



Nederlands Eetstoornissen Register:  
Het register voor eetstoornissen en eetproblemen



Nederlands Eetstoornissen Register: Het register voor eetstoornissen en eetproblemen

## Rapportage vervolgmeting 2017



**Nederlands Eetstoornissen Register:**  
Het register voor eetstoornissen en eetproblemen



Nederlands Eetstoornissen Register:  
Het register voor eetstoornissen en eetproblemen

## Voorwoord

Het Nederlands Eetstoornissen Register (NER) is opgericht door GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula in samenwerking met de Vrije Universiteit Amsterdam en vereniging rond eetstoornissen Weet. Met het NER willen we het lange termijn effect van het hebben van een eetstoornis of eetproblemen onderzoeken. De verwachting is dat de eetproblematiek gevolgen zal hebben op veel verschillende gebieden van functioneren. Er is daarom in de NER vragenlijsten niet alleen aandacht voor eetproblematiek maar ook voor lichaamsfuncties, mentale functies en beleving, kwaliteit van leven en sociaal-maatschappelijke participatie (bijvoorbeeld sociale contacten of werk).

In dit rapport vindt u de resultaten van 514 ingevulde vragenlijsten uit de eerste tijdelijke NER-meting, afgenomen tussen september en december 2017. Al deze 514 deelnemers hebben ook de startvragenlijst ingevuld tussen 2015 en 2017. Verschillende gebieden van functioneren zullen in dit rapport aan de orde komen. De indeling is als volgt: 1. Kenmerken van de deelnemers, 2. Eetproblematiek, 3. Lichamelijk functioneren, 4. Mentaal functioneren en 5. Sociaal-maatschappelijke participatie.

We willen alle mensen hartelijk bedanken die hebben deelgenomen of anderszins hebben meegewerkt aan dit onderzoek!

Dr. Ir. Rita Op 't Landt-Slof,  
GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula, [r.optlandt@rivierduinen.nl](mailto:r.optlandt@rivierduinen.nl)

Drs. Marlies Gish  
GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula, [m.gish@rivierduinen.nl](mailto:m.gish@rivierduinen.nl)

Prof. Dr. Eric van Furth  
GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula, [e.vanfurth@rivierduinen.nl](mailto:e.vanfurth@rivierduinen.nl)

Drs. Marlies Wierda,  
Vrije Universiteit Amsterdam, [m.wierda@vu.nl](mailto:m.wierda@vu.nl)

Dr. Sander Begeer,  
Vrije Universiteit Amsterdam, [s.begeer@vu.nl](mailto:s.begeer@vu.nl)

Jésus de la Torre y Rivas,  
Weet, vereniging rond eetstoornissen, [info@weet.info](mailto:info@weet.info)



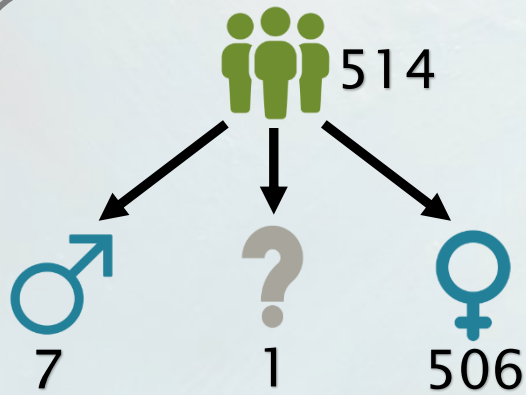
**Nederlands Eetstoornissen Register:**  
Het register voor eetstoornissen en eetproblemen

## Inhoudsopgave

<b>Samenvatting .....</b>	<b>1</b>	<b>4 Mentaal functioneren .....</b>	<b>12</b>
<b>1 Kenmerken van de deelnemers.....</b>	<b>3</b>	Comorbide psychische diagnoses.....	12
Leeftijd en geslacht .....	3	Autisme spectrum stoornis eigenschappen .....	12
Woonsituatie .....	4	Angst en sombere stemming.....	13
Broer(s)/zus(sen).....	4	Zelfbeeld .....	13
Eetstoornissen binnen de familie .....	4	Mentale kwaliteit van leven.....	14
Functioneren gezin .....	5	Waardering leven.....	15
Opleiding .....	5	<b>5 Sociaal-maatschappelijke participatie .....</b>	<b>16</b>
Regio.....	6	Burgerlijke staat .....	16
<b>2 Eetproblematiek .....</b>	<b>7</b>	Sociale contacten .....	16
Huidige eetproblemen of eetproblematiek in het verleden .....	7	Arbeid en dagbesteding .....	18
Eetstoornis symptomen.....	7	Inkomsten .....	18
Huidige of laatst gestelde eetstoornis diagnose .....	8	Ziekteverzuim .....	19
Behandeling .....	9	Bijdrage maatschappij .....	20
<b>3 Lichamelijk functioneren .....</b>	<b>10</b>	<b>6. Referenties .....</b>	<b>21</b>
Lichamelijke klachten.....	10		
Fysieke kwaliteit van leven .....	10		
Waardering lichamelijke gezondheid.....	11		

# Samenvatting

## 1. Kenmerken van de deelnemers

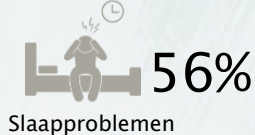


Gemiddelde leeftijd 28 jaar  
(range 16 tot 63 jaar)

## 3. Lichamelijk functioneren



Heeft lichamelijke klachten.  
Meest voorkomend:



Fysieke kwaliteit van leven onder de deelnemers is gelijk aan de algemene populatie (zowel huidig als verleden met eetproblematiek)

Gemiddelde cijfer voor waardering van het lichamelijk functioneren is een 6,4 (huidige eetproblematiek: 5,8 en eetproblematiek in verleden: 7,4)

## 2. Eetproblematiek



318 respondenten zowel bij de start- als bij de vervolgvragenlijst huidige eetproblematiek

36 respondenten bij de startvragenlijst eetproblematiek in het verleden en bij de vervolgvragenlijst huidig

82 respondenten bij de startvragenlijst huidig en bij de vervolgvragenlijst eetproblematiek in het verleden

77 respondenten zowel bij de start- als bij de vervolgvragenlijst eetproblematiek in het verleden

Gemiddelde duur eetstoornis: 11 jaar (0,5-50)

97% heeft (ooit) daadwerkelijk een diagnose voor een eetstoornis gesteld gekregen

