



Nederlands Eetstoornis Register:

Het register voor eetstoornissen en eetproblemen



Nederlands Eetstoornis Register:

Het register voor eetstoornissen en eetproblemen

Rapportage wave 2: 2020

Voorwoord

Het Nederlands Eetstoornis Register (NER) is opgericht in 2015 door GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula in samenwerking met de Vrije Universiteit Amsterdam en de Nederlandse patiëntenvereniging voor eetstoornissen Weet.

Met het NER willen we de lange termijn gevolgen van het hebben of gehad hebben van een eetstoornis of eetprobleem onderzoeken. De verwachting is dat eetproblematiek gevolgen zal hebben op veel verschillende gebieden van functioneren. Er is daarom in deze NER vragenlijst niet alleen aandacht voor eetproblematiek, maar ook voor zelfbeeld, lichamelijke klachten, sociaal en dagelijks functioneren, en kwaliteit van leven.

Inmiddels zijn er al drie NER vragenlijsten afgenomen, deze worden in hoofdstuk 1 verder uitgelegd:

1. Basisvragenlijst (2015–2021)
2. Wave 1 (2017)
3. Wave 2 (2020)

In dit tweede rapport wordt wave 2 en de vergelijking met eerdere vragenlijsten besproken. De focus ligt op de volgende onderwerpen:

1. Kenmerken van de deelnemers, 2. Eetproblematiek, 3. Lichamelijk functioneren, 4. Mentaal functioneren, 5. Hoop en

overtuiging, 6. Sociaal functioneren, 7. Kwaliteit van leven, 8. Dagelijks functioneren.

We willen alle mensen hartelijk bedanken die hebben deelgenomen of anderszins hebben meegewerkt aan dit onderzoek. Met jullie hulp kunnen we de komende jaren bijdragen aan de kennis over eetproblematiek.

Drs. Eline van Bree | GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula,
info@nederlandseetstoornisregister.nl

Dr. Ir. Rita Op 't Landt-Slof | GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula

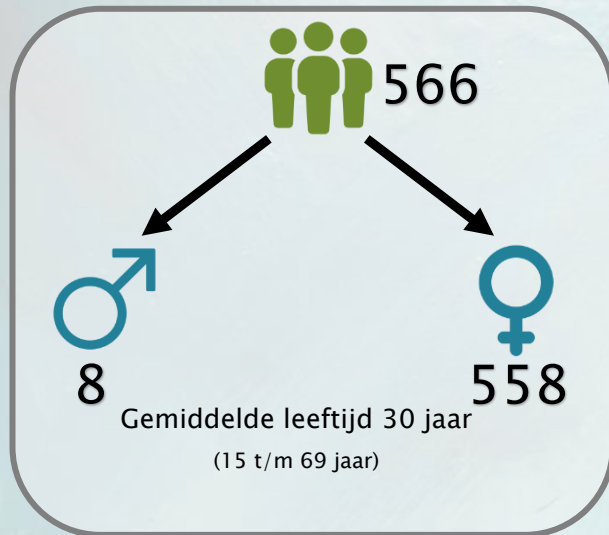
Prof. Dr. Eric van Furth | GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula

Inhoudsopgave

Samenvatting	1	Gevoel op dit moment	14
1 Kenmerken van de deelnemers.....	2	Gevoel ergens bij te horen.....	14
Basisvragenlijst, wave 1 en wave 2	2	Hoop op herstel.....	14
Leeftijd en geslacht	3	Bepaling eetproblematiek in leven	15
Woonsituatie	3	6 Sociaal functioneren	16
Opleiding	4	Burgerlijke staat	16
Regio	5	Sociale contacten (1).....	16
2 Eetproblematiek	6	Sociale contacten (2).....	17
Huidige eetproblemen of eetproblematiek in het verleden	6	Gesteund door naasten.....	17
Eetstoornis symptomen	7	7 Kwaliteit van leven	18
Huidige of laatst gestelde eetstoornis diagnose	7	Fysieke kwaliteit van leven	18
Behandeling.....	8	Mentale kwaliteit van leven.....	18
3 Lichamelijk functioneren	9	Waardering leven.....	19
Lichamelijke klachten	9	8 Dagelijks functioneren	20
Waardering lichamelijke gezondheid	9	Bijdrage aan de maatschappij	20
4 Mentaal functioneren	10	Ziekteverzuim	20
Meerdere psychische diagnoses (comorbiditeit).....	10	Arbeid en dagbesteding	20
Lichaamsontevredenheid	10	Inkomsten	21
Angst en sombere stemming	11	9 Evaluatie	22
Zelfbeeld.....	12	10. Referenties.....	23
Zelfacceptatie	12	Bijlage 1 Tijdlijn deelnemers verdeling	25
Emotieregulatie	13		
5 Hoop en overtuiging	14		

Samenvatting

Kenmerken van de deelnemers



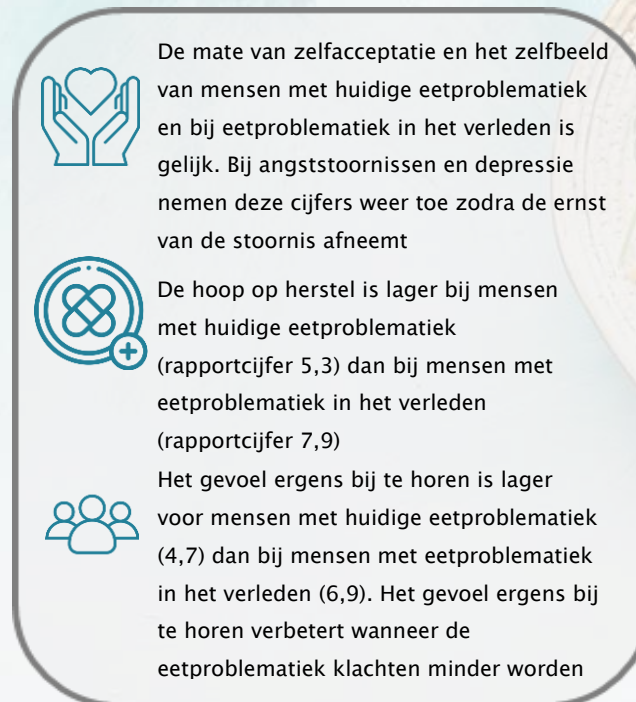
Eetproblematiek



Mentaal functioneren



Hoop en overtuiging



Kwaliteit van leven



1 Kenmerken van de deelnemers

Basisvragenlijst, wave 1 en wave 2



Basisvragenlijst

Zodra iemand zich aanmeldt voor het Nederlands Eetstoornis Register (NER) vult hij of zij de basisvragenlijst in. Tussen 2015 en 2020 hebben 1148 mensen de basisvragenlijst al ingevuld. Gedurende deze 5 jaar fluctueert het aantal aanmeldingen en afmeldingen van mensen voor het onderzoek.



