deze naturalistische studie is uitgevoerd aan de hand van een one-group pretest-posttest onder 105 participanten die middels zelfselectie gekozen hebben voor deze interventie. Voorafgaand en afsluitend hebben zij vragenlijsten uit de Routine Outcome Monitoring (ROM) ingevuld, welke gebruikt zijn om behandelresultaten met betrekking tot eetstoornispsychopathologie en lichaamsattitude in kaart te brengen. Voor de completers-only analyses werd gebruik gemaakt van Paired-sample t-toetsen en voor de ‘intention to treat’ (ITT) analyses van Mixed models. Vervolgens werd beschrijvende statistiek gebruikt voor de vergelijking van de huidige en RCT resultaten.

**Resultaten:** Aangetoond is een significante afname wat betreft eetstoornispsychopathologie en negatieve lichaamsattitude voor alle cliënten met eetstoornisdiagnoses Boulimia Nervosa (BN), Binge Eating Disorder (BED) en Eating Disorder-not otherwise specified (EDNOS), zowel in de completers only als ITT analyses. De grootste effecten zijn gevonden voor BN subgroep ( $d = .84-2.99$ ) en de kleinste voor de EDNOS subgroep ( $d = 0.57-1.28$ ). Drop-out in dit onderzoek was 57,1%, waarbij geen significant verschil gevonden werd tussen drop-outpercentage en de diagnoses. De online behandeling blijkt, nu het onderdeel is van de reguliere zorg, minder hoogopgeleide cliënten aan te trekken in vergelijking met de RCT. De verdeling van diagnoses komen in beide onderzoeken overeen en de drop-out in de RCT bleek lager. Significante behandelresultaten werden in beide onderzoeken gevonden voor cliënten met de diagnose BN, BED en EDNOS. Daarbij zijn in het huidige onderzoek ook significante verschillen gevonden die in de RCT niet werden gevonden voor de subgroep BN (voor piekeren over gewicht en lichaamsattitude) en de subgroep EDNOS (wat betreft lijnen), waarnaast in het huidige onderzoek tevens hogere waardes voor de grote effectgroottes werden gevonden voor eetstoornispsychopathologie en lichaamsattitude.

**Conclusie:** Etendebaas blijkt effectief in het verbeteren van eetstoornispsychopathologie en lichaamsattitude voor cliënten met verschillende eetstoornissen, met name voor cliënten met de diagnose BN. Het drop-outpercentage ligt hoger in vergelijking met de RCT. De gevonden significante verbeteringen in behandelresultaat zijn overeenkomstig met de resultaten in de RCT, waarbij er sinds de integratie in het reguliere zorgaanbod zelfs sprake lijkt van verbetering van de behandelresultaten.

## Abstract

**Background:** Tactus Addiction Treatment offers clients with eating disorders the possibility to use web-based treatment called Etendebaas.nl. This intervention was proven effective in an earlier executed Randomized Controlled Trial (RCT) after which Tactus has integrated this intervention within their regular health-care provision.

**Objective:** The main aim of this study is to evaluate the current results of the intervention in a naturalistic setting and to compare these with the results from the RCT.

**Method:** This naturalistic study was carried out by using a one-group pretest-posttest with 105 self-selected participants. Participants filled out the Routine Outcome Monitoring (ROM) questionnaires at the start and at the end of the intervention. With the ROM, eating disorder psychopathology and body dissatisfaction were measured to acquire treatment outcomes. A Paired-Sample t-test is used to analyse completers-only and Mixed models were executed for intention to treat (ITT) analyses. Subsequently, descriptive statistics were used to compare these results with those from the RCT.

**Results:** Significant results showed a significant reduction of eating disorder psychopathology and body dissatisfaction for all patients with eating disorder (ED) and for the diagnoses Bulimia Nervosa (BN), Binge Eating Disorder (BED) and Eating Disorder-not otherwise specified (EDNOS). These results are valid for completers-only analyses and the ITT-analyses. Biggest effect sizes were found in the subgroup BN ( $d = .84-2.99$ ) and the smallest were found among the EDNOS subgroup ( $d = 0.57-1.28$ ). Drop-out in this study was 57,1%, which showed no significant difference between drop-out percentage among the different diagnosed groups. Since the integration in the regular health-care provision, Etendebaas seems to attract fewer higher educated clients compared to the RCT. Diagnosed groups were approximately equal between both studies, but drop-out percentage was lower in the RCT. Both studies showed similar results for clients with BN, BED and EDNOS. Moreover, this study proved significant results for the BN subgroup (for weight concern and body dissatisfaction) and for the EDNOS subgroup (for food restraint/dieting), which weren't found in the RCT. Even though, in comparison to the RCT, higher values for the proven big effect sizes were found in this study.

**Conclusion:** Etendebaas seems to be significantly effective in improving eating disorder psychopathology and body dissatisfaction for all patients with ED's, especially for patients with BN. Compared to the RCT, drop-out percentage seems to be higher for this study. The proven significant results were similar to the RCT, whereas it even seems that treatment effectiveness of Etendebaas has improved since integration in the regular care provision.

# Inhoud

|  |    |
|--|----|
| Inleiding .....  | 1  |
| Behandeling.....   | 2  |
| Online behandeling Etendebaas .....                      | 2  |
| Effectiviteit online behandeling bij eetstoornissen..... | 3  |
| Interventie drop-out.....                                | 3  |
| Doelstelling, onderzoeksvragen en relevantie .....       | 4  |
| Methode.....   | 5  |
| Onderzoeksdesign .....                                   | 5  |
| Participanten.....                                       | 5  |
| Interventie.....   | 5  |
| Procedure.....   | 6  |
| Meetinstrumenten.....                                    | 7  |
| EDE-Q: Eating Disorder Examination-Questionnaire .....   | 7  |
| LAV: Lichaamsattitude Vragenlijst .....                  | 7  |
| Drop-out .....   | 8  |
| Analyse.....   | 8  |
| Resultaten .....   | 9  |
| Achtergrondgegevens .....                                | 9  |
| Drop-out .....   | 10 |
| Behandelresultaten .....                                 | 11 |
| Completers.....  | 11 |
| Behandelresultaat intention to treat .....               | 12 |
| Vergelijking RCT.....                                    | 13 |
| Respondentgegevens .....                                 | 13 |
| Drop-out en nameting.....                                | 13 |
| Behandelresultaten intention to treat .....              | 14 |
| Discussie.....   | 15 |
| Sterke punten en beperkingen .....                       | 17 |
| Vragenlijst .....  | 17 |
| Naturalistische setting en design .....                  | 17 |
| Behandelresultaat .....                                  | 18 |

|   |    |
|---|----|
| Vergelijking RCT 2013 .....                     | 18 |
| Aanbevelingen.....                              | 19 |
| Referentielijst .....                           | 21 |
| Appendix 1: Beschrijving van Etendebaas.nl..... | 26 |

## Inleiding

In 2013 heeft Ter Huurne et al. (2013) positieve behandelresultaten gevonden voor online behandeling Etendebaas, waarna Tactus deze behandeling heeft geïntegreerd in het reguliere zorgaanbod voor cliënten met een eetstoornis. In dit onderzoek wordt nagegaan wat de huidige behandelresultaten zijn en hoe deze zich verhouden met de RCT. Hiervoor zal allereerst een beeld geschetst worden van de verschillende eetstoornisdiagnoses (met Engelse afkortingen ten behoeve van de vergelijkbaarheid met de RCT), de behandel mogelijkheden, online behandelingen, de behandelresultaten en drop-out.

In Nederland komen eetstoornissen relatief weinig voor, de lifetimeprevalentie wordt geschat op 1.74% (Prete et al., 2009). Volgens de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling (LSMR) is echter mogelijk sprake van onderschatting, doordat veel mensen hun eetstoornis niet rapporteren in een bevolkingsonderzoek of nog niet in zorg zijn (LSMR, 2006).

De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM)* omvat diagnostische criteria voor de classificatie van diverse psychiatrische stoornissen, waaronder eetstoornissen (Van Elburg, & Hoek, 2014). In de DSM-5 wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen voedingsstoornissen en eetstoornissen. De voedingsstoornissen omvatten: Pica, Ruminatiestoornis en Vermijdende/restrictieve voedselinname stoornis. Pica is een stoornis waarbij niet-eetbare dingen genuttigd worden en bij de Ruminatiestoornis stroomt het ingeslikte voedsel herhaaldelijk terug en wordt dit herkauwd. Bij de Avoidant/restrictive food intake disorder is er sprake van aanwezigheid van een voedings- of eetstoornis die ertoe leidt dat de betrokkene een te lage intake heeft, waarbij symptomen al in de kinderjaren aanwezig moeten zijn (Van Elburg, & Hoek, 2014). Onder eetstoornissen verstaat de DSM-5 Anorexia Nervosa (AN), Boulimia Nervosa (BN), Eetbuienstoornis en Andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis (Van Elburg & Hoek, 2014). Voor de laatste twee diagnoses worden veelal de Engelse diagnoses Binge eating disorder (BED) en other specified feeding or eating disorder (OSFED) gebruikt. OSFED was in de DSM-4 opgenomen als Eetstoornis niet anders omschreven, ofwel Eating disorder not otherwise specified (EDNOS) (Van Elburg, & Hoek, 2014). Bij AN is er sprake van een te laag lichaamsgewicht, angst om dik te worden en een gestoorde lichaamsperceptie. Mensen met de diagnose BN kampen met eetbuien vertonen daarbij compensatiegedrag. Uitgaande van de DSM-4 wordt BED ook wel omschreven als een eetbuienstoornis en is EDNOS een restcategorie (Van Elburg, & Hoek, 2014; Call, Walsh, & Attia, 2013). Uit de literatuur blijkt EDNOS ook de meest gediagnosticeerde eetstoornis te zijn (Aardoom, Dingemans, Spinhoven, Van Furth, 2013; Sminck, van Hoeken & Hoek, 2012). In vergelijking met BED (prevalentie van 2.8%) werd in 2014 een lage prevalentie van 0.8% gevonden voor de diagnose BN (0.8%). Daarnaast blijken BN en AN met



name te ontstaan tijdens de adolescentie en komen onder vrouwen (95%) alle eetstoornissen het meest voor (Trimbos-instituut, 2006). Recentelijk is aangetoond dat de incidentie sterk gedaald is voor de diagnose BN (Smink, van Hoeken, Donker, Susser, Oldehinkel, 2016). Eerder was namelijk gebleken dat onder vrouwen in geïndustrialiseerde landen de diagnose BN (1.500 per 100.000 jonge vrouwen) vaker gezien werd dan de diagnose AN (370 per 100.000 jonge vrouwen). Echter hebben Smink et al. (2016) vorig jaar aangetoond dat de incidentie van de diagnose BN in 1985-1989 lag op 8.6/100.000 en is gedaald naar 3.2/100.000 in 2005-2009. Voor AN is in dezelfde jaren tevens een lichte afname te zien in de incidentie, namelijk van 7.4/100.000 naar 6.0/100.000.