91% heeft (ooit) behandeling gevolgd voor een eetstoornis  
→ 29% volgt momenteel een behandeling

## 4. Mentaal functioneren



Psychische stoornis naast eetstoornis.  
Meest voorkomend:



Stemmingsstoornis

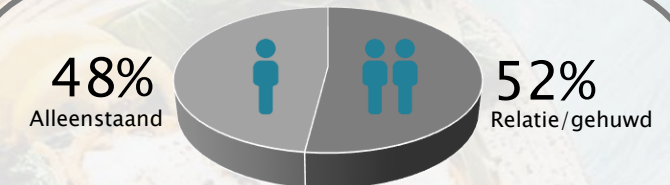
60% van de deelnemers heeft een laag zelfbeeld (ook nog wanneer ze 'hersteld zijn')

Angst- en stemmingsklachten verbeteren bij herstel van eetstoornis

Mentale kwaliteit van leven onder de deelnemers ligt lager dan bij de algemene populatie (zowel huidig als verleden met eetproblematiek)

Het gemiddelde cijfer voor waardering van het leven is een 5,8 (Huidige eetproblematiek 5,2, en eetproblematiek in verleden 7,1)

## 5. Sociaal-maatschappelijke participatie



91% regulier betaald werk  
11% werkt (daarnaast) als ZZP



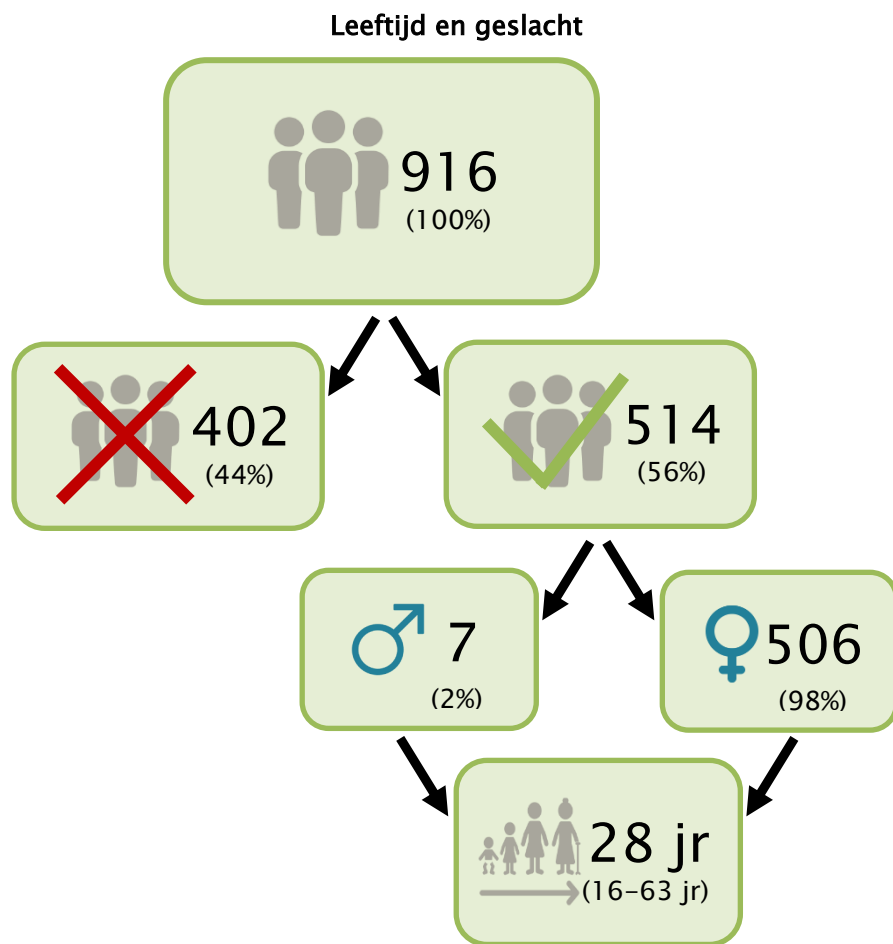
Hiervan loopt 24% stage

Gemiddeld verzuimen de deelnemers 12 dagen per jaar van werk en/of studie (huidige eetproblematiek 14 en eetproblematiek in verleden 8 dagen). Dit is beiden hoger dan het gemiddelde in de Nederlandse populatie (7,6 dagen)



**Nederlands Eetstoornissen Register:**  
Het register voor eetstoornissen en eetproblemen

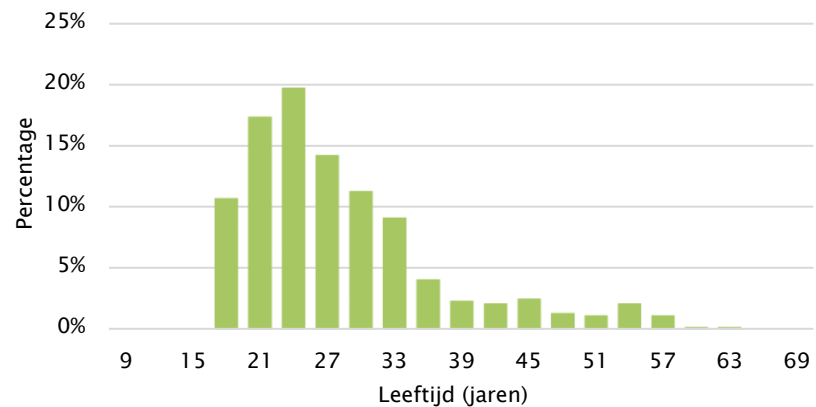
## 1 Kenmerken van de deelnemers



Figuur 1.1 Flowchart van de deelnemers.

## Kenmerken van de deelnemers

Tussen 29 september en 2 december 2017 werden 916 personen (die eerder de startvragenlijst van het Nederlands Eetstoornissen Register (NER) hadden ingevuld) uitgenodigd voor de 1<sup>e</sup> tijdelijke meting. 514 personen hebben deze vervolgvragenlijst ook ingevuld; zeven mannen en 506 vrouwen (van één deelnemer is het geslacht onbekend; Figuur 1.1). Deze groep vormt de basis voor de huidige rapportage. Gemiddeld zat er 22 maanden tussen het invullen van de twee vragenlijsten. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 28 jaar. Slechts 3% (allemaal vrouw) was jonger dan 18 jaar (Figuur 1.1; Figuur 1.2).