Wave 1

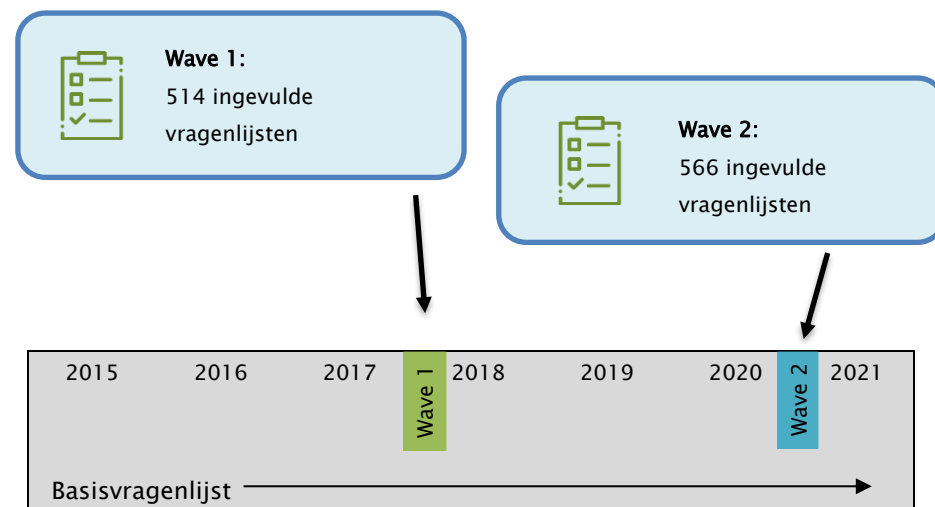
Wanneer iemand in 2017 aangemeld stond (en dus al eerder de basisvragenlijst had ingevuld) is hij of zij uitgenodigd voor wave 1 in september 2017. Deze vragenlijst werd ingevuld door 56% (514) van de mensen die op dat moment de basisvragenlijst hadden ingevuld (zie Figuur 1.1, voor een uitgebreidere tijdlijn zie bijlage 1). Dit aantal is ongeveer gelijk aan het respons aantal van het Nederlands Tweeling Register, waarbij 47% van de mensen de vragenlijsten invulden.



Wave 2

Alle deelnemers die de basisvragenlijst hebben ingevuld zijn uitgenodigd voor wave 2 in 2020. Dit rapport gaat over wave

2. Deze vragenlijst werd ingevuld door 51% (566) van de mensen die op dat moment de basisvragenlijst hadden ingevuld (zie Figuur 1.1). In totaal hebben 302 mensen die wave 1 hebben ingevuld ook wave 2 ingevuld (59%).



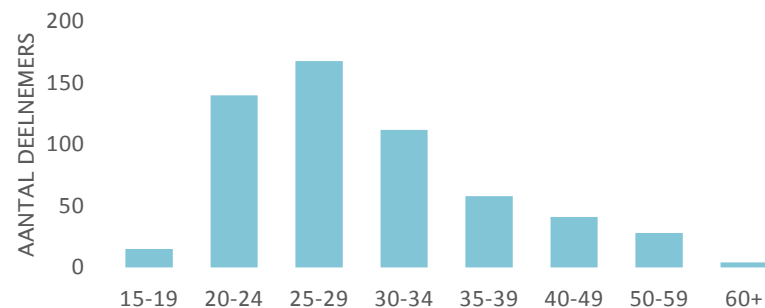
Figuur 1.1 Uitleg basisvragenlijst, wave 1 en wave 2. Voor een uitgebreidere tijdlijn zie bijlage 1

Leeftijd en geslacht

In totaal hebben 566 mensen wave 2 van het Nederlands Eetstoornis Register (NER) ingevuld (waarvan 8 mannen en 558 vrouwen). Deze groep vormt de basis van de huidige rapportage. (Figuur 1.2). De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 30 jaar (Figuur 1.2; Figuur 1.3). Van de 566 vragenlijsten zijn er 507 volledig ingevuld. Percentages voor deze wave zijn berekend op de complete groep (566 deelnemers) tenzij een ander aantal wordt genoemd.



Figuur 1.2 Flowchart van de deelnemers



Figuur 1.3 Verdeling van leeftijd van deelnemers

Woonsituatie

De meeste NER deelnemers wonen met partner of op zichzelf (Tabel 1.1). Meer dan 2/3 (69%) van de deelnemers die nog thuis woont, woont bij beide ouders of verzorgers. Er was één deelnemer met een zwervend bestaan.

Woonsituatie	Percentage	Gemiddelde leeftijd (in jaren)	Minimaal - Maximaal
Ouder(s)/verzorger(s)	14%	23	15 - 53
Kamers/studentenhuis	12%	23	18 - 29
Op zichzelf	34%	30	16 - 65
Partner en/of kinderen	42%	35	20 - 69
Woonvorm met begeleiding	4%	28	16 - 45
Totaal	n=566		

Tabel 1.1 Woonsituatie NER respondenten, meerdere antwoorden

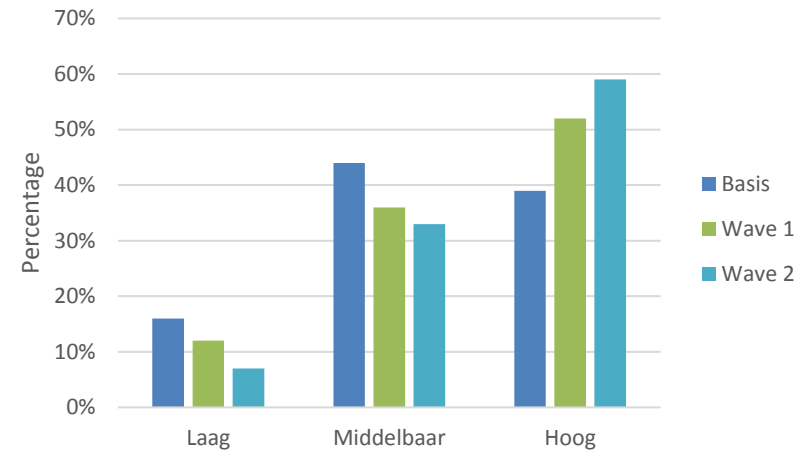
Opleiding

Huidige opleiding

190 van de NER deelnemers (34%) volgt op dit moment een opleiding. Bij de basisvragenlijst waren dit 568 deelnemers (50%), bij wave 1: 211 (41%) . Dit dalende aantal kan verklaard worden doordat de deelnemers ouder worden, en dus meer mensen hun opleiding hebben afgerond.

Hoogst genoten opleiding

Een relatief grote groep heeft een hoog opleidingsniveau (59%). In vergelijking met eerdere vragenlijsten is het aantal laag- en middelbaar opgeleiden gedaald en het aantal hoog opgeleiden gestegen (Figuur 1.4). In het Nederlands Autisme Register, een soortgelijk register voor autisme, hebben ook vooral hoger opgeleiden de vragenlijst ingevuld.



Figuur 1.4 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 (95%). De meeste deelnemers kwamen uit Zuid-Holland en Noord-Holland (respectievelijk 24% en 16%, Tabel 1.2). Wanneer dit vergeleken wordt met de CBS cijfers kan worden gezegd dat dit een goede afspiegeling is van de landelijke spreiding.