## **Behandeling**

Cliënten met een eetstoornis kampen met psychische en fysieke gevolgen die een eetstoornis met zich mee brengt, waardoor behandeling veelal noodzakelijk is (Trimbos-instituut, 2006). Hulpvragen waarmee zij zich aanmelden hebben betrekking op verschillende levensgebieden, namelijk psychisch functioneren, sociaal functioneren, lichamelijk functioneren en seksualiteit en dagstructurering, werk en opleiding (Franx & Zeldenrust, 2003). Reguliere behandelingen van eetstoornissen in Nederland zijn gebaseerd op GGZ-richtlijnen welke in 2006 zijn opgezet (LSMR, 2006). Tactus Verslavingszorg is één van de instellingen in Nederland die hulp en advies biedt aan jongeren en volwassenen met elke vorm van verslaving, waaronder ook eetstoornissen. Voor volwassenen met eetstoornissen bieden zij verschillende vormen van behandeling, zoals individuele face-to-face behandelingen en face-to-face groepsbehandelingen. Deze door Tactus geboden behandelingen zijn voornamelijk gericht op cliënten met BN, BED en EDNOS (volgens de DSM-4). Cliënten met AN worden in de meeste gevallen doorverwezen naar gespecialiseerde eetstoornisklinieken. Een derde behandelvorm die Tactus biedt is een online behandeling genaamd 'Etendebaas', welke voor alle cliënten met een eetstoornis toegankelijk is en dus ook voor cliënten met AN.

## **Online behandeling Etendebaas**

Tactus Verslavingszorg heeft Etendebaas ontwikkeld in samenwerking met deskundigen uit de gezondheidszorg, een software development team en cliënten en leden van een Nederlandse organisatie voor mensen met een eetstoornis (Ter Huurne et al., 2013). Etendebaas is een gestructureerd web-based behandelprogramma, als onderdeel van een gehele online applicatie. Deze online applicatie omvat ook een informatieve website en een forum voor lotgenotencontact (Tactus, 2013). Wanneer deelnemers starten met de online behandeling krijgen zij een persoonlijke behandelaar met wie zij twee keer per week asynchroon communiceren via het internet. De basis van deze behandeling wordt gevormd door cognitieve gedragstherapie (CGT) en motiverende gespreksvoering (MG), die tijdens de behandeling ingezet worden

in de vorm van psycho-educatie, cognitieve herstructurering, zelfcontroletechnieken en exposure technieken (Tactus, 2013). Met name het gebruik van interventies als CGT zijn vanuit de GGZ-richtlijn effectief gebleken op vele domeinen, zowel op korte- als lange termijn (LSMR, 2006; Wilfley et al, 2002). Met deze online behandeling wordt getracht cliënten te motiveren voor de behandeling en het verbeteren van hun eetpatroon. Hierbij is het doel om te komen tot een gestructureerd en evenwichtig voedingspatroon, ontwikkeling van realistische denkbeelden over voeding en het lichaam en het creëren van functionele coping strategieën.

### **Effectiviteit online behandeling bij eetstoornissen**

Vanuit GGZ-richtlijnen zijn geen onderzoeksgegevens bekend voor wat betreft de effecten en/of de risico's van online behandelingen onder cliënten met eetstoornissen (LSMR, 2006). Mogelijk waren destijds geen tot weinig onderzoeksgegevens bekend hierover, omdat in de afgelopen jaren verschillende online interventies ontwikkeld zijn voor cliënten met een eetstoornis. Uit een recentelijk systematisch review is gebleken dat online behandelingen effectief zijn in het verminderen van eetstoornispsychopathologie, eetbuien en purgeren en daarnaast in het verbeteren van de levenskwaliteit (Aardoom et al., 2013). Beschrijving van bijbehorende effectsizes is in verband met vele resultaten vanuit de systematisch review kan niet eenduidig gegeven worden, hiervoor wordt verwezen naar Aardoom et al. (2013). Opmerkelijk hierbij is dat in de meeste onderzoeken met name cliënten met BN en (iets minder frequent) BED zijn meegenomen, wat niet in overeenstemming is met het gegeven dat EDNOS de meest gediagnosticeerde eetstoornis is (Aardoom et al., 2013; Smink, van Hoeken & Hoek, 2012). Eigen onderzoek van Tactus, naar de effectiviteit van de online behandeling Etendebaas, laat zien dat Etendebaas een effectieve behandeling is ter verbetering van eetstoornispsychopathologie ( $d= 1.14$ ), ontevredenheid met het eigen lichaam ( $d= .86$ ) en gepaard gaat met een hoge patiënt tevredenheid (Ter Huurne et al., 2013).

### **Interventie drop-out**

Het bereiken van positieve behandelresultaten bij cliënten met een eetstoornis is mede afhankelijk van de mate waarin cliënten hun behandeling blijven volgen zoals deze wordt bedoeld (Aardoom et al., 2013; Neve, Collins & Morgan 2010; Schlegl, Burger, Schmidt, Herbst & Voderholzer, 2015). Als er sprake is van eenzijdige beëindiging van de behandeling vanuit de cliënt of therapeut, wordt er gesproken van drop-out (Fassino, Pierò, Tomba & Abbate-Daga, 2009). Uit een systematisch review naar drop-out bij individuele face-to-face behandelingen en groepsbehandelingen is, voornamelijk onder cliënten met de eetstoornissen AN en BN, gebleken dat drop-out percentages in een poliklinische setting variëren tussen de 29% en 73% (Fassino et al., 2009). Hierbij bleek de diagnose BN in de poliklinische setting voor een klein aantal studies een voorspeller voor drop-out te zijn. Walsh, Fairburn, Mickley, Sysko & Parides (2004)

beschrijven dat het gevonden drop-outpercentage van 69.2% in hun studie hoog is voor guided self-help settingen voor cliënten met BN. Gebleken is namelijk dat het drop-out percentage onder online (zelfhulp) interventies voor eetstoornissen ligt tussen de 9% en 47.2% (Dölemeyer, Tietjen, Kersting, Wagner, 2013). Het drop-outpercentage (37.6%) van cliënten die de online behandeling Etendebaas gevolgd hebben, blijkt daarmee binnen deze range te liggen. De opgegeven redenen voor drop-out bij online zelf-hulpprogramma's, zijn als volgt: gebrek aan motivatie, energie of tijd, verminderde interesse, geen voordeel zien en tot slot technische moeilijkheden (Leung, Ma & Russel, 2012). Ter Huurne heeft tevens onderzoek gedaan naar de redenen voor drop-out uit de online behandeling Etendebaas, waaruit bleek dat deze betrekking hadden op de inhoud van het behandelingsprogramma, het protocol of de onlinelevering (Ter Huurne et al., 2013).

### **Doelstelling, onderzoeksvragen en relevantie**

Naar aanleiding van de aangetoonde effectiviteit van de online behandeling Etendebaas, heeft Tactus besloten de online behandeling aan te bieden als reguliere zorg. Etendebaas is één van de behandelopties waarvoor een cliënt kan kiezen en die wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Tactus stelt de vraag hoe de huidige behandelresultaten zijn sinds de integratie in de reguliere zorg. De integratie zou mogelijk kunnen hebben geleid tot het aantrekken van een wat andere groep cliënten met andere demografische kenmerken, wat eventueel van invloed zou kunnen zijn op de behandelresultaten. Een andere reden voor onderzoek naar de huidige behandelresultaten is het feit dat het eerdere onderzoek van Ter Huurne in 2013 een randomized controlled trial (RCT) was. Een RCT levert over het algemeen andere onderzoeksresultaten op dan onderzoek in een naturalistische setting (zoals dit onderzoek), doordat er sprake is van een lager drop-out percentage binnen een RCT-studie (Fassino et al., 2009). Ten tweede worden in een RCT in- en exclusiecriteria gehanteerd, waardoor de groepen cliënten kunnen verschillen. Aan de hand van deze criteria wordt gepoogd om homogeniteit te bereiken binnen de onderzoeksdoelgroep. Binnen dit onderzoek in naturalistische setting worden, buiten de door Tactus gestelde voorwaarden voor deelname aan de behandeling, geen in- en exclusiecriteria wat betreft demografische kenmerken opgesteld.

Om na te gaan wat de behandelresultaten van en ervaringen met de verschillende behandelingen zijn, monitort Tactus alle cliënten gedurende de behandeling aan de hand van een Routine Outcome Monitoring (ROM), waarmee per patiënt het behandelresultaat en de ervaring met de gevolgde behandeling in beeld gebracht kunnen worden. Een ROM wordt in de geestelijke gezondheidszorg gebruikt om het functioneren en welbevinden van de patiënt voor, tijdens en na afloop van de behandeling te meten (De Beurs & Zitman, 2005; Aartsen, e.a., 2010).

Aan de hand van de volgende onderzoeksvragen zal middels explorierend onderzoek nagegaan worden wat het huidige behandelresultaat is en in hoeverre dit overeenkomt met de RCT uit 2013:

1. Hoe groot is de drop-out bij de online behandeling Etendebaas?
2. Wat is het behandelresultaat van de online behandeling Etendebaas op het gebied van eetstoornispathologie en lichaamsattitude? En wat zijn de behandelresultaten voor de subgroepen AN, BN, BED en ENDOS, in navolging van de RCT uit 2013?
3. Hoe verhouden de doelgroep, de huidige behandelresultaten en de drop-out zich tot die van de RCT uit 2013?

Tactus verkrijgt met dit onderzoek meer inzicht in de behandelresultaten en drop-out van de door hen geboden online behandeling, waaruit verbeterpunten voortvloeien. Door hierop in te spelen kan mogelijk de kwaliteit van de online behandeling verbeterd worden. Voor cliënten betekent verbetering van de behandelkwaliteit dat het behandelresultaat en de ervaring met online behandeling voor hen verbeterd kunnen worden.

## **Methode**

### **Onderzoeksdesign**

Uitvoering van dit onderzoek was in een naturalistische setting, waarbij de cliënten voorafgaand en afsluitend aan de interventie Etendebaas de vragen uit de ROM ingevuld hebben. Er is tevens gebruik gemaakt van een zogenaamde ‘one-group pretest-posttest’, zonder vergelijking met een controlegroep (Klein Haarhuis, Ooyen-Houben, Kleemans & Leeuw, 2005).

### **Participanten**

Dit onderzoek werd uitgevoerd onder alle cliënten die in de periode van december 2013 tot april 2016 de onlinebehandeling Etendebaas hebben gevolgd. Zij waren de online behandeling Etendebaas begonnen in verband met hun eetproblematiek gerelateerd aan de DSM-4 diagnose AN, BN, BED of EDNOS. Van de in totaal 105 participanten, allen 16 jaar of ouder, had 40% ( $n=42$ ) beide metingen ingevuld.

### **Interventie**

Etendebaas bestaat uit twee delen van 16 behandelmodules met ten minste 21 asynchroon geplande contactmomenten en 10 huiswerkopdrachten (Ter Huurne et al., 2013). In het eerste deel zijn zeven behandelmodules met evenveel therapeutische contactmomenten en vier opdrachten. In dit gedeelte ligt de focus aanvullende diagnostiek en functieonderzoek en start de cliënt met het bijhouden van het eetdagboek (Tactus, 2013). Er wordt later ingegaan op uit te werken aan de hand van gebeurtenissen, gedachten, gevoelens en gedrag. Ook wordt in een latere modules meer aandacht besteed op de gedachten en stilgestaan bij de voor-

en nadelen van het eetprobleem. De cliënt ontvangt steeds feedback van de behandelaar na iedere module. Na afloop van dit deel ontvangen zij een samenvatting van dit deel en een mail van de diëtist. Multidisciplinair wordt de diagnostiek besproken en gekeken of vervolg van de behandeling mogelijk is (Tactus, 2013).