Figuur 1.2 Verdeling van leeftijd van deelnemers vervolgvragenlijst



### Woonsituatie

Aan alle NER respondenten is gevraagd naar hun huidige woonsituatie. In Tabel 1.1 is te zien dat de meeste deelnemers met partner en/of kinderen, op zichzelf óf bij hun ouders/verzorgers wonen. Meer dan drie kwart (78%) van deze laatste groep woont bij beide ouders of verzorgers. De overige 22% woont bij vader óf moeder.

Tabel 1.1 Woonsituatie NER respondenten, meerdere antwoorden mogelijk

Woonsituatie	Percentage	Gemiddelde leeftijd (in jaren)	Minimaal - Maximaal
Ouder(s)/verzorg(er)s	23%	21	16 - 29
Kamers/studentenhuis	16%	23	18 - 31
Op zichzelf	29%	31	19 - 63
Partner en/of kinderen	33%	34	19 - 57
Woonvorm met begeleiding	4%	25	18 - 41
<b>Totaal</b>	n=511	28	16 - 63

### Kenmerken van de deelnemers

#### Broer(s)/zus(sen)

##### *Broer(s)/zussen*

Het merendeel, 473 van de NER respondenten, heeft (een) broer(s) en/of zus(sen); gemiddeld hebben zij 1,9 broers en/of zussen. In de meeste gevallen (96%) zijn deze biologisch. Van de 473 NER respondenten met (een) broer(s) en/of zus(sen) geven 81 respondenten (17%) aan één of meerdere broers en/of zussen te hebben met een (vermoedelijke) eetstoornis.

##### *Kinderen*

Van de huidige NER steekproef hebben 75 personen (15%) kinderen. De meesten (64 personen; 96%) hebben biologische kinderen, De overige 4% heeft alleen stiefkinderen. Drie van de 75 personen met kinderen (4%) geven aan dat zij (een) kind(eren) hebben met een (vermoedelijke) eetstoornis.



##### *Overige familieleden*

Wat betreft de overige familieleden, gaven 219 personen (43%) aan één of meerdere familieleden te hebben met nu of in het verleden een (vermoedelijke) eetstoornis.

### Functioneren gezin

In de vervolgvragenlijst zijn een aantal vragen meegenomen over het functioneren van het gezin waarin de deelnemer is opgegroeid (bijvoorbeeld over steun, vertrouwen en uiting van gevoelens). De score op deze vragen loopt uiteen van 1 'gezond functioneren' tot 4 'ongezond functioneren'. De gemiddelde score op deze vragen tezamen was 2,4; er werd meer 'ongezond' dan 'gezond' functioneren gerapporteerd. Respondenten met huidige eetproblematiek gaven vaker aan dat het functioneren van het gezin ongezond was dan respondenten met eetproblematiek in het verleden (Tabel 1.2). Dit zou een gevolg kunnen zijn van de eetproblematiek, die niet alleen een grote impact heeft op de persoon zelf maar ook op het gezin en het functioneren ervan.

Tabel 1.2 Functioneren van het gezin

Eetproblematiek	Ongezond functioneren (score > 2)	Gezond functioneren (score ≤ 2)
 Huidig (n=353)	73%	27%
 Verleden (n=161)	58%	52%
<b>Totaal (n=514)</b>	<b>63%</b>	<b>44%</b>

### Kenmerken van de deelnemers

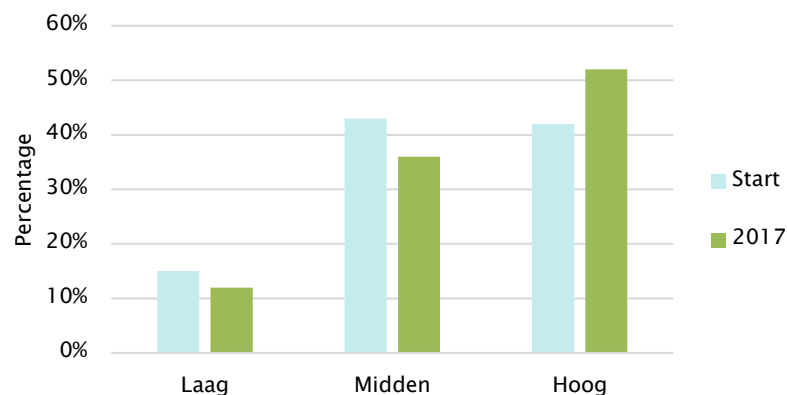
#### Opleiding

##### Huidige opleiding

211 van de NER deelnemers (41%) volgt op dit moment een opleiding. Bij de startvragenlijst waren dit 255 deelnemers (50%). Ongeveer een kwart van de deelnemers die een opleiding volgt studeert op het HBO of op de Universiteit.

##### Hoogst genoten opleiding

Een relatief grote groep heeft een hoog opleidingsniveau (52%). In vergelijking met de startvragenlijst is het aantal laag- en middelbaar opgeleiden gedaald en het aantal hoog opgeleiden gestegen (Figuur 1.3).



Figuur 1.3 Hoogst genoten opleiding ingedeeld in drie niveaus (Laag = Basis, VSO, PO, LBO, VMBO, MBO 1; Middelbaar = HAVO, VWO, MBO 2-4; Hoog = HBO en WO).

**Regio**

Bijna alle NER deelnemers kwamen uit Nederland (96%). De meeste deelnemers kwamen uit Zuid-Holland en Noord-Holland (respectievelijk 20% en 16%). Van de deelnemers uit het buitenland (4%) kwamen de meesten uit België (Tabel 1.3).

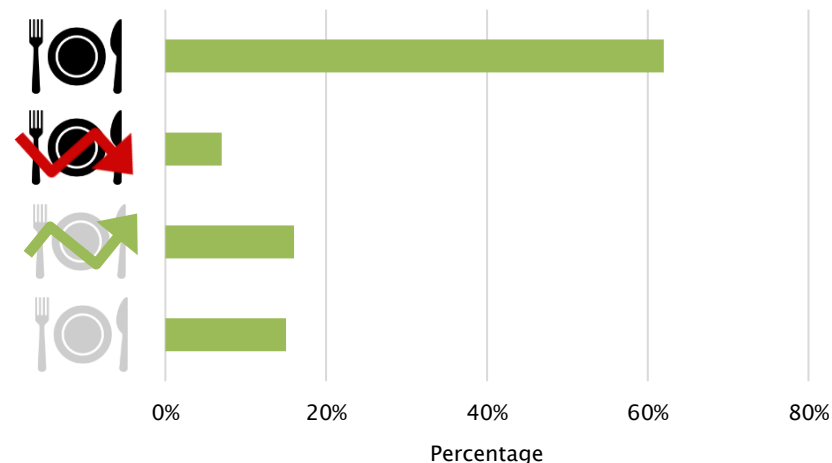
Tabel 1.3 Spreiding van deelnemers over de provincies