Provincie	Spreiding deelnemers wave 2	Spreiding deelnemers wave 1	Spreiding landelijke bevolking volgens CBS
Groningen	5%	3%	4%
Friesland	4%	5%	4%
Drenthe	2%	1%	3%
Overijssel	6%	6%	7%
Flevoland	1%	2%	3%
Gelderland	14%	14%	12%
Utrecht	11%	11%	8%
Noord-Holland	16%	16%	17%
Zuid-Holland	24%	20%	21%
Zeeland	1%	2%	2%
Noord-Brabant	12%	14%	15%
Limburg	4%	3%	6%
Buitenland	5%	4%	-
Totaal	n=537	n=514	

Tabel 1.2 Spreiding van deelnemers over provincies

2 Eetproblematiek

Tijdens alle vragenlijsten gaven deelnemers zelf aan of zij op dat moment eetproblematiek hadden of hiervan zijn hersteld. In Figuur 2.1 staat uitgelegd in welke groepen de deelnemers zijn ingedeeld voor dit rapport.

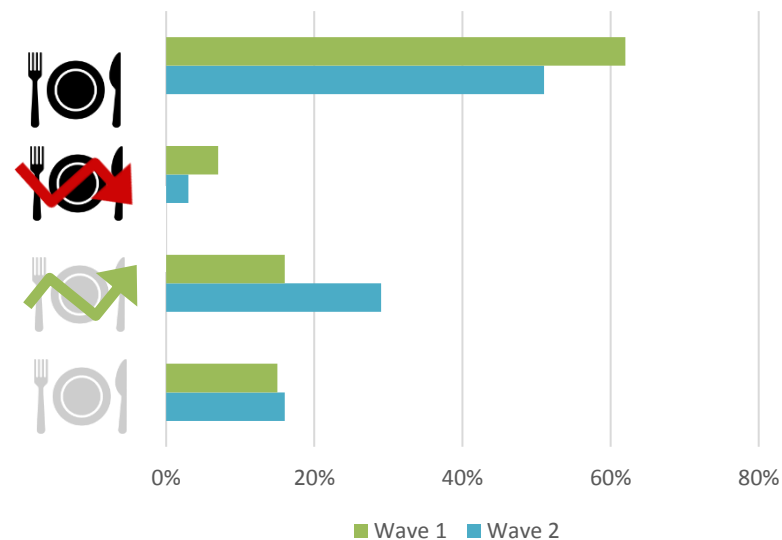
- Eetproblemen: zowel bij basis als vervolgvragenlijst eetproblematiek
- Verslechterd: basis geen eetproblematiek bij wave 1 of 2 wel
- Verbeterd: basis wel eetproblematiek wave 1 of 2 niet
- Hersteld/verleden: basis en wave 1 of 2 geen eetproblematiek (maar heeft hier eerder wel last van gehad)

Wave 1: De meeste deelnemers van wave 1 lieten geen verandering zien in eetproblematiek ten opzichte van de basisvragenlijst (Figuur 2.2 groene balk). Een kleine groep (16%) verbeterde, terwijl 7% juist verslechterde ten opzichte van de basisvragenlijst.

Wave 2: Ook bij wave 2 lieten de meeste mensen geen verandering zien ten opzichte van de basisvragenlijst (Figuur 2.2, blauwe balken). Een kleine groep verbeterde (29%) en een deel verslechterde ten opzichte van de basisvragenlijst (3%).

		Huidige eetproblematiek basisvragenlijst	Huidige eetproblematiek Wave 1 of 2
	Eetproblemen	Ja	Ja
	Verslechterd	Nee	Ja
	Verbeterd	Ja	Nee
	Hersteld/Verleden	Nee	Nee

Figuur 2.1. Legenda eetproblematiek basisvragenlijst en wave 1 of 2

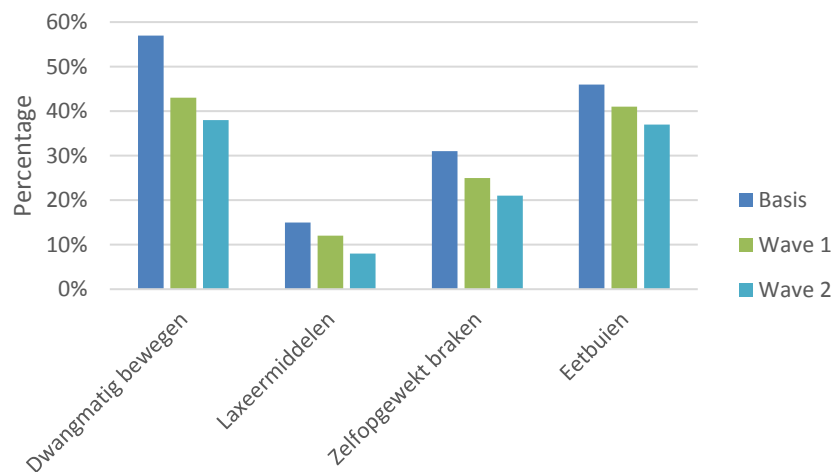


Figuur 2.2 Verandering in eetproblematiek (huidig of verleden) tussen basisvragenlijst, wave 1 of wave 2

Eetstoornis symptomen

Uit de Eating Disorder Examination questionnaire bleek dat 57% van de NER deelnemers aan de criteria van een eetstoornis voldeed in de afgelopen 28 dagen.

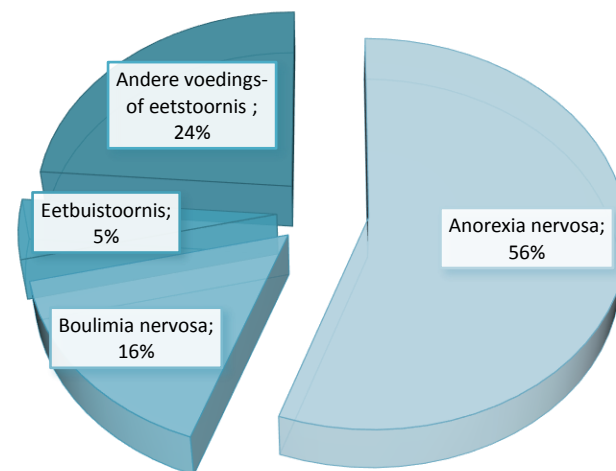
In Figuur 2.3 is weergegeven hoeveel respondenten eetbuïen, zelfopgewekt braken, gebruik van laxeremiddelen en/of dwangmatig bewegen rapporteerden in de afgelopen 28 dagen. Ten opzichte van de basisvragenlijst zijn alle percentages gedaald. Waar dwangmatig bewegen gemiddeld vaker dagelijks of meerdere keren per week voorkomt, komen laxeremiddelengebruik en braken gemiddeld 1 keer per week tot 1 keer per maand voor.



Figuur 2.3 Eetproblematiek in de afgelopen 28 dagen

Huidige of laatst gestelde eetstoornis diagnose

Bij 481 NER respondenten (93%) is er (ooit) een eetstoornis diagnose gesteld. In Figuur 2.4 zijn de huidige of laatst gestelde eetstoornis diagnoses voor deze groep weergegeven. Anorexia Nervosa werd het meest genoemd, eetbuïstoornis het minst. Eén persoon had een ARFID diagnose (vermijdende/restrictieve voedselinname stoornis).