Het tweede deel van de behandeling bestaat uit ten minste zes opdrachten en negen behandelmodules. Gestart wordt met het opstellen van doelen, waarop de diëtist ook feedback geeft en eventueel nog tips en adviezen aanbied (Tactus, 2013). Op deze doelen kan de cliënt dagelijks evalueren in het eetdagboek. In dit deel komen ook onderwerpen aan bod genaamd ‘gewoontes doorbreken’, ‘anders denken’ en ‘anders doen’. Bij deze modules horen opdrachten, waarop de cliënt feedback en psycho-educatieve berichten ontvangt. Na deze modules wordt geprobeerd het zelfbeeld van de cliënt versterken, waarna de laatste drie modules volgen. Bij deze modules genaamd ‘beslissingen’, ‘actieplan’ en ‘afsluiting’ wordt gefocust op het voorkomen van terugval en de afsluiting van de behandeling (Tactus, 2013). Voor een uitgebreide beschrijving van de interventie en afronding na de laatste modules wordt verwezen naar ‘Appendix 1: Beschrijving van Etendebaas.nl’.

## **Procedure**

Alle geïncludeerde cliënten hadden middels zelfselectie gekozen voor de online behandeling Etendebaas om meer te weten te komen over hun eetgedrag, aan hun eetgedrag te werken of om terugval in eetproblemen te voorkomen (Tactus, n.d.). De eetstoornis diagnoses volgens de DSM-4 werden vastgesteld middels de in de ROM geïntegreerde EDQ-O, relevante baseline gegevens en eventueel aanvullende vragen via email. Aangetoond is dat de zelfrapportagevragenlijst EDQ-O een valide instrument is voor classificatie van alle eetstoornisdiagnoses (Ter Huurne et al., 2015). Aanvullend werden andere baseline gegevens gebruikt zoals BMI en ingevulde EDE-Q. Bij twijfel over de diagnose ontvingen participanten aanvullende vragen via de e-mail. Op basis van de antwoorden op deze vragen werd uiteindelijk een definitieve diagnose gesteld door de psycholoog en onderzoeker. Allen zijn zij de interventie gestart en het traject afgesloten in de periode van december 2013 tot april 2016. Gedurende de aanmelding hebben de cliënten een intakevragenlijst (ROM) ingevuld, waarna zij de online behandeling konden starten. Daarbij tekenden zij ook een behandelovereenkomst, met daarin de behandelvoorwaarden inclusief akkoord voor het geanonimiseerd gebruik van hun behandeluitkomsten voor onderzoeksdoeleinden. Als tussentijds bleek dat een deelnemer niet voldoende gebaat was bij de online interventie en wel verdere hulp nodig had, werd in overleg met de therapeut besproken welke behandeling meer geschikt zou zijn. Mogelijke opties waren face-to-face behandeling met een professional (therapeut of diëtist), dagopvang, of opname in een gespecialiseerde eetstoornis instelling (Tactus, n.d.). Na de interventie werd de cliënten nogmaals gevraagd de ROM-vragenlijst in te vullen, ook wanneer zij de interventie niet in zijn geheel voltooid hadden. De

behandelgegevens werden door Tactus verzameld in het Elektronisch Cliënten Dossier (EDP), genaamd 'User'. Omwille van dit onderzoek werden deze datagegevens opgevraagd en aangeleverd in een geanonimiseerd databestand.

## **Meetinstrumenten**

Het behandelresultaat werd gemeten met twee in de ROM geïmplementeerde vragenlijsten, namelijk de EDE-Q en de LAV.

### *EDE-Q: Eating Disorder Examination-Questionnaire*

De Eating Disorder Examination-Questionnaire is een zelfrapportagevragenlijst, welke is afgeleid van het EDE interview (Fairburn & Beglin, 1994). Met de EDE-Q wordt middels 22 items de kernpathologie van eetstoornissen uitgevraagd, waarbij eetbuïen en gewichtscontrolemaatregelen geoperationaliseerd zijn aan de hand van de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). De items zijn onder te verdelen in vier schalen, namelijk; lijnen, piekeren over eten, piekeren over lichaamsvorm en piekeren over gewicht (Fairburn & Beglin, 1994). Op een zespunts-likertschaal met categorieën van '0 dagen' tot '28 dagen' of van 'helemaal niet' tot 'duidelijk' wordt de frequentie aangegeven. Hierbij indiceert een hogere schaalscore een hogere ernst of frequentie van het desbetreffende symptoom. De originele Engelstalige EDE-Q is herhaaldelijk als een betrouwbaar en valide instrument beoordeeld (Luce, Crowther & Pole, 2008; Mond, Hay, Rodgers, Owen & Beumont, 2004). Daarnaast is de EDE-Q de enige zelfrapportage vragenlijst voor eetstoornissen waarmee het mogelijk is om onderscheid te maken tussen verschillende vormen van overeten en eetbuïen, waarvoor normen beschikbaar zijn voor mannen (18-26 jaar), vrouwen en adolescente meisjes (Luce, Crowther & Pole, 2008; Mond, Hay, Rodgers & Owen, 2006; Carter, Aimé & Mills, 2001; Lavender, De Young & Anderson, 2010). De Nederlandse versie van de EDE-Q is beschikbaar, maar tot op heden nog niet door de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) beoordeeld op validiteit en betrouwbaarheid (Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 2011). Tevens bleek de Nederlandse EDE-Q uit dit onderzoek een valide instrument te zijn voor het meten van eetstoornispsychopathologie en erg accuraat in het onderscheiden van vrouwen met en zonder eetstoornis (Aardoom, Dingemans, Slof Op't Landt, Van Furth, 2012). Wel bleek de factorstructuur minder accuraat aangezien in onderzoek van Aardoom et al. (2012) de vier factoren 61.92% van de variantie verklaarde. Hierdoor is enige voorzichtigheid geboden in de interpretatie van de subschalen.

### *LAV: Lichaamsattitude Vragenlijst*

De Lichaamsattitude Vragenlijst is een Nederlandse vertaling van de door Probst ontwikkelde Body Attitude Test (BAT) (Probst, Van Coppenolle & Vandereycken, 1998; Probst, Vandereycken, Van Coppenolle & Vanderlinden, 1995). Door middel van 20 items wordt de subjectieve beleving en houding

van de patiënt ten opzichte van het lichaam in kaart gebracht. Er kan antwoord gegeven worden op een zes-puntschaal met een frequentie van ‘Altijd’ tot ‘Nooit’. Voor de LAV geldt een maximale score van 100 en wordt vanaf een score van 36 gesproken van een abnormale lichaamsattitude. Hierbij geeft de hoogte van de score een indicatie voor de mate van de verstoring in de lichaamsbeleving (Probst, et al., 1998). Aangetoond is dat de LAV voldoende differentieert tussen vrouwen met en zonder eetstoornis, valide en betrouwbaar is en gemakkelijk in een korte tijd ingevuld kan worden (Probst, et al., 1995; Probst, et al., 1998). Ook hebben de schalen een goede interne consistentie ( $r = .93$  in totaal; de variatie tussen schalen loopt van  $r = .55$  tot  $r = .90$ ). De LSMR geeft aan dat deze vragenlijst in de praktijk veel gebruikt wordt en dat vanuit de werkgroep wordt aanbevolen de LAV te gebruiken ter evaluatie van de behandeling (LSMR, 2006).

#### *Drop-out*

Voor de beschrijving van drop-out werden twee definities gehanteerd, namelijk ‘completers’ of ‘non-completers’. Deelnemers werden beschouwd als ‘completers’ wanneer zij alle 10 de opdrachten hadden voltooid en ten minste 21 sessies hadden volbracht. Wanneer hier niet aan werd voldaan, werd een participant beschouwd als ‘non-completer’. Voor ‘completers’ die de ROM niet afgerond hadden zijn geen onderscheidende termen gehanteerd, aangezien dit slechts 3 participanten betrof.

#### **Analyse**

De meeste onderzoeksvragen zijn getoetst met behulp van statistische analyses, uitgevoerd aan de hand van SPSS 22. Voor de eerste onderzoeksvraag, over het percentage drop-out, is gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek middels verkregen frequenties en percentages. Daarbij is gekeken naar eventuele verschillen in geslacht en diagnose tussen completers en non-completers, aan de hand van de chi-kwadraat uitgevoerd. Een Independent Sample T-test is uitgevoerd om na te gaan of er sprake is van een verschil in leeftijd tussen de completers en non-completers. Tenslotte zijn de resultaten van completers en non-completers op de voormeting zijn vergeleken aan de hand van een Independent sample T-test, aangezien iedereen die de interventie gestart is de voormeting had ingevuld. Voor de derde onderzoeksvraag, over een eventueel verschil in de behandelresultaten tussen de voormeting en de nameting, zijn verschillende analyses toegepast. Om te beginnen werden beide metingen vergeleken onder de groep ‘completers-only’, waarvoor de Paired Sample T-test is uitgevoerd voor de totale respondentengroep en per diagnose. Daarna werden de behandelresultaten van alle respondenten met een ‘intention to treat’ (ITT) geanalyseerd, waarvoor Mixed models voor repeated measures is gebruikt. Deze analyse is bruikbaar wanneer sprake is van ontbrekende data, aangezien deze op statistische wijze worden verwerkt (Bell & Faicrough, 2014). De gevonden geschatte waarden ( $M$ ,  $SD$  en  $n$ ) van de nameting werden gebruikt om de effectsizes (Cohen’s  $d$ ) te berekenen in een excel bestand verkregen van Tactus, waarin de formule hiervoor was

voorgeprogrammeerd. Om dezelfde reden is voor de vierde deelvraag tevens deze toets gebruikt, waarbij in de vergelijking onderscheid werd gemaakt in de groepen ‘completers’ en ‘non-completers’. Tenslotte is de laatste deelvraag, betreffende de vergelijking van de huidige behandelresultaten met de behandelresultaten uit de uitgevoerde RCT in 2013, beantwoord aan de hand van beschrijvende statistiek.

## Resultaten

### Achtergrondgegevens

Te zien in tabel 1 is dat de groep van 105 respondenten met name bestond uit vrouwen (95.2%) en de gemiddelde leeftijd 35.4 jaar was ( $SD= 11.4$ ; max=68, min=16). De meesten daarvan hadden een hoog opleidingsniveau (41.9%) en EDNOS was de meest voorkomende diagnose (45.7%). De gemiddelde behandelduur was 27 weken ( $SD=6.2$ ), waarbij het kortste traject 10 weken en het langste 41 weken was.

Gekeken naar de resultaten van de EDE-Q in de onderstaande tabel (tabel 1), komt de gemiddelde totaalscore bij de voormeting op 3.5 op de ‘EDE-Q totaal’. De gemiddelde score op de totale ‘EDE-Q totaal’ was het hoogst voor de AN subgroep en het laagst voor de EDNOS subgroep.

Op de LAV indiceerde een score vanaf 36 een ‘abnormale lichaamsattitude’. In tabel 1 is te zien dat de totaalscore van 58.1 ruim boven deze grensscore uitkwam. Daarbij was de gemiddelde score op de LAV het hoogst voor de subgroep BED en het laagst voor de subgroep BN.