Provincie	Spreiding participanten 2017	Spreiding landelijke bevolking volgens CBS
Groningen	3%	4%
Friesland	5%	4%
Drenthe	1%	3%
Overijssel	6%	7%
Flevoland	2%	3%
Gelderland	14%	12%
Utrecht	11%	8%
Noord-Holland	16%	17%
Zuid-Holland	20%	21%
Zeeland	2%	2%
Noord Brabant	14%	15%
Limburg	3%	6%
Buitenland	4%	-
<b>Totaal</b>	n=514	

## 2 Eetproblematiek

### Huidige eetproblemen of eetproblematiek in het verleden

De gemiddelde duur van de eetproblematiek was 11 jaar (range: 0,5 – 50 jaar). Van de 514 NER deelnemers, gaven 403 personen bij de startmeting aan huidige eetproblematiek te ervaren. Dit waren er bij de vervolgvragenlijst nog 353. Wanneer we dit uitsplitsen (Figuur 2.1) zien we dat de meeste deelnemers geen verandering lieten zien in eetproblematiek (62% rapporteerde huidige eetproblematiek op beide tijdstippen en 15% rapporteerde eetproblematiek in het verleden op beide tijdstippen). Een kleine groep (16%) ging van huidige eetproblematiek naar eetproblematiek in het verleden, terwijl 7% juist in tegenovergestelde richting veranderde.

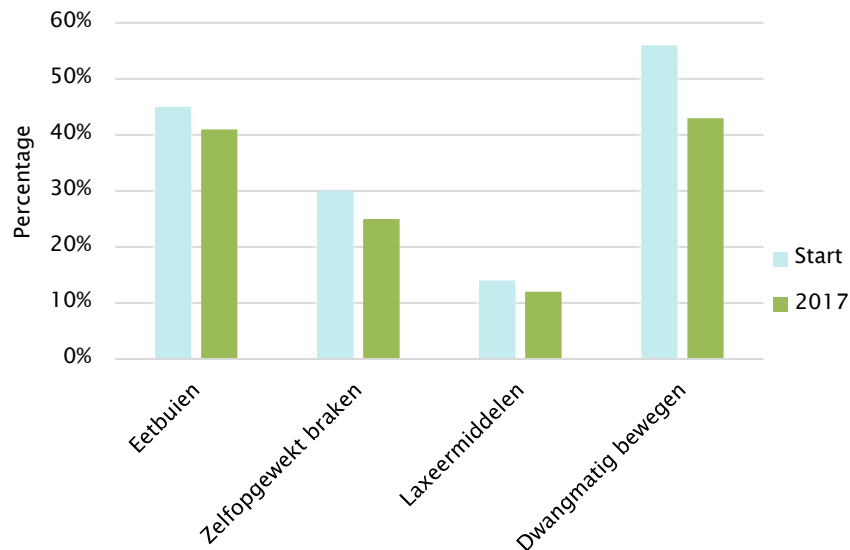


Figuur 2.1 Eetproblematiek (huidig en/of in verleden) in start- en vervolgvragenlijst

### Eetstoornis symptomen

De Eating Disorder Examination Questionnaire (EDEQ) is gebruikt om de eetproblematiek van de afgelopen 28 dagen in kaart te brengen. De score loopt in deze vragenlijst van 0 tot 6. De gemiddelde score onder de NER deelnemers was 2,9. Een score boven 2,17 wijst op de aanwezigheid van eetstoornissymptomen. 63% van de NER deelnemers scoorde boven deze afkapwaarde.

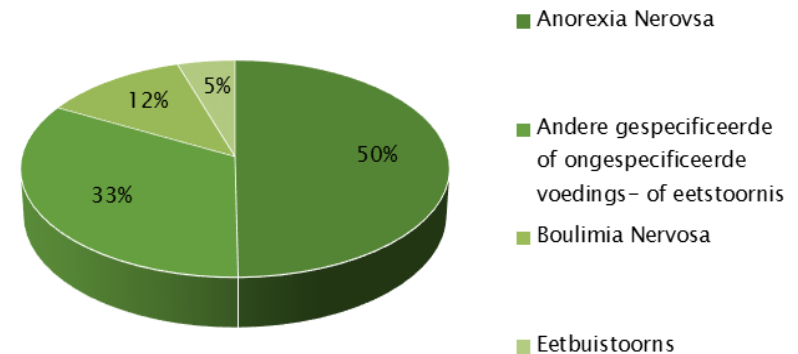
In Figuur 2.2 is weergegeven hoeveel respondenten eetbuien, zelfopgewekt braken, gebruik van laxeremiddelen en/of dwangmatig bewegen rapporteerden in de afgelopen 28 dagen. Ten opzichte van de startvragenlijst zijn alle percentages gedaald (eetbuien -4%, zelfopgewekt braken -5%, laxeremiddelengebruik met -2% en dwangmatig bewegen -13%).



Figuur 2.2 Eetproblematiek in de afgelopen 28 dagen

### Huidige of laatst gestelde eetstoornis diagnose

Bij 477 NER respondenten is er (ooit) een eetstoornis diagnose gesteld. In Figuur 2.3 zijn de huidige of laatst gestelde eetstoornis diagnoses voor deze groep weergegeven. Anorexia Nervosa werd het meest genoemd.



Figuur 2.3 Huidige of laatst gestelde eetstoornisdiagnose (n=477)

## Behandeling

### *Aantal, duur en leeftijd*

467 van de 514 respondenten (91%) heeft ooit een behandeling gevolgd voor hun eetproblematiek, waarvan 148 respondenten (29%) ook momenteel nog een behandeling volgen. De personen die ooit een behandeling hebben gevolgd zijn gemiddeld 3,2 keer in behandeling geweest voor hun eetproblematiek. De gemiddelde duur van de behandelingen tezamen was 3,6 jaar. De gemiddelde leeftijd waarop de eerste behandeling plaatsvond was 16,4 jaar.

### *Behandelvormen*

De meest genoemde behandelvormen, nu of in het verleden gevolgd, zijn ambulante behandeling (87%), dagbehandeling (48%) en klinische behandeling (48%).