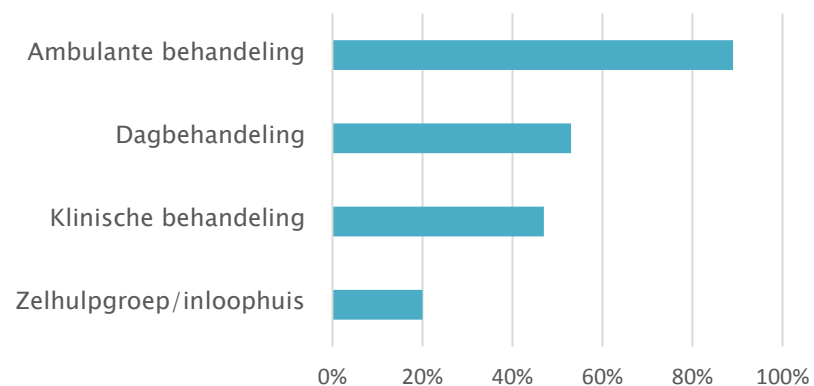
Figuur 2.4 Huidige of laatst gestelde eetstoornisdiagnose (n=481)

Behandeling

Aantal, duur en soort

481 van de 520 respondenten (93%) heeft ooit een behandeling gevolgd voor hun eetproblematiek, waarvan 110 respondenten (23%) 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. Er kunnen verschillende behandelingen zijn gevolgd, maar ambulante behandeling werd het meest genoemd (Figuur 2.5).

De totale duur van behandeling voor mensen met een huidige eetstoornis is 4,4 jaar (0–30 jaar), en met een eetstoornis verleden 3,9 jaar (0–15 jaar). Dit wijst erop dat eetstoornis behandeling veel langer kan duren dan de algemeen bekende 1 jaar.








Figuur 2.5 Soorten behandeling die gevolgd zijn/worden

3 Lichamelijk functioneren

Lichamelijke klachten

Eetproblemen gaan vaak samen met lichamelijke klachten. Van alle wave 2 deelnemers hebben 294 personen (57%) last van lichamelijke klachten (Tabel 3.1). Wat opvalt is dat van de mensen die in het verleden eetproblematiek hebben gehad, maar nu nog fysieke klachten hebben, de hoeveelheid maag, darm en rug klachten grotendeels hetzelfde blijven. De hoeveelheid vermoeidheids- en slaapklachten namen gemiddeld af.

Tabel 3.1 Meest genoemde lichamelijke klachten

Meest genoemde lichamelijke klachten	Huidige eetproblematiek	Verleden eetproblematiek
1. Vermoeidheid	 75%	53%
2. Slaapproblemen	 64%	35%
3. Maag- /darmklachten	 56%	49%
4. Rug/nek/schouderklachten	 45%	45%
5. Hoofdpijn/migraine	 35%	39%
Totaal	n=190	n=104

Waardering lichamelijke gezondheid

De groep met eetproblematiek in het verleden waardeert hun lichamelijke gezondheid duidelijk meer (7,2) dan mensen die op dit moment nog eetproblematiek ervaren (5,8; Tabel 3.2). Dit verschil was kleiner bij wave 1.

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

Eetproblematiek	Waardering lichamelijke gezondheid wave 1	Waardering lichamelijke gezondheid wave 2	Minimaal – Maximaal
 Huidig (n = 282)	5,9	5,8	0 - 10
 Verleden (n=238)	6,9	7,2	1 - 10
Totaal (520)	6,4	6,5	0 - 10

4 Mentaal functioneren

Meerdere psychische diagnoses (comorbiditeit)

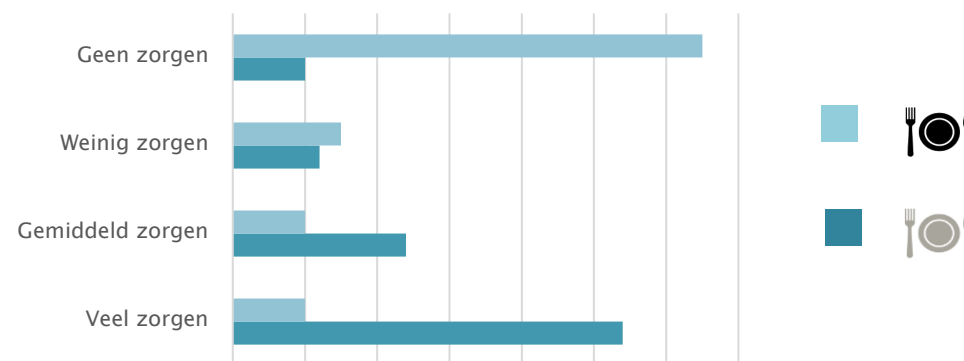
Bij mensen met huidige eetproblematiek gaf 56% aan momenteel nog een andere diagnose te hebben (comorbiditeit). Bij mensen met eetproblematiek in het verleden waren beduidend minder mensen met een andere diagnose, namelijk 32%. Dit wijst erop dat het hebben van diagnoses náást de eetproblematiek, de eetproblematiek in stand kan houden. De meest voorkomende diagnose bij mensen met huidige eetproblematiek is een stemmingsstoornis (19%; Tabel 4.1). Eén op de vijf deelnemers had op het moment van wave 2 één comorbide diagnose, 15% had twee comorbide diagnoses en 10% had drie of meer comorbide diagnoses.

Tabel 4.1 De vijf meest gestelde comorbide psychische stoornissen

Top 5 meest gestelde diagnose	Percentage
1. Stemmingsstoornis	19%
2. PTSS of trauma	16%
3. Persoonlijkheidsstoornis	14%
4. Autisme spectrum stoornis	10%
5. Angststoornis	7%
Totaal	n=530

Lichaamsontevredenheid

Voor lichaamsontevredenheid geldt, hoe hoger de score, hoe meer ontevreden mensen over het eigen lichaam zijn. Naar verwachting maakten mensen die momenteel eetproblemen ervaren zich meer zorgen over de eigen lichaamsvorm. Bij mensen met eetproblematiek in het verleden werd een tegenovergestelde verdeling gevonden (Figuur 4.1). In vergelijking tot een groep studenten zonder eetproblematiek blijkt het aantal zorgen veel hoger bij de huidige eetproblematiek groep (Welch, 2012). In de studentengroep werden vaker geen zorgen (23%) en weinig zorgen (76%) over het lichaam genoemd.