Tabel 1

#### Demografische kenmerken en baseline gegevens voor totale groep en per diagnose

| Variabelen en tests                          | Totaal      | AN          | BN          | BED         | EDNOS       |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>n</b>                                     | 105         | 3 (2.9%)    | 15 (14.3%)  | 39 (37.1%)  | 48 (45.7 %) |
| <b>Leeftijd (jaren), gemiddelde (SD)</b>     | 35.4 (11.4) | 33.0 (5.0)  | 34.7 (3.3)  | 40.9 (3.8)  | 36.0 (2.8)  |
| <b>Geslacht</b>                              |             |             |             |             |             |
| Man  | 5 (4.8%)    | 0 (0.0%)    | 0 (0.0%)    | 4 (10.3%)   | 1 (2.1%)    |
| Vrouw  | 100 (95.2%) | 3 (100%)    | 15 (100%)   | 35 (89.7%)  | 47 (97.9%)  |
| <b>Opleiding</b>                             |             |             |             |             |             |
| Laag <sup>1</sup>                            | 20 (19.0%)  | 1 (33.3%)   | 3 (20.0%)   | 8 (20.5%)   | 8 (16.7%)   |
| Midden <sup>2</sup>                          | 41 (39.0%)  | 0 (0.0%)    | 5 (33.3%)   | 17 (43.6%)  | 19 (39.6%)  |
| Hoog <sup>3</sup>                            | 44 (41.9%)  | 2 (66.6%)   | 7 (46.6%)   | 14 (35.9%)  | 21 (43.8%)  |
| <b>Behandelduur (weken), gemiddelde (SD)</b> | 26.9 (6.2)  | 27.0 (-)*   | 25.5 (3.5)  | 25.8 (2.0)  | 27.0 (1.1)  |
| <b>EDE-Q totaal, gemiddelde (SD) (0-6)</b>   | 3.5 (0.9)   | 3.9 (0.4)   | 3.6 (0.7)   | 3.6 (0.8)   | 3.3 (1.1)   |
| Lijnen (0-6)                                 | 2.3 (1.5)   | 3.8 (0.7)   | 3.1 (1.4)   | 1.8 (1.3)   | 2.4 (1.7)   |
| Piekeren over eten (0-6)                     | 2.9 (1.3)   | 3.3 (0.5)   | 2.8 (1.2)   | 3.4 (1.2)   | 2.6 (1.3)   |
| Piekeren over lichaam (0-6)                  | 4.5 (1.1)   | 4.6 (1.1)   | 4.4 (1.0)   | 4.8 (0.9)   | 4.4 (1.2)   |
| Piekeren over gewicht (0-6)                  | 4.2 (1.0)   | 4.1 (0.1)   | 4.0 (1.1)   | 4.5 (1.0)   | 4.0 (1.1)   |
| <b>LAV totaal , gemiddelde (SD) (0-100)</b>  | 58.1 (16.9) | 58.0 (12.3) | 53.1 (14.8) | 65.1 (15.9) | 54.0 (17.0) |

\* *Noot.* Voor AN kon geen SD berekend worden aangezien slechts 1 respondent de behandeling had afgerond

- 1) Laag: Basisschool of LBO/MAVO
- 2) Midden: HAVO/VWO of mbo
- 3) Hoog: hbo of WO



## Drop-out

In tabel 2 is te zien dat van de 105 cliënten meer dan de helft ( $n= 60, 57.1\%$ ) de behandeling niet had afgerond en niemand van deze ‘non-completers’ een nameting ingevuld had. De nametingen waren alleen ingevuld door completers ( $n= 45, 42.9\%$ ), slechts 3 van hen hadden deze niet ingevuld.

Voor de variabelen geslacht, leeftijd en diagnose werden tussen completers en non-completers geen significante verschillen gevonden (tabel 2). Completers bleken daarentegen wel vaker een hoog opleidingsniveau te hebben dan non-completers ( $X^2= 6.77, df= 2, P= .03$ ). Zij hadden vaker een middelhoog opleidingsniveau. In beide groepen kwam een laag opleidingsniveau het minst voor.

In de tabel 2 is tevens te zien dat er voor alle schalen van de EDE-Q geen significante verschillen waren tussen de groepen completers en non-completers op de voormeting. Op de ‘LAV totaal’ hadden non-completers op de voormeting een significant negatievere lichaamsattitude dan completers.

Tabel 2

### *Demografische en baseline gegevens van completers en non-completers (n=105)*

| Omschrijving                      | Completers  |          | Non-completers |         | <i>t</i> | <i>Df</i> | <i>P</i> |
|-----------------------------------|-------------|----------|----------------|---------|----------|-----------|----------|
| <b>Aantal (totaal n=105)</b>      | 45          | (42.9 %) | 60             | (57.1%) |          |           |          |
| <b>Ingevulde metingen</b>         |             |          |                |         |          |           |          |
| Voormeting                        | 45          | (100%)   | 60             | (100%)  |          |           |          |
| Nameting/beide metingen           | 42          | (80.8%)  | 0              | (0.0%)  |          |           |          |
| <b>Geslacht</b>                   |             |          |                |         |          |           |          |
| Man                               | 1           | (2.2%)   | 4              | (6.7%)  |          |           |          |
| Vrouw                             | 44          | (97.8%)  | 56             | (93.3%) |          |           |          |
| <b>Leeftijd (jaren), gem (SD)</b> | 36.7        | (12.21)  | 43.4           | (10.81) |          |           |          |
| <b>Opleiding*</b>                 |             |          |                |         |          |           |          |
| Laag, n (%)                       | 5           | (11.1%)  | 15             | (25.0%) |          |           |          |
| Midden, n (%)                     | 15          | (33.3%)  | 26             | (43.3%) |          |           |          |
| Hoog, n (%)                       | 25          | (55.6%)  | 19             | (31.7%) |          |           |          |
| <b>Type eetstoornis</b>           |             |          |                |         |          |           |          |
| Diagnose AN                       | 1           | (2,2%)   | 2              | (3,3%)  |          |           |          |
| Diagnose BN                       | 6           | (13,3%)  | 9              | (15,0%) |          |           |          |
| Diagnose BED                      | 14          | (31,1%)  | 25             | (41,7%) |          |           |          |
| Diagnose EDNOS                    | 24          | (53,3%)  | 24             | (40,0%) |          |           |          |
| <b>EDE-Q totaal</b>               | 3.4 (0.9)   |          | 3.6 (0.9)      |         | -1.00    | 103       | .318     |
| Lijnen                            | 2.3 (1.6)   |          | 2.3 (1.5)      |         | -0.15    | 103       | .882     |
| Piekeren over eten                | 2.9 (1.1)   |          | 3.0 (1.4)      |         | -0.60    | 103       | .553     |
| Piekeren over lichaam             | 4.3 (1.1)   |          | 4.7 (1.0)      |         | -1.63    | 103       | .106     |
| Piekeren over gewicht             | 4.1 (1.1)   |          | 4.3 (1.0)      |         | -8.26    | 103       | .411     |
| <b>LAV Totaal</b>                 | 53.7 (15.9) |          | 61.4 (16.9)    |         | -2.38    | 103       | .019*    |

*Noot.* \*  $P < .05$ . significant verschil tussen completers en non-completers

## Behandelresultaten

### Completers

Behandelresultaten voor alleen de ‘completers’ zijn geanalyseerd met een Paired Sample T-test. Voor de diagnose AN (n=3) was analyse van eventuele verschillen tussen de meetmomenten niet mogelijk was, aangezien slechts 1 respondent de nameting ingevuld had.

Gekeken naar tabel 3 bleek voor alle completers een significante afname op alle schalen van de EDE-Q. Ook is te zien dat dit voor alle diagnoses hetzelfde was, alleen laten resultaten op de schaal ‘lijnen’ geen significante afname zien voor de subgroepen BN en BED.

Voor de LAV blijkt de totaalscore op de nameting in vergelijking met de voormeting significant gedaald onder de totale groep completers en de subgroepen BN en EDNOS. Alleen voor de subgroep BED werd geen significante afname aangetoond. Ondanks de significante afname, lagen alle gemiddeldes op zowel de voor- als de nameting nog boven de grenswaarde van 36. Hierop bleek alleen de subgroep BN een uitzondering, met een gemiddelde score van 31 hadden zij na de behandeling een ‘normale lichaamsattitude’.

Tabel 3

*Behandelresultaten van completers (BN n=6, BED n=12, EDNOS n=23)*

|                                    | Voormeting<br>gem (SD) | Nameting<br>gem (SD) | t   | df | P      |
|------------------------------------|------------------------|----------------------|-----|----|--------|
| <b>EDE-Q totaal</b>                | 3.3 (0.9)              | 2.1 (1.2)            | 9.4 | 41 | <.01*  |
| BN                                 | 3.3 (0.5)              | 1.3 (0.9)            | 5.5 | 5  | <.01*  |
| BED                                | 3.3 (0.7)              | 2.2 (1.1)            | 5.6 | 11 | <.001* |
| EDNOS                              | 3.3 (1.1)              | 2.1 (1.2)            | 6.4 | 22 | <.001* |
| <b>EDE-Q lijnen</b>                | 2.2 (1.5)              | 1.6 (1.3)            | 3.3 | 41 | <.001* |
| BN                                 | 2.4 (1.3)              | 1.2 (1.3)            | 2.1 | 5  | .088   |
| BED                                | 1.5 (1.0)              | 1.0 (1.0)            | 1.1 | 11 | .297   |
| EDNOS                              | 2.5 (1.7)              | 1.9 (1.3)            | 2.5 | 22 | .019*  |
| <b>EDE-Q piekeren over eten</b>    | 2.8 (1.1)              | 1.4 (1.2)            | 8.5 | 41 | <.001* |
| BN                                 | 2.6 (1.1)              | 0.6 (0.6)            | 4.2 | 5  | <.01*  |
| BED                                | 3.2 (1.0)              | 1.9 (1.2)            | 6.5 | 11 | <.001* |
| EDNOS                              | 2.6 (1.1)              | 1.2 (1.1)            | 5.4 | 22 | <.001* |
| <b>EDE-Q piekeren over lichaam</b> | 4.3 (1.2)              | 2.7 (1.6)            | 8.3 | 41 | <.001* |
| BN                                 | 3.9 (0.9)              | 1.6 (1.1)            | 5.1 | 5  | <.01*  |
| BED                                | 4.4 (1.1)              | 3.0 (1.7)            | 4.4 | 11 | <.01*  |
| EDNOS                              | 4.3 (1.3)              | 2.7 (1.6)            | 5.9 | 22 | <.001* |
| <b>EDE-Q piekeren over gewicht</b> | 4.1 (1.1)              | 2.5 (1.4)            | 7.3 | 41 | <.001* |
| BN                                 | 4.1 (0.8)              | 1.8 (1.2)            | 5.0 | 5  | <.01*  |
| BED                                | 4.0 (1.0)              | 2.8 (1.5)            | 3.1 | 11 | <.05*  |
| EDNOS                              | 4.0 (1.3)              | 2.5 (1.4)            | 5.2 | 22 | <.001* |
| <b>LAV Totaal</b>                  | 53.1 (16.0)            | 40.7 (16.7)          | 5.9 | 41 | <.001* |
| BN                                 | 45.3 (16.4)            | 31.3 (14.0)          | 3.8 | 5  | <.01*  |
| BED                                | 54.8 (15.4)            | 43.8 (15.6)          | 2.1 | 11 | .061   |
| EDNOS                              | 53.8 (16.6)            | 40.3 (16.9)          | 5.5 | 22 | <.001* |

*Noot.* \* P < .05. nameting is significant lager dan de voormeting

### Behandelresultaat intention to treat

In de tabel 4 zijn de resultaten weergegeven van de ITT-analyse, waarin de behandelresultaten van de completers en non-completers zijn opgenomen. Hiervoor is gebruik gemaakt van ‘Mixed models for repeated measures’. Voor AN was deze analyse niet mogelijk, aangezien deze groep te klein was ( $n=3$ ).