### *Medicatie*

Bijna één vijfde (17%) van de NER respondenten gebruikt op dit moment medicatie voor hun eetproblematiek. De meest gebruikte medicatie onder de deelnemers zijn:






1. Serotonine heropname remmers (o.a. Cipramil en Prozac)
2. Benzodiazepinen (o.a. Diazepam, Seresta en Temazepam)
3. Atypische antipsychotica (o.a. Clozapine en Olanzapine).

### 3 Lichamelijk functioneren

#### Lichamelijke klachten

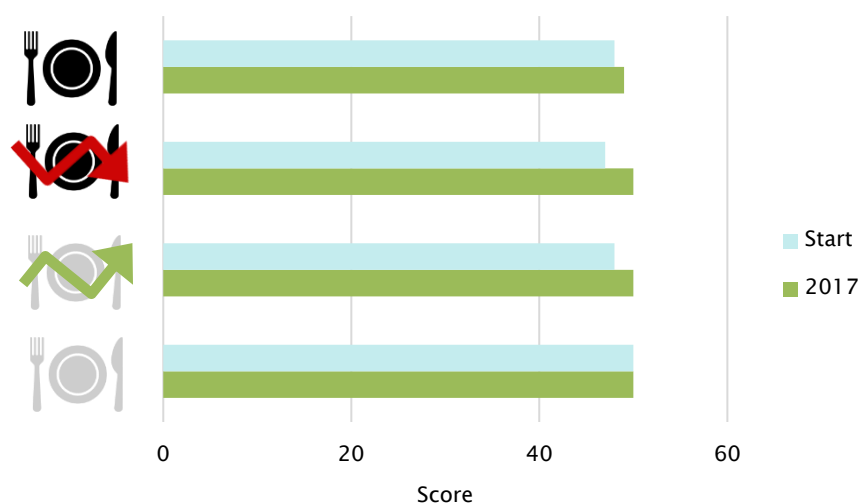
Eetproblemen gaan vaak samen met lichamelijke klachten. In de totale NER steekproef hebben 315 personen (61%) last van lichamelijke klachten. De vijf meeste genoemde lichamelijke klachten staan in Tabel 3.1 Vermoeidheid werd het meest genoemd.

Tabel 3.1 Meest genoemde lichamelijke klachten

Meest genoemde lichamelijke klachten	Percentage
1. Vermoeidheid 	64%
2. Slaapproblemen 	56%
3. Maag-/darmklachten 	53%
4. Rug/nek/schouderklachten 	41%
5. Hoofdpijn/migraine 	32%
<b>Totaal</b>	n=315

#### Fysieke kwaliteit van leven

In de NER vragenlijst is gekeken naar de fysieke kwaliteit van leven. Voor fysieke kwaliteit van leven geldt: hoe hoger de score hoe groter de kwaliteit van leven (een score van 50 is gemiddeld voor de algemene bevolking). We hebben naar verschillen in fysieke kwaliteit van leven gekeken tussen de start- en de vervolgmeting in vier groepen (1. tijdens beide metingen huidige eetproblematiek; 2. eetproblematiek van verleden naar huidig; 3. eetproblematiek van huidig naar verleden; 4. tijdens beide metingen eetproblematiek in verleden). Er lijkt op fysiek gebied weinig te veranderen bij herstel van een eetstoornis, alle deelnemers hadden voor zowel de start- als vervolgvragenlijst een score van rond de 50 (Figuur 3.1).



Figuur 3.1 Gemiddelde score voor fysieke kwaliteit van leven, onderverdeeld in vier groepen van verleden met een eetstoornis en/of een huidige eetstoornis bij de start- en de vervolgmeting.

### Waardering lichamelijke gezondheid

Naast de fysieke kwaliteit van leven, hebben we de deelnemers ook gevraagd naar hun waardering van de lichamelijke gezondheid op een schaal van 1 tot 10. Ondanks dat de deelnemers die in het verleden eetproblematiek hebben ervaren evenveel lichamelijke klachten lijken te ervaren als deelnemers met huidige eetproblematiek, waardeert de eerste groep hun lichamelijke gezondheid duidelijk hoger (7,4) dan mensen die op dit moment nog eetproblematiek ervaren (5,9: Tabel 3.2).

Tabel 3.2 Waardering lichamelijke gezondheid van 0 (slecht) tot 10 (heel goed)

Eetproblematiek	Waardering lichamelijke gezondheid	Minimaal – Maximaal
 Huidig (347)	5,9	0 – 9
 Verleden (n=164)	7,4	1 – 10
<b>Totaal (511)</b>	6,4	0 – 10



## 4 Mentaal functioneren

### Comorbide psychische diagnoses

Bij bijna de helft van de deelnemers (48%) is er momenteel een diagnose gesteld voor een andere psychische stoornis dan een eetstoornis. De meest voorkomende diagnose is een stemmingsstoornis (24%; Tabel 4.1). Eén op de vijf deelnemers had op het moment van de vervolgmeting één comorbide diagnose, 15% had twee comorbide diagnoses en 13% had drie of meer comorbide diagnoses.

Tabel 4.1 De vijf meest gestelde comorbide psychische stoornissen

Top 5 meest gestelde diagnose	Percentage
1. Stemmingsstoornis	24%
2. PTSS of trauma	19%
3. Persoonlijkheidsstoornis	18%
4. Angststoornis	9%
4. AD(H)D	9%
<b>Totaal</b>	n=514

### Autisme spectrum stoornis eigenschappen

In de vervolgmeting hebben we eigenschappen die verband houden met een autisme spectrum stoornis uitgevraagd (bijvoorbeeld moeite met sociaal inzicht, vasthouden aan routine, moeite met aandacht wisselen en moeite met voorstellingsvermogen).

Elke eigenschap werd gemeten door middel van vragen met vier antwoord categorieën: 'helemaal mee oneens', 'enigszins mee oneens', 'enigszins mee eens' en 'helemaal mee eens', welke gescoord werden met respectievelijk 1 tot 4. Per eigenschap wordt een gemiddelde score van > 2,56 als hoog gezien. Tabel 4.2 laat zien hoeveel deelnemers hoog scoorden en zich dus herkennen in elk van deze eigenschappen.

Respondenten scoorden over het algemeen hoog op de meeste eigenschappen van een autisme spectrum stoornis. Hierin was weinig verschil tussen deelnemers met huidige eetproblematiek en eetproblematiek in het verleden.