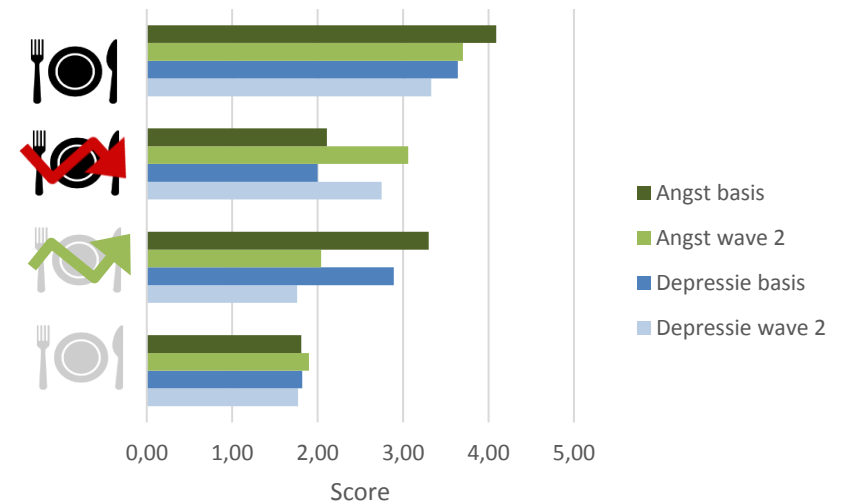


Figuur 4.1 Zorgen over het eigen lichaam bij mensen met huidige eetproblematiek (zwarte icoon) en eetproblematiek in het verleden (grijze icoon).

Angst en sombere stemming

Bij wave 2 gaf 51% van de deelnemers aan angstklachten te hebben en 42% depressieklachten. In Figuur 4.2 is de gemiddelde score weergegeven op een schaal van 0 tot 5. Een score boven drie wordt gezien als aanwezigheid van angst of depressieklachten.

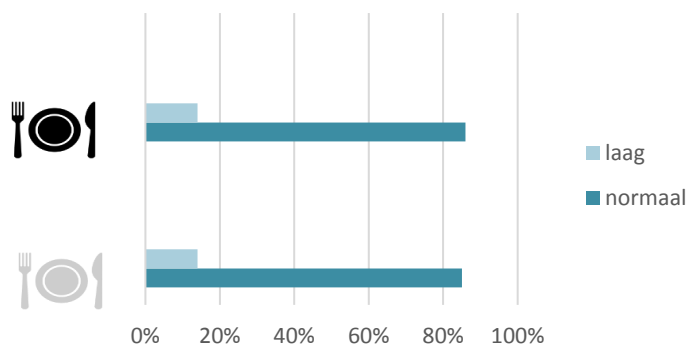
Bij de vergelijking van angst- en stemmingsklachten tussen de basisvragenlijst en wave 2 (Figuur 4.2) wordt duidelijk dat een verschuiving in eetproblematiek samenhangt met een verschil in angstklachten en een sombere stemming; bij een toename in eetproblematiek zie je ook een toename in angst- depressieklachten.



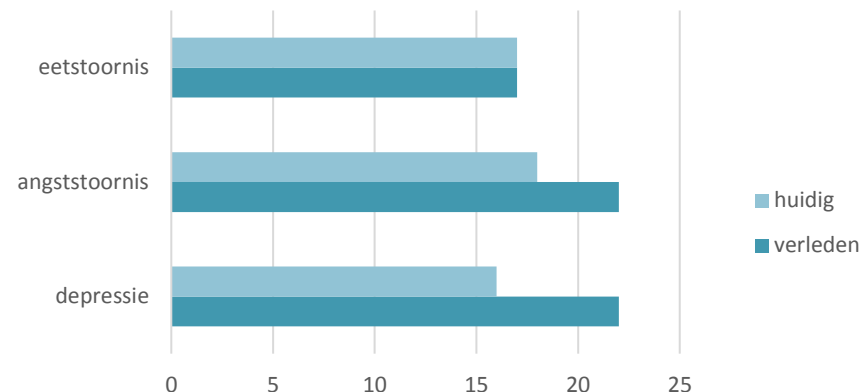
Figuur 4.2 Vergelijking van angst- en stemmingsklachten tussen basisvragenlijst en wave 2, opgesplitst voor veranderingen in eetproblematiek: 1. Huidige eetproblematiek, 2. Verslechtering, 3. Verbetering 4. Eetproblematiek in het verleden (zie ook pagina 6).

Zelfbeeld

Mensen met eetproblematiek hebben vaak een lager zelfbeeld dan mensen zonder eetproblematiek. 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, beiden scoorden gemiddeld 16,7. Een score van 15 tot 24 staat voor een normaal zelfbeeld, scores lager en hoger dan dat staan voor een laag, dan wel hoog zelfbeeld. Het merendeel van beide groepen had een normaal zelfbeeld (Figuur 4.3). In een groep mensen met depressie en angststoornissen werd wel een verbetering gevonden in het zelfbeeld wanneer de klachten afnamen (Figuur 4.4).



Figuur 4.3 Hoe vaak welk zelfbeeld voorkwam bij mensen met huidige eetproblematiek (zwarte icoon) of in het verleden (grijze icoon)



Figuur 4.4. Het zelfbeeld bij mensen met eet-, depressie of angststoornissen met huidige klachten of in het verleden

Zelfacceptatie

Aan de deelnemers is gevraagd in welke mate zij zichzelf accepteren door middel van zeven vragen. De vragen konden beantwoord worden op een schaal van 1 tot 7. Het gemiddelde cijfer van de respondenten was een 4,1. Er was geen verschil tussen huidige eetproblematiek en eetproblematiek in het verleden. Bij een studentengroep werd een hoger gemiddelde gevonden voor zelfacceptatie van 4,6. Hier werd gevonden dat zodra zelfacceptatie toenam, depressieklachten afnamen. Bij het NER werd geen verschil gevonden in mensen met eetproblematieklachten (in het verleden of op dit moment) in zelfacceptatie.

Emotieregulatie

In wave 2 is ook gekeken naar de mate van emotieregulatie op een schaal van 1 tot 7.



Emotieregulatie betekent letterlijk hoe iemand de emoties die hij/zij ervaart reguleert.

Er werden twee vormen van emotieregulatie uitgevraagd:

1. Cognitieve herwaardering: veranderen hoe iemand over emotionele situaties denkt.
2. Emotionele onderdrukking: het onderdrukken van emoties als reactie op een situatie.

Over het algemeen wordt het emotionele onderdrukken als een minder goede emotieregulatie techniek gezien dan cognitieve herwaardering.

Het emotionele onderdrukken werd vaker getoond door mensen die momenteel eetproblematiek hebben. Bij cognitief herwaarderen was dit precies andersom (Tabel 4.2). Een soortgelijke verdeling werd gevonden bij angst en depressiestoornissen (Tabel 4.2).

		Cognitieve herwaardering	Emotionele onderdrukking
	Huidig (n=280)	3,9	4,0
	Verleden (n=237)	4,3	3,1
	Totaal (n=517)	4,1	3,6
	Depressie/angst huidig	3,7	4,0
	Depressie/angst verbetering	4,1	3,7

Tabel 4.2 Emotieregulatie: cognitieve herwaardering en emotionele onderdrukking bij mensen met huidige eetproblematiek of eetproblematiek in het verleden vergeleken met mensen met depressie/angststoornissen.

5 Hoop en overtuiging

Gevoel op dit moment

Aan de respondenten werd gevraagd hoe zij zich voelden tijdens het invullen van de vragenlijst op een schaal van 1 tot 10. Gemiddeld werd een 5,7 gegeven. Mensen met huidige eetproblematiek voelden zich slechter (4,9) dan mensen met eetproblematiek verleden (6,8).

