

Het meten van verandering tijdens behandeling voor eetstoornissen: een vergelijking van algemene en specifieke vragenlijst

A.E. DINGEMANS, E.F. VAN FURTH

ACHTERGROND Het meten van klachten en symptomen van patiënten is een vast onderdeel geworden van de dagelijkse klinische ggz-praktijk (routine outcome monitoring; rom). Vragenlijsten dienen een hoge responsiviteit te hebben (gevoelig te zijn voor verandering). De veelgebruikte generieke vragenlijst Brief Symptom Inventory (bsi) heeft die, maar voor patiënten met een eetstoornis is het mogelijk informatiever om een vragenlijst te gebruiken die beter aansluit bij de primaire klachten.

DOEL Onderzoeken of er een verschil is in responsiviteit tussen de bsi en de Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), een specifieke vragenlijst voor eetstoornissen, bij een groep patiënten met een primaire eetstoornis.

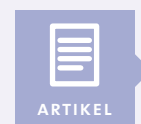
METHODE Van een steekproef van 1062 patiënten met een primaire eetstoornis volgens de DSM-IV werden de eerste twee rom-metingen van iedere patiënt gebruikt. Met variantieanalyse werd getoetst of er een significant verschil bij voor- en nameting was en of de vragenlijsten verschilden in gevoeligheid voor verandering in de tijd. Patiënten werden gecategoriseerd in vier groepen (hersteld, verbeterd, onveranderd en verslechterd) en vervolgens werd gekeken of er wat betreft de proporties verbeterde of herstelde patiënten een verschil was tussen de twee vragenlijsten.

RESULTATEN De EDE-Q bleek veel gevoeliger voor veranderingen dan de bsi in deze patiëntengroep. Het percentage patiënten in de categorie 'hersteld' en 'verbeterd' was hoger bij de EDE-Q dan bij de bsi. Dit zelfde beeld kwam naar voren voor de verschillende eetstoornissubtypes.

CONCLUSIE Het maakt uit welke vragenlijst men gebruikt om beloop en uitkomst van behandeling te meten. Indien men wil bepalen of patiënten vooruitgaan in behandeling, is het belangrijk om gebruik te maken van een vragenlijst die aansluit bij de klachten en symptomen die focus zijn van de behandeling, zoals het verminderen van de eetstoornissymptomen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)5, 278-285

TREFWOORDEN beloop, eetstoornissen, responsiviteit, routine outcome monitoring



ARTIKEL



Het meten van klachten en symptomen van patiënten die in behandeling zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is de laatste jaren een vast onderdeel geworden van de dagelijkse klinische praktijk. Dit wordt *routine outcome monitoring* (rom) genoemd en heeft in eerste instantie als

doel zowel de patiënt als de behandelaar te informeren over het beloop van de behandeling (De Beurs e.a. 2015). Patiënten worden doorgaans aan het begin en eind van de behandeling, en soms ook tussentijds, door middel van zelfrapportagevragenlijsten bevraagd over hun klachten.

Idealiter wordt deze informatie door de behandelaar besproken met de patiënt en kan dit input geven bij het formuleren van de behandeldoelen (bespreking behandelplan) of bij de evaluatie van de behandeling.

ROM

In 2010 hebben zorgaanbieders en verzekeraars de Stichting Benchmark GGZ (SBG) opgericht. SBG probeert enerzijds kwaliteitsverbetering binnen instellingen te faciliteren door te leren van het vergelijken van geaggregeerde ROM-data op groepsniveau en anderzijds zicht te krijgen op de globale kwaliteit voor zorginkoop en het informeren van patiënten door instellingen met elkaar te vergelijken. SBG verzamelt geaggregeerde data van twee specifieke meetmomenten (begin- en eindmeting rondom een diagnosebehandelcombinatie; ^{DBC}) op basis van generieke meetinstrumenten. Deze metingen zijn verplicht gesteld door de zorgverzekeraars. Per zorgdomein zijn één of meerdere meetdomeinen gespecificeerd.

Zorgdomeinen zijn een eerste indeling binnen de ggz van patiëntengroepen op basis van behandeldoel (*cure* en *care*), aard van de aandoening (met en zonder verslaving) en leeftijd. De keuze voor een zorgdomein hangt dus af van de aard van de behandeling, het behandeldoel en de aard van de problemen van de patiënt.