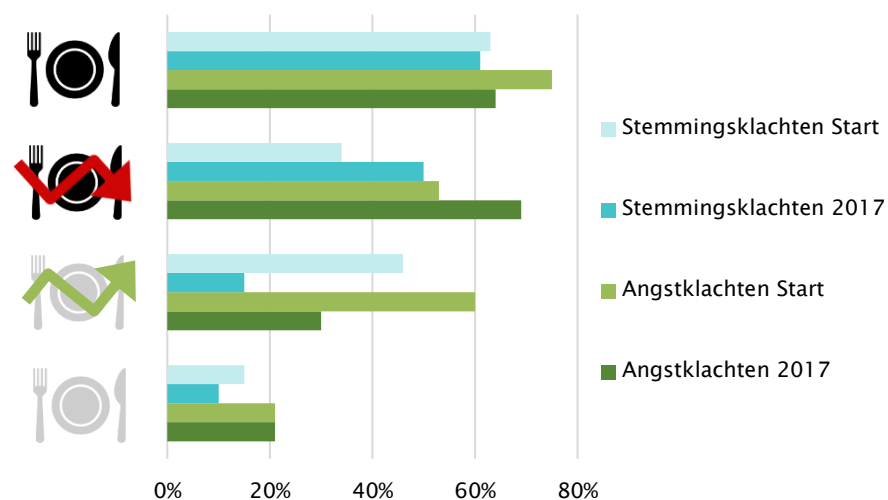
Tabel 4.2 Aantal deelnemers die “hoog” scoren op eigenschappen van autisme spectrum stoornissen.

Symptomen	Moeite met sociaal inzicht	Vasthouden aan routine
Huidig (n=326)	42%	51%
Verleden (n=149)	42%	49%
<b>Totaal (n=475)</b>	<b>42%</b>	<b>50%</b>
Symptomen	Moeite met aandacht wisselen	Moeite met voorstellingsvermogen
Huidig (n=326)	38%	14%
Verleden (n=149)	36%	12%
<b>Totaal (n=475)</b>	<b>38%</b>	<b>13%</b>

### Anast en sombere stemming

Angst- en stemmingsklachten werden in de vervolgmeting gerapporteerd door respectievelijk 52% en 45% van de deelnemers. Bij de vergelijking van angst- en stemmingsklachten tussen de start- en vervolgvragenlijst (Tabel 4.3) wordt duidelijk dat een verschuiving in eetproblematiek samenhangt met een verschil in angstklachten en een sombere stemming. Een verbetering in eetproblematiek (van huidig naar verleden) gaat gepaard met een forse daling van angst- en stemmingsklachten, en andersom.

### Mentale functioneren



Figuur 4.1 De vergelijking van angst- en stemmingsklachten, onderverdeeld in vier groepen van verleden met een eetstoornis en/of een huidige eetstoornis bij de start- en de vervolgmeting.

### Zelfbeeld

Mensen met een eetstoornis hebben vaak een lager zelfbeeld dan mensen zonder een eetstoornis. Opvallend genoeg was er bij de NER deelnemers geen verschil te zien in zelfbeeld tussen mensen die momenteel eetproblematiek ervaren en mensen die in het verleden eetproblematiek hebben ervaren. Het merendeel van beide groepen had een laag zelfbeeld (Tabel 4.4).

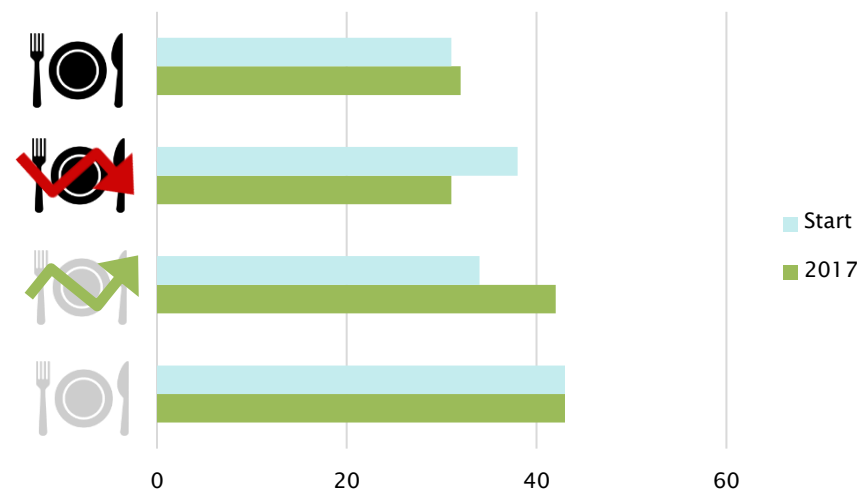
Tabel 4.4 Zelfbeeld bij mensen met huidige en eetproblematiek in het verleden

Zelfbeeld	Huidige eetproblematiek	Eetproblemen in verleden	Totaal
Laag	61%	60%	61%
Normaal	35%	36%	35%
Hoog	4%	4%	4%
Totaal	n=350	n=161	n=511

### Mentale kwaliteit van leven

In de NER vragenlijst is ook gekeken naar de mentale kwaliteit van leven. Voor de mentale kwaliteit van leven geldt hoe hoger de score, hoe groter de kwaliteit van leven (een score van 50 is gemiddeld voor de algemene bevolking). In de vervolgmeting werd een gemiddelde score van 35 voor mentale kwaliteit van leven gevonden. In de vergelijking tussen de start- en vervolgmeting (Figuur 4.1) komt duidelijk naar voren dat de mentale kwaliteit van leven verbeterd naarmate de eetproblematiek afneemt (van huidig naar in het verleden) en andersom.

### Mentale functioneren





Figuur 4.1 Gemiddelde score voor mentale kwaliteit van leven, onderverdeeld in vier groepen van verleden met een eetstoornis en/of een huidige eetstoornis bij de start- en de vervolgmeting.

### Waardering leven

De NER respondenten is gevraagd hoe zij hun leven waarderen op een schaal van 1 tot 10. Het gemiddelde cijfer dat de respondenten gaven was een 5,8, dit cijfer was hoger bij mensen die in het verleden eetproblematiek hebben ervaren (7,1) dan mensen met huidige eetproblematiek (5,2; Tabel 4.6).