Voor de totale respondentgroep en alle subgroepen werden significante afnames gevonden op alle schalen van EDE-Q en de LAV. Voor de totale EDE-Q en de LAV bleken tevens grote effecten, met name voor de subgroep BN. Deze subgroep kwam net niet onder de grenswaarde voor indicatie van een normale lichaamsattitude. De kleinste effecten werden aangetoond voor de subgroep EDNOS (klein tot zeer groot) en de schaal ‘lijnen’ (klein tot gemiddeld effect).

In vergelijking met de resultaten voor alleen de completers-only analyse, werden in de ITT analyses enkele significante resultaten extra gevonden. Voor de respondenten met de diagnose BED werden in de ITT analyses significante afnames gevonden voor de schalen ‘lijnen’ en de LAV. En voor de BN subgroep bleek ook een significante afname op de LAV totaal.

Tabel 4  
Behandelresultaten en effectgrootte van de ITT-analyse

|                                    | Voormeting |             | Nameting |             | <i>F</i> | <i>df</i> | <i>P</i> | <i>d</i> |
|------------------------------------|------------|-------------|----------|-------------|----------|-----------|----------|----------|
|                                    | <i>n</i>   | Gem (SD)    | <i>n</i> | Gem (SD)    |          |           |          |          |
| <b>EDE-Q totaal</b>                | 105        | 3.5 (0.9)   | 55       | 2.2 (1.1)   | 93.5     | 41        | <.001*   | 1.34     |
| BN                                 | 15         | 3.6 (0.7)   | 6        | 1.4 (0.9)   | 34.6     | 5         | <.01*    | 2.99     |
| BED                                | 39         | 3.6 (0.8)   | 18       | 2.6 (1.0)   | 28.9     | 11        | <.001*   | 1.28     |
| EDNOS                              | 48         | 3.3 (1.1)   | 31       | 2.1 (1.2)   | 43.2     | 23        | <.001*   | 1.13     |
| <b>EDE-Q lijnen</b>                | 105        | 2.3 (1.5)   | 52       | 1.6 (1.3)   | 15.5     | 51        | <.001*   | .48      |
| BN                                 | 15         | 3.1 (1.4)   | 6        | 1.4 (1.2)   | 9.4      | 6         | <.05*    | 1.28     |
| BED                                | 39         | 1.8 (1.3)   | 12       | 1.0 (1.0)   | 4.7      | 16        | <.05*    | .67      |
| EDNOS                              | 48         | 2.4 (1.7)   | 34       | 1.9 (1.3)   | 7.4      | 29        | <.05*    | .37      |
| <b>EDE-Q piekeren over eten</b>    | 105        | 2.9 (1.3)   | 46       | 1.5 (1.2)   | 85.7     | 45        | <.001*   | 1.17     |
| BN                                 | 15         | 2.8 (1.2)   | 6        | 0.7 (0.6)   | 35.6     | 10        | <.001*   | 2.12     |
| BED                                | 39         | 3.4 (1.2)   | 19       | 2.1 (1.2)   | 42.8     | 11        | <.001*   | 1.11     |
| EDNOS                              | 48         | 2.6 (1.3)   | 25       | 1.2 (1.1)   | 33.2     | 26        | <.001*   | 1.10     |
| <b>EDE-Q piekeren over lichaam</b> | 105        | 4.5 (1.1)   | 54       | 2.9 (1.6)   | 72.0     | 41        | <.001*   | 1.29     |
| BN                                 | 15         | 4.4 (1.0)   | 6        | 1.7 (1.0)   | 37.1     | 6         | <.01*    | 2.84     |
| BED                                | 39         | 4.8 (0.9)   | 16       | 3.4 (1.5)   | 18.4     | 11        | <.01*    | 1.30     |
| EDNOS                              | 48         | 4.4 (1.2)   | 29       | 2.8 (1.3)   | 36.0     | 23        | <.001*   | 1.28     |
| <b>EDE-Q piekeren over gewicht</b> | 105        | 4.2 (1.0)   | 47       | 2.6 (1.4)   | 62.1     | 43        | <.001*   | 1.36     |
| BN                                 | 15         | 4.0 (1.1)   | 6        | 1.7 (1.1)   | 24.3     | 5         | <.01*    | 2.14     |
| BED                                | 39         | 4.5 (1.0)   | 13       | 3.1 (1.5)   | 11.7     | 11        | <.01*    | 1.25     |
| EDNOS                              | 48         | 4.0 (1.1)   | 26       | 2.5 (1.4)   | 30.0     | 24        | <.001*   | 1.24     |
| <b>LAV Totaal</b>                  | 105        | 58.1 (16.9) | 55       | 44.1 (7.4)  | 48.4     | 44        | <.001*   | .84      |
| BN                                 | 15         | 53.1 (14.7) | 10       | 36.9 (13.1) | 23.7     | 6         | <.01*    | 1.20     |
| BED                                | 39         | 65.1 (15.9) | 13       | 47.0 (15.7) | 15.2     | 13        | <.01*    | 1.16     |
| EDNOS                              | 48         | 54.0 (17.0) | 33       | 40.5 (17.2) | 31.9     | 23        | <.001*   | .80      |

Noot. \*  $P < .05$ . significant verschil tussen voormeting en nameting

## Vergelijking RCT

### Respondentgegevens

Gekeken naar de respondentkenmerken (tabel 5) lag de gemiddelde leeftijd in vergelijking met de RCT 4.0 jaar hoger in dit onderzoek. In beide onderzoeken waren de opleidingsniveaus vergelijkbaar: in beide onderzoeken waren de meeste respondenten hoger geschoold en de minste laag geschoold. In verhouding met de RCT lag het aandeel hoger opgeleiden in de RCT wat hoger en het aantal lager opgeleiden wat lager dan in dit onderzoek. Ondanks gerandomiseerde stratificatie voor de subgroepen in de RCT, kwamen de grootte van de subgroepen procentueel gezien redelijk overeen. Het grootste verschil bleek ongeveer 6% voor de subgroep BN, die tevens in beide onderzoeken het minst naar voren kwam. Hierbij was de subgroep AN buiten beschouwing gelaten, aangezien deze in de RCT niet meegenomen was.

Tabel 5

*Vergelijking van respondentgegevens en drop-out (RCT n=205; Huidig onderzoek n=105)*

| Omschrijving  | RCT           | Huidig onderzoek |
|---|---------------|------------------|
| Leeftijd (gem, SD)                                    | 35.4 (11.4)   | 39.4 (11.6)      |
| <b>Diagnose</b>                                       |               |                  |
| AN  | -             | 2.9%             |
| BN  | 20.6%         | 14.3%            |
| BED   | 39.7%         | 37.1%            |
| EDNOS   | 39.7%         | 45.7%            |
| <b>Opleidingsniveau</b>                               |               |                  |
| Laag  | 11.7%         | 19.0%            |
| Midden  | 37.4%         | 39.0%            |
| Hoog  | 50.9%         | 41.9%            |
| <b>Non-completers (n=205/n=105)</b>                   | 37.6 %        | 57.1 %           |
| AN  | -             | 2.2%             |
| BN  | 26.0 %        | 13.3%            |
| BED   | 39.0 %        | 31.1%            |
| EDNOS   | 35.1 %        | 53.3%            |
| <b>Nameting ingevuld (n=205/n=105)</b>                | 87.3% (n=179) | 40.0% (n=42)     |
| Verhouding completers vs. non-completers (n=179/n=42) | 70.4% - 29.6% | 100% - 0%        |

### Drop-out en nameting

De interventiedrop-out is in de RCT verhoudingsgewijs lager dan in het huidige onderzoek (tabel 5). Het percentage respondenten die de nameting ingevuld had, lag in de RCT bijna tweemaal zo hoog. Daarbij was er een groot verschil tussen de verhouding van het aantal completers en non-completers die de nameting ingevuld hadden. In dit onderzoek waren alle nametingen door de completers ingevuld, terwijl dit in de RCT ongeveer 2/3 was en daarmee 1/3 ingevuld was door de non-completers.

### *Behandelresultaten intention to treat*

In tabel 6 zijn de resultaten weergegeven van de metingen uit beide onderzoeken van de totale groep participanten, geanalyseerd met een ITT-analyse. In zowel het huidige onderzoek als in de RCT werd een significante afname gevonden tussen beide meetmomenten op het gebied van eetstoornispathologie en negatieve lichaamsattitude. Wel werden in dit huidige onderzoek grotere effecten gevonden dan in de RCT.

Gekeken naar de resultaten op de LAV lagen de resultaten op de voormeting in beide onderzoeken redelijk dicht bij elkaar, maar was het verschil met de nameting in dit onderzoek groter in vergelijking met de RCT (tabel 6). Ondanks de in beide onderzoeken aangetoonde afname, overschreden de gemiddeldes op beide metingen nog wel de grensscore van 36.

Tabel 6

*Vergelijking tussen de behandelresultaten van het huidige onderzoek (HO) en de RCT op gemiddelde (SD) van de ITT-analyse*

| Omschrijving          | Resultaten totale respondentengroep |             |             |          |
|-----------------------|-------------------------------------|-------------|-------------|----------|
|                       |                                     | Voor        | Na          | <i>d</i> |
| <b>EDE-Q totaal</b>   | HO*                                 | 3.5 (0.9)   | 2.2 (1.1)   | 1.34     |
|                       | RCT*                                | 3.5 (0.9)   | 2.6 (1.2)   | .82      |
| Lijnen                | HO*                                 | 2.3 (1.5)   | 1.6 (1.3)   | .48      |
|                       | RCT*                                | 2.7 (1.3)   | 2.2 (1.4)   | .39      |
| Piekeren over eten    | HO*                                 | 2.9 (1.3)   | 1.5 (1.2)   | 1.17     |
|                       | RCT*                                | 2.8 (1.2)   | 1.7 (1.3)   | .83      |
| Piekeren over lichaam | HO*                                 | 4.5 (1.1)   | 2.9 (1.6)   | 1.29     |
|                       | RCT*                                | 4.4 (1.1)   | 3.4 (1.4)   | .82      |
| Piekeren over gewicht | HO*                                 | 4.2 (1.0)   | 2.6 (1.4)   | 1.36     |
|                       | RCT*                                | 4.0 (1.1)   | 3.1 (1.2)   | .73      |
| <b>LAV totaal</b>     | HO*                                 | 58.1 (16.9) | 44.1 (7.4)  | .84      |
|                       | RCT*                                | 58.4 (14.9) | 50.5 (17.6) | .49      |

*Noot.* \*p < .05. nameting is significant lager dan de voormeting

In tabel 7 is te zien dat er in het huidige onderzoek voor alle diagnoses een significante afname was in eetstoornispsychopathologie en negatieve lichaamsattitude. Vergeleken met de RCT werden grotendeels dezelfde resultaten gevonden, maar waren de effecten in dit onderzoek groter. In dit onderzoek werden tevens meer significante verschillen gevonden, aangezien in de RCT voor de subgroep BN geen significante afnames gevonden werden in piekeren over gewicht en de op de LAV. Ook werd in de RCT voor de subgroep EDNOS geen significant verschil gevonden voor wat betreft lijnen.