ROM en eetstoornissen

Het zorgdomein waar eetstoornissen onder vallen, is 'volwassenencure'. Het primaire verplichte meetdomein voor 'volwassenencure' is 'klachten en symptomen'. Andere optionele meetdomeinen zijn functioneren en kwaliteit van leven. Voorbeelden van vragenlijsten uit het domein 'klachten en symptomen' zijn: de *Brief Symptom Scale* (BSI; Derogatis & Melisaratos 1983), de *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS; Lovibond & Lovibond 1995), de *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS; Spinhoven e.a. 1997) en de *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45; de Jong e.a. 2007). Een ggz-instelling kan metingen van een of meerdere van deze goedgekeurde vragenlijsten aanleveren. Deze lijsten bevatten vragen over algemene psychiatrische klachten en symptomen zoals depressiviteit, angst (of stress) en het dagelijkse functioneren. De meestgebruikte vragenlijst in Nederland is de BSI (Derogatis & Melisaratos 1983), waarvan de totaalscore een maat is voor de ernst van algemene psychiatrische problematiek, zoals angst, depressie, sociale fobie, agorafobie, agressie, cognities en somatische klachten (De Beurs e.a. 2012).

Om het beloop en de uitkomsten van de behandeling zo nauwkeurig mogelijk te meten is het van belang dat een vragenlijst een hoge responsiviteit heeft ofwel gevoelig is voor verandering. De BSI blijkt weliswaar een hoge gevoeligheid voor verandering te hebben (De Beurs e.a. 2012;

AUTEURS

ALEXANDRA E. DINGEMANS, senior onderzoeker/psycholoog, GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula, Leiden.

ERIC F. VAN FURTH, bijzonder hoogleraar Eetstoornissen, Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling psychiatrie, Leiden; tevens klinisch psycholoog/directeur behandelzaken GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula, Leiden, en voorzitter Nederlandse Academie voor Eetstoornissen.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Alexandra Dingemans, GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula, Sandifortdreef 19, 2333 ZZ Leiden.
Email: a.dingemans@rivierduinen.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 31-1-2017.

Carlier e.a. 2015), maar voor patiënten met een eetstoornis is het mogelijk informatiever een vragenlijst te gebruiken die beter aansluit bij de primaire klachten. Zeker in gespecialiseerde centra voor eetstoornissen is de behandeling primair gericht op het verminderen van de eetstoornisproblematiek (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ 2006).

Het ligt voor de hand dan een vragenlijst te gebruiken die deze eetstoornis in kaart brengt om de voortgang in de behandeling te meten. Wereldwijd is hiertoe de *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q; Fairburn & Beglin 2008) de meestgebruikte vragenlijst. In de meeste gespecialiseerde ggz-centra voor eetstoornissen wordt de EDE-Q in de dagelijkse klinische praktijk gebruikt en is het een onderdeel van ROM. De EDE-Q meet de ernst van de eetstoornis en is te gebruiken voor alle eetstoornissubtypen zoals anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetbuistoornis en atypische eetstoornissen waarvoor Nederlandse normen beschikbaar zijn (Aardoom e.a. 2012).

Niet elke vragenlijst is even gevoelig in het meten van verandering; met andere woorden: de responsiviteit kan verschillen per vragenlijst (De Beurs e.a. 2012; Carlier e.a. 2015). De responsiviteit van vragenlijsten kan onderzocht worden door de voor- en nameting op die verschillende vragenlijsten binnen dezelfde steekproef te vergelijken. De beide metingen moeten in dezelfde groep op precies hetzelfde moment worden afgenomen. Zoals beschreven door De Beurs e.a. (2012), kan verandering in de loop van de tijd uitgedrukt worden door verschillende maten. Voorbeelden zijn de effectgrootte-index van Cohen (Cohens *d*), de

gestandaardiseerde responsgemiddelde (*standardised response mean*; SRM) en het pre-postverschil van genormaliseerde T-scores, ook wel ΔT . Deze drie maten lijken veel op elkaar. Twee andere indicatoren van verandering zijn de proportie betrouwbaar verbeterde patiënten (*reliable change index*; RCI) en de proportie klinisch relevant verbeterde patiënten die qua scores meer op de gezonde populatie lijken (eindscore voorbij de grenswaarde (*cut-off*; CO ziek/gezond); Jacobson & Truax 1991; Jacobson e.a. 1999). Wij onderzochten of er een verschil is in responsiviteit (gevoeligheid voor verandering) tussen de BSI, een generieke vragenlijst, en de EDE-Q, een specifieke vragenlijst voor eetstoornissen, in een groep patiënten met een primaire eetstoornis volgens de DSM-IV (American Psychiatric Association 2014). Een tweede vraag was of er verschil is tussen de verschillende eetstoornissubtypes wat betreft de responsiviteit op de EDE-Q. De hypothese was dat een vragenlijst die specifiek gericht is op de eetstoornis gevoeliger is voor verandering dan een generieke klachtenlijst en dus een betere maat om de verandering in klachten en symptomen gedurende een behandeling te meten dan een algemene generieke klachtenlijst.

METHODE

Deelnemers en procedure

De steekproef voor dit onderzoek bestond uit 1062 patiënten van GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula met een primaire eetstoornis volgens de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994). Alle patiënten worden standaard bij aanvang, tijdens en na de behandeling ingepland voor een ROM-meting.