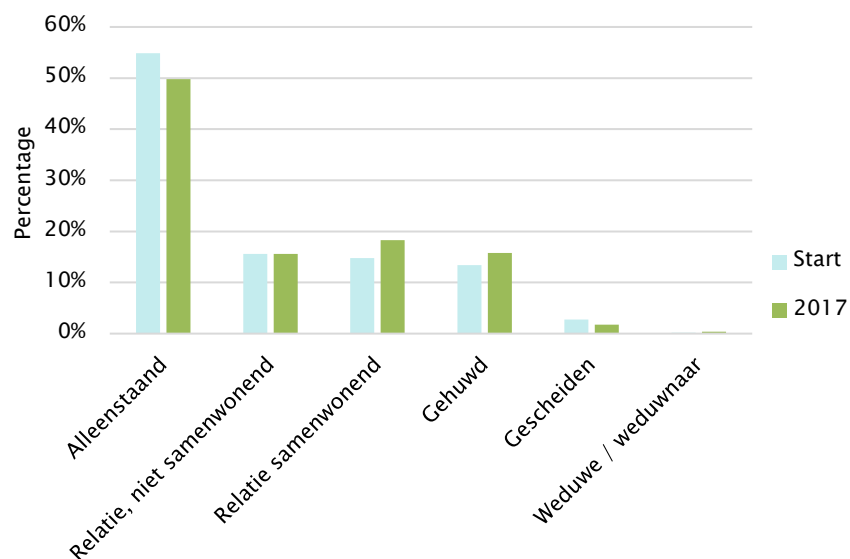
Tabel 4.6 Waardering van het leven in respondenten wanneer gekeken wordt naar huidige eetproblematiek of eetproblematiek in het verleden

	Gemiddelde cijfer	Minimum-Maximum
 Huidig (n=161)	5,2	0 - 9
 Verleden (n=353)	7,1	3 - 10
<b>Totaal (n=514)</b>	5,8	0 - 10

## 5 Sociaal-maatschappelijke participatie

### Burgerlijke staat

De burgerlijke staat van de deelnemers is weergegeven in Figuur 5.1. Ten opzichte van de startmeting is het percentage alleenstaanden met 5% afgenomen bij de vervolgmeting, dit is wel nog steeds de grootste groep (50%).



Figuur 5.1 Burgerlijke staat tijdens start- en vervolgmeting (n=514)

## Sociaal-maatschappelijke participatie

### Sociale contacten

#### Verdeling

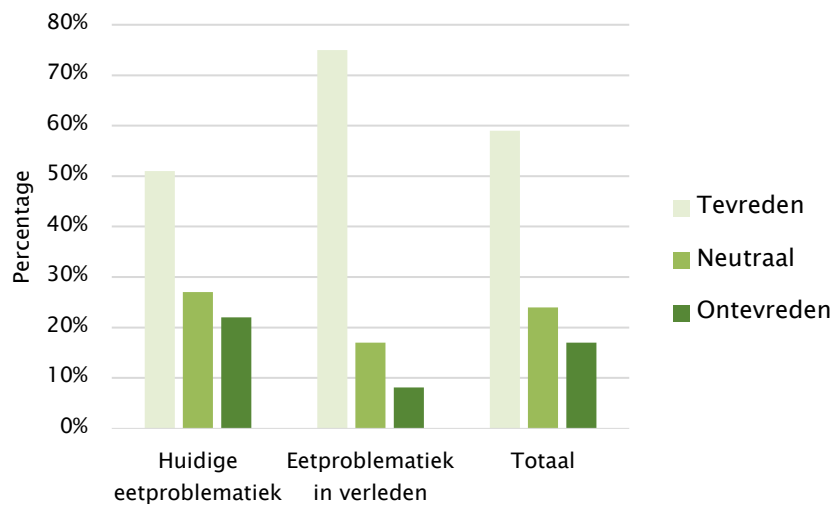
De meeste deelnemers gaven aan sociale contacten te hebben. Vooral vriendschappen met leeftijdsgenoten worden vaak genoemd (82%). Slechts 8% van de NER deelnemers liet weten nauwelijks sociale contacten te hebben.

#### Tevredenheid

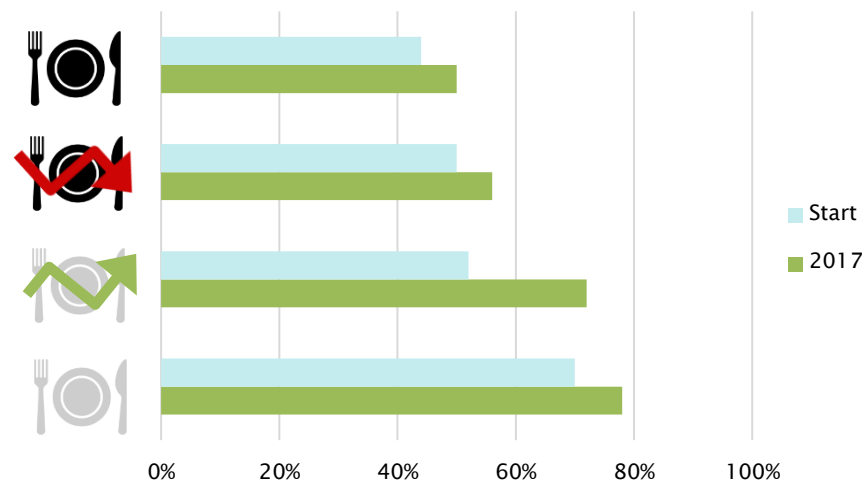
Meer dan de helft (58%) van het totaal aantal NER respondenten is tevreden over de huidige sociale contacten en 17% is ontevreden. Zoals in Figuur 5.2 te zien is, zijn meer mensen met in het verleden eetproblematiek tevreden en scoren zij ook hoger (7,6; schaal 1-10) dan mensen met huidige eetproblematiek (6,5; schaal 1-10).

#### Vergelijking start- en vervolgmeting

Wanneer we de gegevens van de startmeting met de vervolgmeting vergelijken, lijken de deelnemers in de vervolgmeting gemiddeld meer tevreden te zijn met hun sociale contacten dan bij de startmeting. De grootste stijging in tevredenheid was te zien bij deelnemers die bij de startmeting huidige eetproblematiek rapporteerden en bij de vervolgmeting eetproblematiek in het verleden (Tabel 5.2).



Figuur 5.2 Tevredenheid over de sociale contacten.



Figuur 5.3 Vergelijking van tevredenheid over de sociale contacten tussen start- en vervolgmeting, onderverdeeld in vier groepen van verleden met een eetstoornis en/of een huidige eetstoornis bij de start- en de vervolgmeting.

### Arbeid en dagbesteding

Bij de meeste respondenten was de voornaamste dagbesteding regulier betaald werk (53%), bij de personen onder de 18 jaar (n=13) was dit onderwijs of studie (90%; Tabel 5.4).