Tabel 7

Vergelijking behandelresultaten tussen het huidige onderzoek (HO) en de RCT op gemiddelde (SD) van de ITT-analyse per diagnose

|                       |     | BN          |              |          | BED         |              |          | EDNOS       |              |          |
|-----------------------|-----|-------------|--------------|----------|-------------|--------------|----------|-------------|--------------|----------|
|                       |     | Voor        | Na           | <i>d</i> | Voor        | Na           | <i>d</i> | Voor        | Na           | <i>d</i> |
| <b>EDE-Q totaal</b>   | HO  | 3.6 (0.7)   | 1.4 (0.9)*   | 2.99     | 3.6 (0.8)   | 2.6 (1.0)*   | 1.28     | 3.3 (1.1)   | 2.1 (1.2)*   | 1.13     |
|                       | RCT | 3.9 (1.0)   | 2.9 (1.1)*   | .94      | 3.5 (0.8)   | 3.1 (1.4)*   | .87      | 3.2 (0.8)   | 2.5 (1.1)*   | .76      |
| Lijnen                | HO  | 3.1 (1.4)   | 1.4 (1.2)*   | 1.28     | 1.8 (1.3)   | 1.0 (1.0)*   | .67      | 2.4 (1.7)   | 1.9 (1.3)*   | .37      |
|                       | RCT | 3.3 (1.3)   | 2.6 (1.2)*   | .64      | 2.5 (1.4)   | 2.6 (1.3)*   | .42      | 2.6 (1.2)   | 2.3 (1.3)    | .26      |
| Piekeren over eten    | HO  | 2.8 (1.2)   | 0.7 (0.6)*   | 2.12     | 3.4 (1.2)   | 2.1 (1.2)*   | 1.11     | 2.6 (1.3)   | 1.2 (1.1)*   | 1.10     |
|                       | RCT | 3.3 (1.1)   | 1.9 (1.1)*   | 1.30     | 3.1 (1.2)   | 1.9 (1.5)*   | .86      | 2.2 (1.1)   | 1.4 (1.2)*   | .70      |
| Piekeren over lichaam | HO  | 4.4 (1.0)   | 1.7 (1.0)*   | 2.84     | 4.8 (0.9)   | 3.4 (1.5)*   | 1.30     | 4.4 (1.2)   | 2.8 (1.3)*   | 1.28     |
|                       | RCT | 4.7 (1.2)   | 3.8 (1.5)*   | .67      | 4.5 (1.0)   | 2.0 (1.4)*   | .76      | 4.1 (1.0)   | 3.2 (1.4)*   | .72      |
| Piekeren over gewicht | HO  | 4.0 (1.1)   | 1.7 (1.1)*   | 2.14     | 4.5 (1.0)   | 3.1 (1.5)*   | 1.25     | 4.0 (1.1)   | 2.5 (1.4)*   | 1.24     |
|                       | RCT | 4.4 (1.3)   | 3.5 (1.6)    | .62      | 4.1 (0.9)   | 3.5 (1.6)*   | .83      | 3.8 (1.1)   | 3.0 (1.3)*   | .73      |
| <b>LAV totaal</b>     | HO  | 53.1 (14.7) | 36.9 (13.1)* | 1.20     | 65.1 (15.9) | 47.0 (15.7)* | 1.16     | 54.0 (17.0) | 40.5 (17.2)* | .80      |
|                       | RCT | 58.6 (18.6) | 51.1 (17.9)  | .39      | 60.5 (15.0) | 53.9 (19.5)* | .38      | 56.5 (12.6) | 46.8 (14.9)* | .71      |

*Noot.* \* $p < .05$ . nameting is significant lager dan de voormeting

## Discussie

Sinds de integratie van Etendebaas in de reguliere zorg, naar aanleiding van aangetoond effect van de behandeling in de RCT uit 2013, was Tactus benieuwd naar de huidige behandelresultaten en hoe deze zich verhouden tot de resultaten van de RCT. Daarbij was tevens de vraag hoe groot de huidige drop-out bij de online interventie is, wat momenteel wat hoger blijkt te liggen in vergelijking met studies naar online interventies en de RCT. Tevens is gebleken dat Etendebaas leidt tot significante verbetering van eetstoornispathologie en negatieve lichaamsattitude voor cliënten met een eetstoornis. De aangetoonde significante verbeteringen zijn in vergelijking met de RCT hetzelfde voor wat betreft eetstoornispsychopathologie en lichaamsattitude (Ter Huurne et al., 2013). Ook blijken de respondentkenmerken redelijk overeen te komen wat betreft leeftijd en de verhouding van diagnoses (Ter Huurne et al., 2013). Wel lag verhoudingsgewijs in de RCT het opleidingsniveau hoger en het drop-outpercentage lager dan in het huidige onderzoek (Ter Huurne et al., 2013).

Binnen dit onderzoek had meer dan de helft van alle cliënten (57,1%) die de online behandeling begonnen waren, deze niet afgemaakt en zijn beschouwd als ‘non-completers’. Zoals in de literatuur beschreven is, liggen drop-outpercentages in naturalistische settings verhoudingsgewijs hoger. Het in dit onderzoek gevonden drop-outpercentage valt binnen de gevonden range voor drop-out bij online (zelfhulp)interventies, gevonden in RCT’s en Controlled Trails (CT’s) (Dölemeyer, Tietjen, Kersting, Wagner, 2013; Fassino et al., 2009). Redenen en oorzaken voor drop-out zijn in het huidige onderzoek niet onderzocht, mogelijk komen deze overeen met de hiervoor gevonden redenen in de RCT van Ter Huurne et al. (2013). Ondanks dat vier van de vijf mannen non-completers waren, werd geen significant verschil in

geslacht gevonden tussen completers en non-completers. Dit is mogelijk als gevolg van het zeer kleine aantal mannen. In onderzoeken wordt verder nog weinig over gerapporteerd over verschil in drop-out percentage onder geslacht bij eetstoornisbehandelingen (Støvning, Andries, Brixen, Bilenberg & Hørder, 2011). In dit onderzoek zijn onder non-completers wel significant meer laagopgeleiden en middelhoog opgeleiden. Op basis van systematic review van Fassino et al. (2009) bleek slechts zeer zwak bewijs voor een lager opleidingsniveau als voorspeller voor drop-out. Daarnaast is er geen significant verschil gevonden tussen diagnosegroepen onder completers en non-completers. Fassino et al. (2009) toonden aan dat gedragskenmerken die vaker voorkomen onder bepaalde subgroepen voorspellend zijn voor een hoger risico op drop-out, in plaats van de diagnoses op zich. Tenslotte blijken non-completers bij aanvang een significant negatievere lichaamsattitude te hebben vergeleken met de completers. Aangezien voor eetstoornispsychopathologie tussen hen geen significante verschillen bleken, is dit gedeeltelijk in overeenstemming met Fassino et al. (2009). Zij toonden aan dat klinische ernst van de eetstoornisdiagnose en een negatievere lichaamsattitude geen voorspeller zijn voor een hoger risico op drop-out.

Geconcludeerd kan worden dat Etendebaas leidt tot significante verbeteringen in eetstoornispsychopathologie en lichaamsattitude. Grote effecten worden gevonden voor de verschillende subgroepen, maar Etendebaas blijkt het meest effectief voor de subgroep BN. Deze groep komt na de behandeling ook op (bij ITT) of onder (bij completers) de grensscore uit voor een normale lichaamsattitude. Minder grote effecten worden gevonden voor de mate van lijnen onder de subgroepen EDNOS en BED. Een mogelijk hiervoor is dat lijnen gezien de DSM-4 criteria in mindere mate speelt onder deze subgroepen in vergelijking met AN en BN (APA, 2000). Aangetoond was dat online behandelingen, bij oververtegenwoordiging van de subgroep BN, leidden tot verbetering van eetstoornispsychopathologie. Mogelijk zijn online behandelingen voor de andere subgroepen even effectief, aangezien op basis van dit onderzoek is aangetoond dat Etendebaas effectief is voor alle subgroepen en daarbij BN (na AN) de kleinste subgroep was.

Sinds de integratie van Etendebaas in het reguliere zorgaanbod blijken geen verschillen opgetreden te zijn in respondentkenmerken. Behandelresultaten lijken sinds de integratie zelfs verbeterd te zijn. Wat betreft de diagnoses kan op basis van de gevonden minimale verschillen niet geconcludeerd worden dat er sinds de integratie geen veranderingen opgetreden zijn. In de RCT is namelijk gebruik gemaakt van gerandomiseerde stratificatie en was de subgroep AN niet meegenomen. Wel kan gezegd worden dat de subgroep BN in beide onderzoeken het kleinst was en in dat opzicht onveranderd is. Drop-out bij de interventie lijkt sinds de integratie hoger te zijn. Echter ligt in een naturalistische studie het drop-outpercentage hoger dan in een RCT (Fassino et al., 2009). Hierdoor is niet duidelijk in hoeverre dit verschil te wijten is aan de verschillende studies of de integratie van de behandeling in de reguliere zorg. Vergelijking van de behandelresultaten met die uit de RCT laat zien dat, in beide onderzoeken voor de totale steekproef

en per diagnose, dezelfde significante verbetering aangetoond zijn op de gebieden eetstoornispsychopathologie en lichaamsattitude. Bovendien zijn in het huidige onderzoek grotere effecten aangetoond dan in de RCT. In de vergelijking van de onderzoeken zijn behandelresultaten van de ITT-analyses gebruikt, waarbij de resultaten van het huidige onderzoek mogelijk overschat zijn. De resultaten in het huidige onderzoek zijn namelijk geschat op basis van de resultaten van alleen completers, daarentegen zijn in de RCT de geschatte resultaten ook gebaseerd op non-completers. Daarnaast blijken in het huidige onderzoek significante verschillen die in de RCT niet gevonden zijn, namelijk voor de subgroep EDNOS op de schaal lijnen en voor de subgroep BN ten aanzien van lichaamsattitude. In beide onderzoeken blijken, onder de totale respondentengroep en per diagnose, de gemiddeldes op de nameting de grensscore voor een abnormale lichaamsattitude nog wel te overschrijden.

## **Sterke punten en beperkingen**

### *Vragenlijst*

Respondenten hebben digitaal de ROM vragenlijsten ingevuld op basis van zelfrapportage, welke vervolgens zijn gebruikt als voor- en nameting. Het afnemen van digitaal surveyonderzoek is voor de respondent gemakkelijk, aangezien zij zelf een geschikt moment kunnen kiezen voor het invullen (Segers, 1999). Zelfrapportagevragenlijsten hebben als nadeel dat het niet altijd accuraat genoeg is en er met name bij cliënten met eetstoornissen de mogelijkheid bestaat op foute uitspraken over gewicht en lengte door eventuele schaamte (Carter, Aimé & Mills, 2001; Gorber, Tremblay, Moher, & Gorber, 2007). Voordelen zijn de lage kosten en de hulpverlener die niet aanwezig hoeft te zijn (Carter, Aimé & Mills, 2001). Afwezigheid van de hulpverlener verlaagt mogelijk de kans op sociaal wenselijk antwoorden, dit kan de begripsvaliditeit ten goede komen en de kans op vertekening van behandelresultaten doen afnemen (Verhoeven, 2010).

Zoals eerder aangegeven blijkt uit onderzoek de factorstructuur van de subschalen van de EDE-Q onder Nederlandse vrouwen met een eetstoornis minder accuraat (Aardoom et al, 2012). Hierdoor is voor resultaten met betrekking tot de subschalen van de EDE-Q enige voorzichtigheid in de interpretatie van toepassing. In hoeverre dit geldt voor mannelijke cliënten is niet duidelijk. Wel bleek er sprake van een goede interne consistentie voor de totale EDE-Q en de subschalen, waardoor resultaten over behandelresultaten met betrekking tot de EDE-Q mede meer valide gronding hebben.

### *Naturalistische setting en design*

Naturalistisch onderzoek is bij benadering een goede weergave van de behandelresultaten van de alledaagse praktijk (Ter Huurne et al., 2013). De interne validiteit kan mogelijk verhoogd worden wanneer gebruik gemaakt wordt van een controlegroep en dus een zogenaamd ‘Quasi-experimenteel design’.