Gevoel ergens bij te horen

Het gevoel ergens bij te horen was lager voor mensen met huidige problematiek (4,7) dan mensen met eetproblematiek in het verleden (6,9). Dit betekent dat het gevoel ergens bij te horen weer toeneemt wanneer de eetproblematiek afneemt.

Hoop op herstel

Met een schaal van 1 tot 10 werd de hoop op herstel tijdens de eetproblematiek uitgevraagd. Bij mensen met een huidige eetproblematiek is de score voor de hoop op herstel gemiddeld een 5,3. Mensen met eetproblematiek in het verleden gaven een hogere score: 7,9, deze score gaat over de hoop op herstel toen zij nog eetproblematiek ervaarden. Bij beide groepen werd ook vaak een 10 genoemd. Bij mensen met huidige eetproblematiek gaf 8% een 10, bij mensen in het verleden was dit 30%.

Het lijkt erop dat herstel anders wordt gezien gedurende en na eetproblematiek.

	Gevoel op dit moment	Gevoel ergens bij te horen	Hoop op herstel
Huidige eetproblematiek	4,9	4,7	5,3
Eetproblematiek in verleden	6,8	6,9	7,9

Tabel 5.1: Een samenvatting van de gevonden gemiddelde cijfers voor gevoel op dit moment, gevoel ergens bij te horen en hoop op herstel

Bepaling eetproblematiek in leven

Aan de deelnemers is gevraagd wat de invloed was van de eetproblematiek in hun leven. Zij moesten aangeven hoe het op dit moment was en hoe dit was in het verleden op een schaal van 1 tot 10. De invloed op dit moment voor mensen met huidige eetproblematiek was hoog (6,2). Bij mensen met eetproblematiek in het verleden was de invloed veel minder (1,8).

Wat opvalt is dat beide groepen aangaven dat de eetproblematiek in het verleden meer invloed had. Het kan zijn dat de mensen met huidige eetproblematiek een behandeling volgen en dat daardoor de invloed minder is geworden. De invloed in het verleden was ongeveer gelijk voor mensen met huidige eetproblematiek en eetproblematiek in het verleden (8,8 en 9,3).

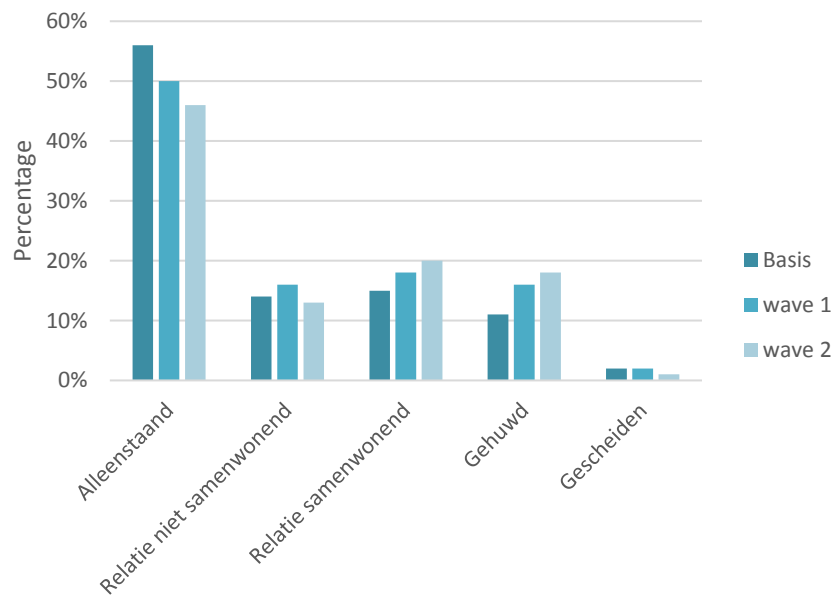
	Invloed op dit moment	Invloed in het verleden
Huidige eetproblematiek	6,2	8,8
Eetproblematiek in verleden	1,8	9,3

Figuur 5.1. De invloed van de eetproblematiek op het leven

6 Sociaal functioneren

Burgerlijke staat

Ten opzichte van de basisvragenlijst is het percentage alleenstaanden met 10% afgenomen bij wave 2, dit is wel nog steeds de grootste groep (46%) (Figuur 6.1).



Figuur 6.1 Burgerlijke staat tijdens basisvragenlijst, wave 1 en 2 (n=534)

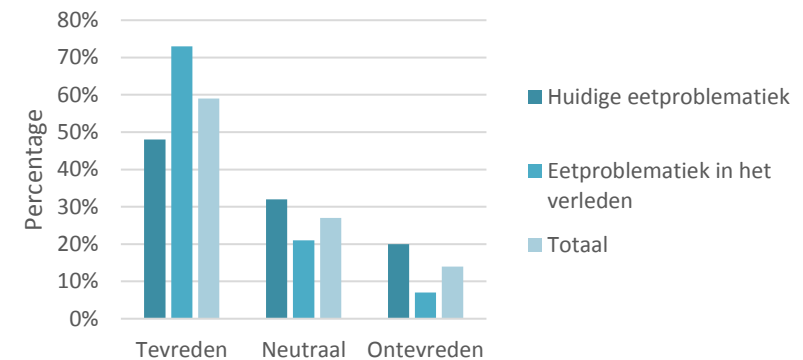
Sociale contacten (1)

Verdeling

De meeste deelnemers (93%) gaven aan sociale contacten te hebben, met name vriendschappen met leeftijdsgenoten (85%). Slechts 7% van de NER deelnemers liet weten nauwelijks sociale contacten te hebben.

Tevredenheid

Meer dan de helft (59%) van het totaal aantal NER respondenten is tevreden over de huidige sociale contacten en 14% is ontevreden. Zoals in Figuur 6.2 te zien is, zijn meer mensen met in het verleden eetproblematiek tevreden en scoren zij ook hoger (7,5; schaal 1-10) dan mensen met huidige eetproblematiek (6.5: schaal 1-10).

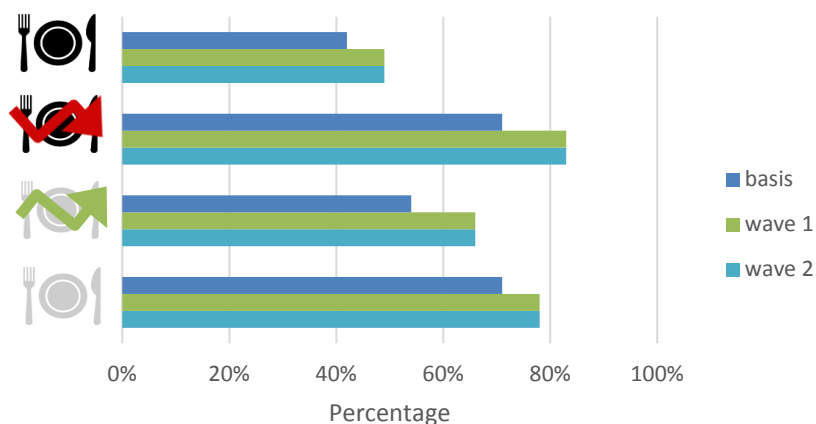


Figuur 6.2 Tevredenheid over de sociale contacten.