Tabel 5.4 Dagbesteding NER respondenten (meerdere antwoorden mogelijk per persoon)

	Percentage	Gemiddeld aantal uur per week	Minimaal-maximaal
Regulier betaald werk	53%	24,4	1-61
Als zelfstandige werkzaam (ZZP)	7%	17,9	2-70
Stage	9%	20,2	2-45
Onderwijs of studie	38%	26,2	1-80
Werk met behoud uitkering	2%	11,3	1-24
Regeling begeleid werken	0,2%	12	12-12
Sociale werkvoorziening	0,8%	9,3	5-20
Werk-/zorgboerderij	1%	14,4	3-21
Dagbehandeling psychiatrische instelling	4%	23,2	1-168
Dagactiviteiten/dagverblijf	2%	7,3	3-16
Huisman/huisvrouw	11%	26,2	2-168
Hobby's of eigen tijd	43%	16,3	1-136
Vrijwilligerswerk	23%	7,6	1-65
<b>Totaal</b>		n=505	

### Sociaal-maatschappelijke participatie

#### Inkomsten

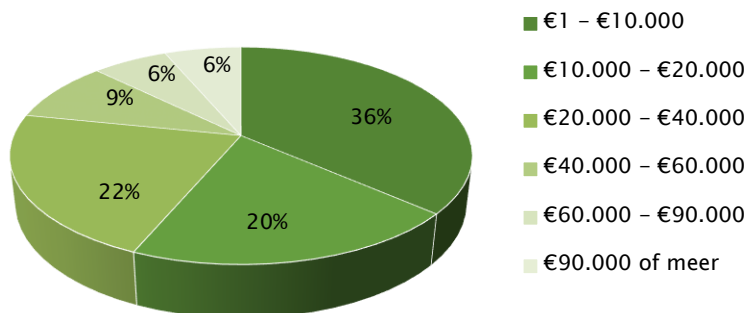
##### *Bronnen van inkomsten*

Voor de meeste respondenten was inkomen uit arbeid de belangrijkste bron van inkomen (63%), gevolgd door inkomen van ouders/verzorgers (33%) en inkomen van partner (27%).

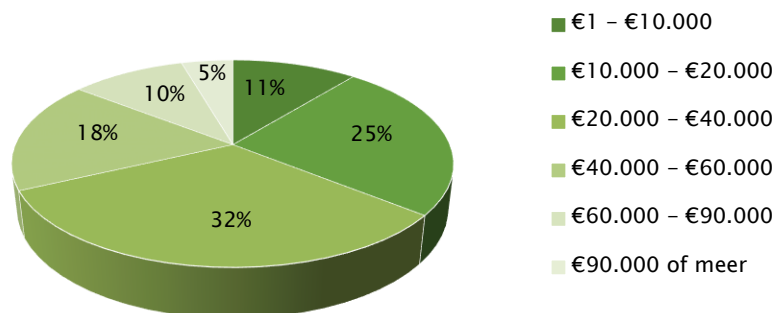
##### *Jaarinkomen*

61% van de respondenten heeft aangegeven wat het bruto jaarinkomen is binnen hun huishouden. Omdat de meeste deelnemers die jonger zijn dan 25 jaar nog een opleiding volgen, hebben we het jaarinkomen in twee groepen bekeken; jonger dan 25 jaar (25-) en 25 jaar of ouder (25+).

Bij 25- deelnemers bestond het huishouden gemiddeld uit 2,4 personen met een inkomen, alhoewel de meesten er een eenpersoonshuishouden op na hielden. Een bruto jaarinkomen tussen de €1 en €10.000 werd in deze groep het meest gerapporteerd (36%; Figuur 5.2). Van de 25+ deelnemers is het gemiddeld aantal personen per huishouden met een inkomen 1,7. In deze groep werd een jaarinkomen tussen de €20.000 en €40.000 het meest genoemd (32%; Figuur 5.3).



Figuur 5.2 Bruto jaarinkomen per huishouden van NER respondenten < 25 jaar (n=110).



Figuur 5.3 Bruto jaarinkomen per huishouden van NER respondenten ≥ 25 jaar (n=201).

## Sociaal-maatschappelijke participatie

### Ziekteverzuim

De deelnemers bleven gemiddeld 12 dagen weg (Tabel 5.3). Dit gemiddelde lag hoger bij de respondenten met huidige eetproblematiek (14 dagen) dan bij de personen met eetproblematiek in het verleden (8 dagen). Wanneer dit wordt vergeleken met de cijfers van het CBS (2017), zien we dat het gemiddeld aantal verzuimdagen 7,6 is onder de vrouwelijke Nederlandse bevolking (leeftijd 15-65). Het aantal verzuimdagen lijkt dus bij de NER deelnemers met huidige eetproblematiek hoger te liggen dan bij deze Nederlandse bevolkingsgroep, terwijl het ongeveer gelijk is aan de deelnemers die in het verleden eetproblematiek hebben ervaren.

Tabel 5.3 Gemiddeld aantal dagen ziekteverzuim in de afgelopen 12 maanden

	Percentage	Dagen verzuim	Minimaal - Maximaal
<b>Huidige eetproblematiek</b>	66%	14	0-93
<b>Eetproblematiek in verleden</b>	34%	8	0-93
<b>Totaal</b>	n=437	12	0-93



### **Bijdrage maatschappij**

Aan alle respondenten is gevraagd in hoeverre zij vinden dat zij succesvol zijn als het gaat om hun bijdrage aan de maatschappij. De gemiddelde score was 5,8 (range 1-10).

De mensen die werkten als zelfstandigen vonden zichzelf het meest succesvol (7,0) en de mensen zonder structurele dagbesteding vonden zichzelf het minst succesvol (2,4) in hun bijdrage aan de maatschappij.

Daarnaast scoorden mensen met huidige eetproblematiek lager (5.4) dan de mensen met in het verleden eetproblematiek (6.8).

### *Sociaal-maatschappelijke participatie*

## 6. Referenties

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Slof 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*, 305–309.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The autism-spectrum quotient (AQ): Evidence from asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of autism and developmental disorders, 31*(1), 5–17.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309–313). New York: Guilford Press.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Lowe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics, 50*, 613–621.
- Rosenberg, M. (1965). The measurement of self-esteem, Society and the adolescent self-image. *Princeton, 16*–36.
- Ware, J., Jr., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care, 34*, 220–233.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy, 9*(2), 171–180.