Wanneer geen controlegroep gehanteerd is voor de vergelijking van uitkomstvariabelen, kan niet met volledige zekerheid gezegd worden dat eventuele veranderingen in de behandelresultaten een resultaat zijn van de interventie (Klein Haarhuis, Van Ooijen-Houben, Kleemans & Leeuw, 2005). Omdat in dit onderzoek vergelijkbare resultaten gevonden worden als in de RCT, kunnen de gevonden resultaten met meer zekerheid toegeschreven worden aan de interventie. Hiermee blijven de gevonden resultaten uit de RCT overeind.

#### *Behandelresultaat*

Behandelresultaten van de ITT-analyse geven een betere schatting van het behandel-effect dan alleen resultaten van completers, aangezien er dan sprake kan zijn van overschatting van het behandel-effect (Van Weert, 2009). Doordat er in het huidige onderzoek geen enkele non-completer de nameting ingevuld heeft, bestaat de kans dat de gevonden behandelresultaten in de ITT-analyse overschat zijn en er dus een vertekend beeld is ontstaan. Non-completers blijken na de behandeling op lange termijn minder resultaat behaald te hebben dan completers (Beumont, Russell, & Touyz, 1993). Daarbij bestaat ook de mogelijkheid dat in de ITT-analyse specifieke factoren van invloed zijn geweest ten tijde van de behandeling, welke vertekende resultaten kunnen geven (Van Weert, 2009). Maar aangezien dezelfde significante resultaten in de eerdere RCT gevonden zijn, kunnen de behandelresultaten met meer zekerheid toegeschreven worden aan het specifieke behandel-effect.

#### *Vergelijking RCT 2013*

Het feit dat in de RCT is gebruik gemaakt van gerandomiseerde stratificatie en de subgroep AN niet meegenomen was, maakt dat er weinig gezegd kan worden over eventuele veranderingen in diagnoses sinds de integratie van Etendebaas in de reguliere zorg. Daarentegen blijken de subgroepen zich in beide groepen op ongeveer dezelfde manier tot elkaar te verhouden is het, wat maakt dat de gemaakte vergelijking van de behandelresultaten meer valide is.

Zoals eerder aangegeven in de discussie zijn de resultaten van de ITT-analyse van dit onderzoek mogelijk overschat, waardoor resultaten uit de RCT mogelijk een betere weergave van de ITT-analyse geven. Uitspraken over de vergelijking met de RCT zijn hierdoor mogelijk ook minder valide.

Er zijn geen statistische analyses uitgevoerd voor de vergelijking van de respondentkenmerken en behandelresultaten tussen het huidige onderzoek en de RCT. In hoeverre de gevonden vergelijkingen significant gelijk of verschillend zijn kan niet gezegd worden. De gemaakte vergelijkingen zijn hierdoor minder valide, aangezien de kans bestaat dat de respondentkenmerken en behandelresultaten statistisch gezien niet gelijk zijn.

## **Aanbevelingen**

Voor eventueel vervolgonderzoek of herhaling van onderzoek wordt aanbevolen om gebruik te maken van een naturalistische setting met een quasi-experimenteel design of een RCT, zodat met meer zekerheid uitspraak gedaan kan worden over de behandelresultaten van de online interventie. Ondanks de lagere drop-out in een RCT, zoals gebleken is uit Fassino et al. (2009) en de RCT van Ter Huurne et al. (2013), blijft een naturalistische setting aanbevolen. In deze setting kan een meer realistische weergave van de alledaagse praktijk gegeven worden (Fassino et al., 2009; Ter Huurne et al., 2013).

Voor het gebruik van de EDE-Q in de ROM zou overwogen kunnen worden om gebruik te maken van de aangeboden normen uit het onderzoek van Aardoom et al., (2012). Redenen voor deze overweging hebben betrekking op de factorstructuur van de subschalen die uit het onderzoek van Aardoom et al. (2012) beperkt bleken en het feit dat zij normen aanbieden die ontwikkelt zijn voor Nederlandse vrouwen. Voor mannen is dit helaas niet mogelijk en zouden scores nog op dezelfde manier berekend moeten worden, zoals tot op heden gedaan is. Indien gebruik van deze normen niet toegepast wordt, blijft voorzichtigheid geboden in de interpretatie van de subschalen.

Er kan ingespeeld worden op drop-out om dit percentage te verlagen en om meer metingen te krijgen van non-completers. Eventueel vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen welke redenen ten grondslag liggen aan drop-out sinds de integratie in de reguliere zorg. Het lijkt aannemelijk dat de gevonden redenen en aanbevelingen voor drop-out overeenkomen en aansluiten met die van de RCT van Ter Huurne et al. (2017). Zij raden aan registratie van eetgedrag en de online behandeling mede aan te bieden via een applicatie en minstens één therapeutische interventie in de behandeling te integreren. Naast haar aanbevelingen, zou een andere mogelijkheid om cliënten bij aanvang aan te laten geven of zij behoefte hebben aan extra tussentijdse andere vormen van contact en eventueel met welke frequentie. Vormen van contact kunnen naast face-to-face contact ook telefonisch contact, videobellen of mailcontact zijn. Ook zouden non-completers zouden herinnerd kunnen worden door de toegewezen behandelaar om de meting in te vullen, zoals dit in de RCT van Ter Huurne et al. (2013) is gedaan. Mogelijk worden ITT-analyses en vergelijking met de resultaten van de RCT meer betrouwbaar en valide. Validiteit van deze vergelijking kan mede verhoogd worden door ruwe data van beide onderzoeken statistisch te toetsen op eventuele verschillen, in plaats van beschrijvende statistiek.

Tot slot zou het mooi zijn, gezien deze effectiviteit van de interventie, als meer cliënten met een eetstoornis op deze manier geholpen kunnen worden. Allereerst lijkt het aannemelijk dat, door online gebruik van de interventie, huidige en toekomstige deelnemers van Etendebaas ook gebruik maken van social media. Dit zou ingezet kunnen worden om ter promotie van de interventie. Ten tweede kunnen verschillende instellingen benadert worden waar cliënten met een eetstoornis terecht kunnen. Behandelaren kunnen op de hoogte gebracht worden van de effectiviteit van de interventie, waarna zij deze behandeling

eventueel kunnen integreren in hun reguliere zorgaanbod. Eventueel kunnen behandelaren aan cliënten folders meegeven. Op scholen kan deze informatie onder de aandacht gebracht worden door middel van posters of voorlichtingen. Ook kan nagedacht worden over toepasbaarheid van interventie voor minderjarigen, aangezien dan toestemming van de ouders vereist is van 12 tot en met 16 jaar (art. 7:450 lid 2 Web BW 1995).

## Referentielijst

- Aardoom, J.J., Dingemans, A.E., Slob Op't Landt, M.C., & Van Furth, E.F. (2012). Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating Behaviors, 13*(4), 305-309. doi: 10.1016/j.eatbeh.2012.09.002
- Aardoom, J.J., Dingemans, A.E., Spinhoven, P., & Van Furth, E.F. (2013). Treating eating disorders over the internet: systematic review and future research directions. *International Journal of Eating Disorders, 46*(6), 539-552. doi: 10.1002/eat.22135
- Aartsen, M.J., Spitsbaard, A.K., Van Baarsen, C. Dhondt, A.D.F., Mascini, M., Nefs, A., ... Wilting, R. (2010). Een multicenterstudie naar betrouwbaarheid, validiteit en gevoeligheid voor verandering van de HoNOS65+ binnen de ouderenpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 52*, 543-53.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Bell, M.L., & Faiclough, D.L. (2014). Practical and Statistical issues in missing data for longitudinal patient-reported outcomes. *Statistical Methods in Medical Research, 23*(5), 440-459.
- Beumont, P.J., Russell, J.D., & Touyz, S.W. (1993). Treatment of anorexia nervosa. *Lancet, 341*(8861), 1635-1640.
- De Beurs, E., Den Hollander-Gijsman, M., Buwalda, V., Trijsburg, W., & Zitman, F. (2005). De Outcome Questionnaire (OQ45): psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog, 40*, 393-400.
- Call, C., Walsh, B.T., & Attia, E. (2013). From DSM-IV to DSM-5: Changes to eating disorder diagnoses. *Current Opinion Psychiatry, 26*(6), 532-6. doi:10.1097/YCO.0b013e328365a321
- Carter, J.C., Aimé, A.A., & Mills, J.S. (2001). Assessment of bulimia nervosa: A comparison of interview and self-report questionnaire methods. *International Journal of Eating Disorders, 30*(2), 187-192.

- Dölemeyer, R., Tietjen, A., Kersting, A., & Wagner, B. (2013). Internet-based interventions for eating disorders in adults: a systematic review. *BMC Psychiatry, 13*, 2-16. doi: 10.1186/1471-244X-13-207
- Van Elburg, A., & Hoek, H.W. (2014). Voedings- en eetstoornissen in de DSM-5. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 56*, 187-191. Verkregen via <http://dSPACE.library.uu.nl/handle/1874/304049>.
- Fairburn, C., & Beglin, S. (1994). The assessment of eating disorders: Interview versus questionnaire. *International journal of eating disorders, 16*, 363-370
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E., & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry, 9*, 67-75. doi:10.1186/1471-244X-9-67
- Franx, G., & Zeldenrust, W. (2003). *Cliënten en hun omgeving over GGZ-programma's: Aanbevelingen voor het hulpaanbod*. Utrecht: GGZ Nederland
- Van Furth, E. (2000). *Nederlandse vertaling van de EDE-Q*. Leidschendam: Robert-Fleury Stichting
- 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.
- Ter Huurne, E.D., De Haan, H.A., Ten Napel-Schutz, M.C., Postel, M.G., Menting, J., Van der Palen, J., ... De Jong, C.A. (2015). Is the Eating Disorder Questionnaire-Online (EDQ-O) a valid diagnostic instrument for the DSM-IV-TR classification of eating disorders?. *Comprehensive Psychiatry, 57*, 167-176. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.10.019
- Ter Huurne, E.D., Postel, M.G., De Haan, H.A., Drossaert, C.H.C., & De Jong, C.A.J. (2013). Web-based treatment program using intensive therapeutic contact for patients with eating disorders: before-after study. *Journal of Medical Internet Research, 15*(2), 1-5. doi:10.2196/jmir.2211

- Ter Huurne, E.D., Postel, M.G., De Haan, H.A., Van der Palen, J., & De Jong, C.A.J. (2017). Treatment dropout in web-based cognitive behavioral therapy for patients with eating disorders. *Psychiatry Research*. Advance online publication.
- Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (2011). *Diagnostische Instrumenten: EDE-Q en Child EDE-Q*. Verkregen op 13, September, 2016 van [http://www.kenniscentrum-kjp.nl/app/webroot/files/tmpwebsite/Downloadable\\_PDFs\\_Instrumenten/EDE\\_Q.pdf](http://www.kenniscentrum-kjp.nl/app/webroot/files/tmpwebsite/Downloadable_PDFs_Instrumenten/EDE_Q.pdf)
- Klein Haarhuis, C., Van Ooijen-Houben, M., Kleemans, E., & Leeuw, F. (2005). Rechtshandhaving geëvalueerd: Een synthese van 31 onderzoeken. *Justitiële verkenningen*, 31 (8), 54-71. Geraadpleegd op [https://www.rug.nl/research/portal/publications/rechtshandhaving-gevalueerd\(0eb69f61-a784-4ee4-bb6a-8e255f1bd28b\).html](https://www.rug.nl/research/portal/publications/rechtshandhaving-gevalueerd(0eb69f61-a784-4ee4-bb6a-8e255f1bd28b).html)
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling. (2006). *Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen: Versie 1.0*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lavender, J.M., De Young, K.P., & Anderson, D.A. (2010). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for undergraduate men. *Eating behaviors*, 11, 119-121. doi: 10.1016/j.eatbeh.2009.09.005
- Leung, S.F., Ma, L.C., & Russel, J. (2012). An open trial of self-help behaviours of clients with eating disorders in an online programme. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 66–76. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05988.x.
- Luce, K.H., Crowther, J.H. & Pole, M. (2008) Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for undergraduate women. *The International journal of eating disorders*, 41(3), 273-276. doi: 10.1002/eat.20504.
- Mond, J.M., Hay, Rodgers, B., & Owen, C. (2006). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for young adult women. *Behaviour research and therapy*, 44, 53-62. doi: 10.1016/j.brat.2004.12.003