Sociale contacten (2)

Vergelijking basisvragenlijst-, wave 1 en wave 2

Wanneer we de gegevens van de basisvragenlijst met wave 2 vergelijken, lijken de deelnemers in de wave 2 gemiddeld meer tevreden te zijn met hun sociale contacten dan bij de basisvragenlijst (Figuur 6.3). De getallen voor wave 1 tonen hetzelfde.



Figuur 6.3 Vergelijking van tevredenheid over de sociale contacten tussen basisvragenlijst, wave 1 en 2. Onderverdeeld in vier groepen: 1. Huidige eetproblematiek, 2. Verslechtering, 3. Verbetering 4. Eetproblematiek in het verleden. Zie pagina 6 voor uitleg groepen.

Gesteund door naasten

Gesteund door naasten

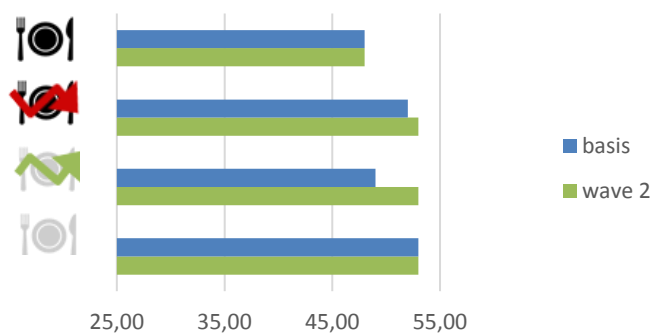
In wave 2 werd gevraagd in hoeverre de deelnemers zich gesteund voelden door hun naasten. Gemiddeld werd er een 7 gegeven voor de ervaren steun. Wanneer dit uitgesplitst werd tussen de groepen werd minder steun ervaren door mensen die momenteel eetproblematiek hebben (6,4) dan mensen die dit in het verleden hadden (7,5). Wanneer meer steun wordt ervaren, lijkt de eetproblematiek af te nemen.

7 Kwaliteit van leven

Fysieke kwaliteit van leven

De fysieke kwaliteit van leven gaat over hoe iemand zijn lichamelijke functioneren ervaart. 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). Er lijkt op fysiek gebied weinig te veranderen bij herstel van eetproblematiek, alle deelnemers hadden voor zowel de basisvragenlijst, wave 1 en wave 2 een score van rond de 50 (Figuur 7.1).

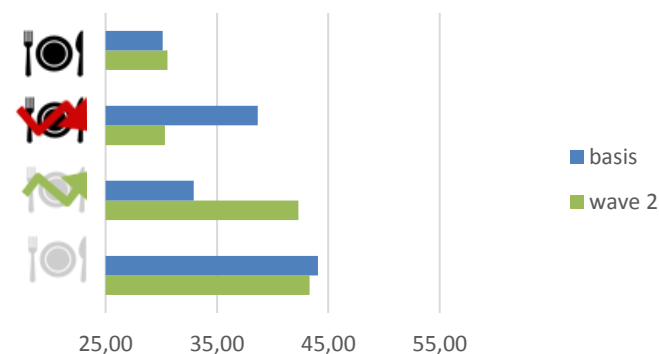
In een studie die keek naar depressie en kwaliteit van leven werd ook een klein verschil gevonden tussen mensen met een huidige depressie (41,8) en met depressie verleden (46,1).



Figuur 7.1 Gemiddelde score voor fysieke kwaliteit van leven. Onderverdeeld in vier groepen: 1. Huidige eetproblematiek, 2. Verslechtering, 3. Verbetering 4. Eetproblematiek in het verleden

Mentale kwaliteit van leven

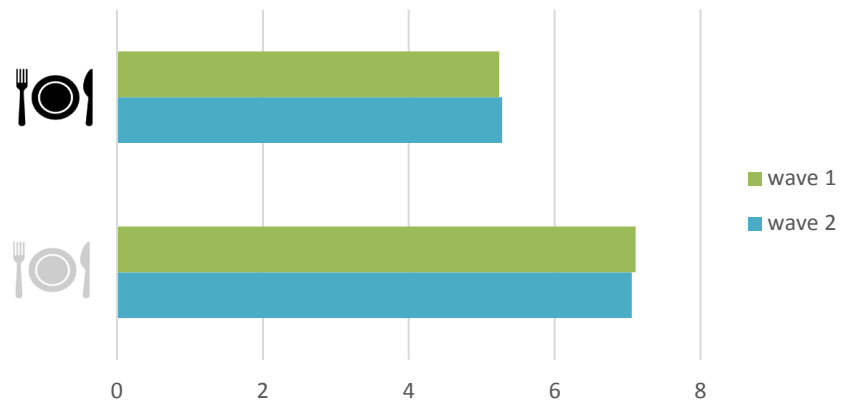
Mentale kwaliteit van leven gaat over hoe iemand zijn psychische functioneren ervaart. In wave 1 werd een gemiddelde score van 35 voor mentale kwaliteit van leven gevonden, wederom is een score van 50 gemiddeld voor de algemene bevolking. In wave 2 was dit vergelijkbaar (Figuur 7.2). Wanneer de basisvragenlijst en wave 2 vergeleken worden komt naar voren dat de mentale kwaliteit van leven verbetert naarmate de eetproblematiek afneemt (van huidig naar in het verleden) en andersom. Ditzelfde fenomeen werd gevonden in een studie die keek naar depressie. Mentale kwaliteit van leven was hier 26,4 voor mensen met een huidige depressie en verbeterde naar 42.1 voor mensen met een depressie verleden.



Figuur 7.2 Gemiddelde score voor mentale kwaliteit van leven. Onderverdeeld in vier groepen: 1. Huidige eetproblematiek, 2. Verslechtering, 3. Verbetering 4. Eetproblematiek in het verleden

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 6,1, dit cijfer was hoger bij mensen die in het verleden eetproblematiek hebben ervaren (7,1) dan bij mensen met huidige eetproblematiek (5,3; Figuur 7.3).



Figuur 7.3 Waardering van het leven van respondenten wanneer gekeken wordt naar huidige eetproblematiek (zwarte icoon) of eetproblematiek in het verleden (grijze icoon)

8 Dagelijks functioneren

Bijdrage aan de 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 6,1 (range 1-10). Mensen met huidige eetproblematiek scoorden lager (5,3) dan de mensen met in het verleden eetproblematiek (7,1).

De mensen die werkten als zelfstandigen vonden zichzelf het meest succesvol (6,7 voor mensen met huidige eetproblematiek; 7,5 voor mensen met eetproblematiek in het verleden) en de mensen zonder structurele dagbesteding (2,3 huidige eetproblematiek, 3,3 verleden) en mensen die in de ziektewet zitten (2,6 huidig, 2,7 verleden) vonden hun bijdrage aan de maatschappij het minst succesvol.

Ziekteverzuim

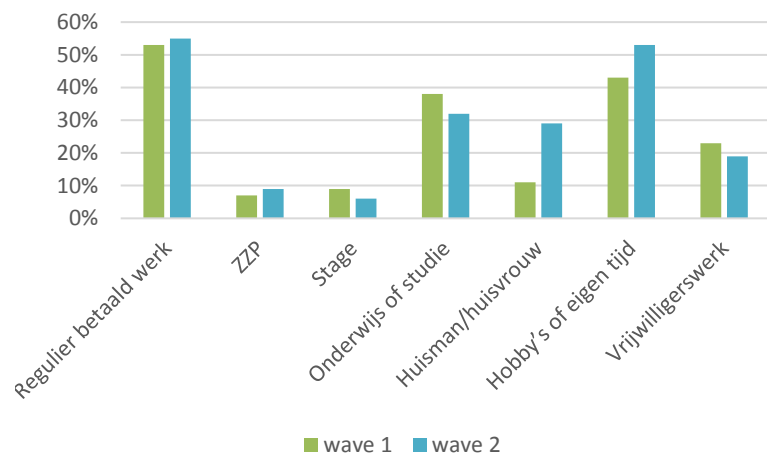
De deelnemers verzuimden gemiddeld 12 dagen (Tabel 8.1). Dit gemiddelde lag hoger bij de respondenten met huidige eetproblematiek (17 dagen) dan bij de personen met eetproblematiek in het verleden (7 dagen). Bij wave 1 lag het aantal dagen verzuim voor mensen met eetproblematiek gemiddeld 6 dagen lager.

	Percentage	Dagen verzuim	Minimaal - Maximaal
Huidige eetproblematiek	71%	17	0-93
Eetproblematiek in verleden	29%	7	0-93
Totaal	n=443	12	0-93

Tabel 8.1 Gemiddeld aantal dagen ziekteverzuim in de afgelopen 12 maanden

Arbeid en dagbesteding

Bij de meeste respondenten was de voornaamste dagbesteding regulier betaald werk (55%), zie Figuur 8.1. In dit figuur staan de meest voorkomende vormen van dagbesteding op basis van uren per week eraan besteed. Wat opvalt is het verschil tussen het aantal huisvrouwen/mannen sinds de vorige wave uit 2017. Dit zou verklaard kunnen worden doordat tijdens de coronacrisis meer mensen thuis waren, en dus ook meer uur aan het huishouden besteed werd.



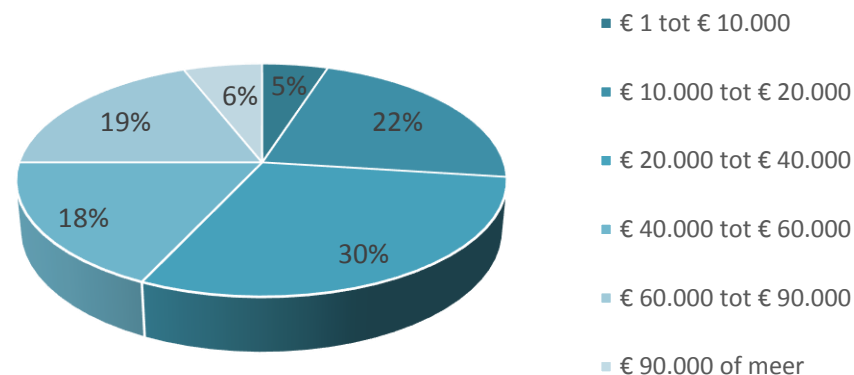
Figuur 8.1 Verdeling dagbesteding bij wave 1 en wave 2

Inkomsten

Jaarinkomen

69% van de respondenten heeft aangegeven wat het bruto jaarinkomen is binnen hun huishouden. Het jaarinkomen is in twee groepen bekeken; jonger dan 25 jaar (25-) en 25 jaar of ouder (25+).

Bij 25- werd een bruto jaarinkomen tussen de €1 en €20.000 het meest gerapporteerd (34%). Van de 25+ deelnemers werd een jaarinkomen tussen de €20.000 en €40.000 het meest genoemd (30%; Figuur 8.2).



Figuur 8.2 Bruto jaarinkomen per huishouden van NER respondenten + 25 jaar (n=269).

9 Evaluatie

In deze tweede wave was het mogelijk om een uitgebreide evaluatie in te vullen. Met deze informatie kunnen wij toekomstige vragenlijsten verbeteren.

De hoeveelheid vragen die in wave 2 zijn gesteld werden over het algemeen als goed gezien (van 57% voor het onderwerp hoop en acceptatie tot 84% voor de hoeveelheid vragen over het lichaam). Ongeveer 30% van de deelnemers vonden dat er te weinig vragen waren over de naaste omgeving en over behandeling. Het aantal vragen over hoop en acceptatie vonden 25% van de deelnemers te veel.

In Figuur 9.1 worden de onderwerpen genoemd waar in de volgende vragenlijsten volgens de meeste deelnemers aandacht zou moeten worden besteed.

Stressvolle
gebeurtenissen

Eenzaamheid

Herstel Hulpverlening

Oorzaken van
eetproblemen

Figuur 9.1 Onderwerpen waar de volgende NER vragenlijst meer op kan focussen

10. Referenties

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.
- Chamberlain, J. M., & Haaga, D. A. (2001). Unconditional self-acceptance and responses to negative feedback. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 19*(3), 177–189.
- Enrique, A., Eilert, N., Wogan, R., Earley, C., Duffy, D., Palacios, J., ... & Richards, D. (2021). Are Changes in Beliefs About Rumination and in Emotion Regulation Skills Mediators of the Effects of Internet-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy for Depression and Anxiety? Results from a Randomized Controlled Trial. *Cognitive Therapy and Research, 1*–12.
- 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.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 348–362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- Köhler, S., Unger, T., Hoffmann, S., Mackert, A., Ross, B., & Fydrich, T. (2015). The relationship of health-related quality of life and treatment outcome during inpatient treatment of depression. *Quality of Life Research, 24*(3), 641–649.
- 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.
- Popov, S. (2019). When is Unconditional Self-Acceptance a Better Predictor of Mental Health than Self-Esteem?. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 37*(3), 251–261.
- Rosenberg, M. (1965). The measurement of self-esteem, Society and the adolescent self-image. *Princeton, 16*–36.
- van Tuijl, L. A., Glashouwer, K. A., Bockting, C. L., Penninx, B. W., & de Jong, P. J. (2018). Self-esteem instability in current, remitted, recovered, and comorbid depression and anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 42*(6), 813–822.

Vermeulen, M. C., van der Heijden, K. B., Kocavska, D., Treur, J. L., Huppertz, C., van Beijsterveldt, C. E., ... & Bartels, M. (2021). Associations of sleep with psychological problems and well-being in adolescence: causality or common genetic predispositions?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(1), 28–39.

Welch, E., Lagerström, M., & Ghaderi, A. (2012). Body Shape Questionnaire: Psychometric properties of the short version (BSQ-8C) and norms from the general Swedish population. *Body image*, 9(4), 547–550.

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.

Bijlage 1 Tijdlijn deelnemers verdeling

Tijdlijn voor het aantal deelnemers, uitleg aantallen