- 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.
- Neve, M.J., Collins, C.E. & Morgan, P.J. (2010). Dropout, nonusage attrition, and pretreatment predictors of nonusage attrition in a commercial web-based weight loss program. *Journal of Medical Internet Research*, 12(4). doi: 10.2196/jmir.1640.
- Preti, A., Girolamo, G.D., Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R.D., Bruffaerts, R., ... Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43(14), 1125-32. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.04.003
- Probst, M., Van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1998). De lichaamsattitudevragenlijst: validering en normering. In: J. Simons (red.), *Actuele Themata uit de psychomotorische therapie* (pp.79- 90), Leuven: Acco.
- 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 and Prevention*, 3, 133-144.
- Schlegl, S., Burger, C., Schmidt, L., Herbst, N. & Voderholzer, U. (2015). The potential of technology-based psychological interventions for anorexia and bulimia nervosa: a systematic review and recommendations for future research. *Journal of Medical Internet Research*, 17(3). doi: 10.2196/jmir.3554
- Smink, F.R., van Hoeken, D., Donker, G.A., Susser, E.S., Oldehinkel, A.J., & Hoek, H.W. (2016). Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 46, 1189-1196. doi: 10.1017/S003329171500272X
- Smink, F.R., van Hoeken, D., & Hoek, H.W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y

Støving, R.K., Andries, A., Brixen, K., Bilenber, N., & Hørder. (2011). Gender differences in outcome of eating disorders: a retrospective cohort study. *Psychiatry Research*, *186*, 362-366. doi: 10.1016/j.psychres.2010.08.005

Tactus Verslavingszorg. (2013). *Handleiding hulpverlener online behandeling etendebaas.nl*. Handleiding. Enschede: Auteur.

Tactus (n.d.). *Online behandeling: Info deelnemers*. Verkregen op 18, december, 2012 van [https://www.etendebaas.nl/Internetbehandeling/Info-deelnemers.aspx#voor\\_wie\\_is](https://www.etendebaas.nl/Internetbehandeling/Info-deelnemers.aspx#voor_wie_is)

Trimbos-instituut. (2006). *Leidraad voor regionale zorgprogrammering: Landelijk basisprogramma eetstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut

Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (3e druk). Den Haag: Boom Onderwijs.

Walsh, B.T., Fairburn, C.G., Mickley, D., Sysko, R., & Parides, M.K. (2004). Treatment of bulimia nervosa in an primary care setting. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 556-561. doi: 10.1176/appi.ajp.161.3.556

Van Weert, H. (2009). Therapie (2): effectonderzoek. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, *4*, 11-15. doi: 10.1007/BF03086514

Wet BW 1995. (1995, 15 december). Geraadpleegd op 8, februari, 2017, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/>

Wilfley, D.E., Welch, R.R., Stein, R.I., Spurrell, E.B., Cohen, L.R., Saelens, B.E., Douchis, J.Z., ... Matt, G.E. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, *59*, 713-721.



## **Appendix 1: Beschrijving van Etendebaas.nl**

De gehele beschrijving van deze interventie is gebaseerd op de beschrijving van de handleiding van deze interventie van Tactus (2013).

### Deel 1

In het eerst contactmoment ‘Welkom’ aan de cliënt ingegaan op wat er is ingevuld in de intake en worden verschillende onderwerpen verder uitgevraagd. Daarna volgt het ‘eetdagboek bijhouden’, waarbij uitleg gegeven wordt over het eetdagboek en het verzoek deze te gaan bijhouden. De toegewezen therapeut benoemt in berichten hierna eventuele bijzonderheden en stelt aanvullende vragen. Dan volgen de ‘Momentbeschrijvingen’ waarin de cliënt wordt gevraagd om een aantal momenten uit het dagboekregistratie verder uit te werken. Hierbij werken zij de gebeurtenis verder uit met de beschrijving van gedachten, gevoelens en het gedrag. De volgende stap heet ‘situaties analyseren’, waarbij de cliënt de EetWijzer wordt aangeboden. Gevraagd wordt om momenten te benoemen en waarbij extra aandacht besteed wordt aan de gedachten van de cliënt. Hierna ontvangt de cliënt een samenvatting waarin scores worden getoond voor lijngericht eten, extern eten en emotie-eten. Tevens ontvangen zij een reactie op de EetWijzer en wordt hier verder op terug gekomen in ‘meten is weten’. Bij ‘Voordelen, nadelen’ heeft de cliënt de mogelijkheid om in de opdracht te kiezen uit een lijst voor- en nadelen, welke eventueel aangevuld kan worden met eigen ideeën. Voor deze opdracht zijn 3 versies, namelijk: ‘afvallen en lijnen’ voor anorexia-achtige eetproblemen, ‘eten en compenseren’ voor boulimia-achtige eetproblemen en ‘overeten’ voor eetbuistoornis-achtige eetproblemen. Van deze opdracht kunnen verschillende versies naar de cliënt worden verstuurd. In het bericht bijbehorende bij ‘Topdrie’ wordt de cliënt gevraagd een top-3 samen te stellen van de voor- en nadelen van het eetprobleem. Daarna krijgen zij bij ‘Meten en weten’ een samenvatting van deel 1 van deze online behandeling en stuurt een diëtist zelf een eigen bericht met advies na het analyseren van het eetdagboek. ‘Diagnostiekbespreking’ wordt uitgevoerd nadat de cliënt de samenvatting van deel 1 heeft ontvangen. Multidisciplinair met het behandelteam wordt de diagnostiek besproken en gekeken of vervolging van de internetbehandeling mogelijk is. Deze bespreking wordt iedere week gedaan, waarbij de hulpverlener aanwezig kan zijn bij bespreking van de betreffende cliënt.

### Deel 2

Deel twee van Etendebaas begint met ‘Doelen stellen’, waar de cliënt in dit deel aan zal gaan werken. De doelen hebben betrekking op het gebied van eten, bewegen en wegen/weeggedrag en eventueel compenseren. Voor deze opdracht zijn twee versies beschikbaar, namelijk met of zonder compenseren, waarvan maar één versie naar de cliënt gestuurd kan worden. In het onderdeel ‘Verder met

deel 2' wordt gereageerd op de opdracht 'Doelen stellen' en geeft diëtist feedback en adviezen indien nodig. In het eetdagboek kan de cliënt ook iedere dag evalueren op de doelstellingen. In een apart bericht worden praktische tips gestuurd (psycho-educatie) naar de cliënt voor anorexia-, boulimia- of eetbuistoornis-achtige problemen. Tevens volgt een tussenbericht met psycho-educatieve teksten als stof tot nadenken en wordt in de daaropvolgende berichten steeds gevraagd hoe de cliënt de psycho-educatieve teksten heeft ervaren. Bij 'Gewoontes doorbreken' wordt gereageerd op het eetdagboek en informatie gegeven over de ontwikkelingen in het gedrag. Ook wordt ingegaan op de korte en lange termijngevolgen van het gedrag van de cliënt en hoe deze kunnen worden doorbroken. Aangekomen bij 'Anders denken' wordt, naast feedback op het eetdagboek, informatie gegeven over helpende en niet-helpende gedachte. Hierna de cliënt wordt verzocht om de bijbehorende opdracht te maken en ontvangen zij een tussenbericht met extra tips over helpende gedachte en aparte berichten met psycho-educatie. Indien de betreffende behandelaar het van belang acht, wordt de cliënt gevraagd een extra opdracht te maken en ontvangen zij daarna het tussenbericht. Hierna komt de behandelmodule 'Anders doen' en beschrijft de cliënt een moment uit de registratie, waarbij de aandacht ligt op de helpende gedachten en helpend gedrag. Ook hier wordt indien nodig een aanvullende opdracht verstuurd en volgt een tussenbericht met psycho-educatie. Het doel van de opdracht 'Wie ben ik' is het versterken van het zelfbeeld van de cliënt, waarbij negatief gekleurde opvattingen of gedachten over zichzelf worden heretiketteerd. Indien nodig wordt een extra opdracht gestuurd en ontvangt de cliënt erna losse psycho-educatieve berichten. Hierna volgt de opdracht 'Beslissingen', waarvan drie versies (zie 'voordelen, nadelen' in deel 1) beschikbaar zijn en één van deze versies naar de cliënt wordt verzonden. De laatste opdracht is het 'Actieplan' wat gemaakt wordt om terugval te voorkomen. Hierna volgt een vragenlijst en wordt daarmee de behandel fase afgesloten, waarbij tevens kort stilgestaan wordt op het actieplan. In de 'Afsluiting behandel fase' wordt een bericht gestuurd met daarin een nameting en wordt deel twee afgesloten. Er wordt teruggeblikt op de afgelopen periode en geëvalueerd op de behandeling. Hierin wordt de vordering van de cliënt uitgelicht en positieve feedback gegeven op de geleverde inzet.

### Nazorg en follow-up

Wanneer het contact is afgesloten met de cliënt, kan het dossier in het archief worden opgeslagen en het zorgplan worden afgesloten. Wanneer een cliënt geen 'vinger-aan-depols-traject' volgt, kan het dossier beschouwd worden als 'niet-actief'. Het is aan de behandelaar om met enige regelmaat te controleren of er een nieuw bericht is, aangezien de cliënt nog wel in staat is om via het dossier contact te zoeken. Indien een cliënt laat weten teruggevallen te zijn, kunnen gestandaardiseerde berichten gestuurd worden. Indien dit onvoldoende blijkt, kunnen cliënt en behandelaar kijken welke hulpverleningsvorm de beste uitkomst biedt. Het eerder genoemde 'vinger-aan-de-pols-traject' omvat zes contact momenten die

in de meeste gevallen iedere week plaatsvinden. Daarbij houdt de cliënt het eetdagboek bij, waarop hij eens per week een reactie ontvangt die door de behandelaar zelf geschreven zijn. Hierbij wordt inhoudelijk en met positieve bekrachtiging ingegaan op de ontwikkelingen. Na deze zes contactmomenten wordt het traject afgesloten en het dossier op 'niet-actief' gezet.

Na zes weken en na een half jaar worden nog vragenlijsten aangeboden, nagekeken of de cliënt nog actief is geweest in het dossier en/of het eetdagboek (waarop de behandelaar reageert) en wordt een beschrijving gegeven van het zorgplan deel 2. Na de follow-up van een half jaar wordt na deze beschrijving het dossier gearhiveerd en is toegang niet meer mogelijk voor de cliënt en de hulpverlener. Aangegeven wordt dat eventueel gewenst contact mogelijk is per telefoon of e-mail.