De diagnose werd gesteld tijdens een intakegesprek door ervaren psychologen en artsen gespecialiseerd in eetstoornissen met een semigestructureerd interview (Krämer 1996; Jansen 2000). Van de totale groep hadden 385 patiënten de diagnose anorexia nervosa (AN; 36%), 192 boulimia nervosa (BN; 18%), 134 eetbuistoornis (13%) en 351 een eetstoornis niet anderszins omschreven (ESNAO; 33%).

De patiënten werden behandeld tussen januari 2005 en december 2013 conform (specialistische ggz) en vanuit (hoogspecialistische ggz) de multidisciplinaire richtlijn voor eetstoornissen (Landelijke Stuurgroep 2006). Behandeling kon bestaan uit intensieve (met of zonder verblijf) en/of poliklinische behandeling.

ROM is een standaardonderdeel van de diagnostiek en behandeling binnen GGZ Rivierduinen Eetstoornissen Ursula. De metingen worden afgenomen door getrainde basispsychologen. Zowel generieke als stoornisspecifieke vragenlijsten werden ingevuld op de computer waardoor het aantal missende data beperkt bleef. In deze studie werden alleen de BSI en EDE-Q meegenomen. De eerste twee

metingen van iedere patiënt werden geïncludeerd in dit onderzoek indien zowel de BSI als de EDE-Q op dezelfde dag was afgenomen. Patiënten die geen Nederlands konden lezen of begrijpen of die door hun fysieke of mentale toestand niet in staat waren vragenlijsten in te vullen, werden niet benaderd voor de ROM-metingen.

De Commissie Medische Ethiek van het Leids Universitair Medisch Centrum gaf toestemming voor het gebruik van geanonimiseerde ROM-gegevens voor wetenschappelijk onderzoek.

Meetinstrumenten

De demografische variabelen zoals leeftijd, opleiding, burgerlijke staat, werk/opleiding, werden verzameld met een zelfrapportagevragenlijst als standaardonderdeel van de ROM.

EATING DISORDER EXAMINATION QUESTIONNAIRE (EDE-Q)

De EDE-Q is een zelfrapportagevragenlijst met 36 items (Fairburn & Cooper 1987; 1993). De vragenlijst meet de kernproblemen van eetstoornissen over de afgelopen 28 dagen. Een globale score kan berekend worden op basis van het gemiddelde van 22 items. De antwoordschaal is een zevenpuntsschaal en loopt van 0 'geen enkele dag' tot 6 'iedere dag'. Hogere scores op de EDE-Q duiden op een ernstiger eetstoornis. De overige 14 items brengen de frequentie van verschillende vormen van overeten en gewichtscontrolemaatregelen zoals zelfopgewekt braken of misbruik van laxemiddelen, in kaart. De interne consistentie is zeer goed ($\alpha = 0,95$) (Aardoom e.a. 2012). Met de globale EDE-Q-score kan men zeer goed onderscheid maken tussen mensen met en zonder een eetstoornis (Aardoom e.a. 2012).

BRIEF SYMPTOM INVENTORY (BSI)

De BSI (Derogatis 1975) is een zelfrapportagevragenlijst bestaande uit 53 items waarbij zowel psychische als lichamelijke klachten worden uitgevraagd. Patiënten beoordeelen voor iedere klacht of symptoom in welke mate zij de afgelopen week last hebben ervaren op een vijfpuntsschaal (1 'helemaal niet' tot 5 'heel erg'). Hoe hoger de score, hoe meer last de patiënt ervaart. Om de mate van responsiviteit te meten is de *General Symptom Index* (GSI; gemiddelde totaalscore) gebruikt in deze studie. De BSI is een verkorte versie van de SCL-90 en is vertaald en bewerkt in het Nederlands. De BSI heeft een zeer goede interne consistentie ($\alpha = 0,97$) (De Beurs & Zitman 2006).

Statistische analyse

Demografische gegevens worden in dit artikel weergegeven in percentages of gemiddelden (plus standaarddeviaties; SD). Om te onderzoeken of er een verschil bestaat in

responsiviteit tussen de BSI en de EDE-Q gebruikten we dezelfde (statistische) methoden als Carlier e.a. (2015) en De Beurs e.a. (2012). Er zijn verschillende manieren om omvang van verandering in de loop van de tijd uit te drukken (De Beurs e.a. 2012; Carlier e.a. 2015).

In deze studie beperkten we ons tot drie maten: de effectgrootte-index van Cohen (Cohens d), het gestandaardiseerde responsgemiddelde (*standardised response mean*; SRM) en het pre-postverschil van de genormaliseerde T-score (ΔT) (De Beurs e.a. 2011).

Om Cohens d te berekenen wordt het verschil in score van de voor- en nameting gedeeld door de SD van de voormeting. Bij de berekening van de SRM wordt de ruwe verschilscore gedeeld door de SD van de verschilscore. En bij de ΔT worden eerst de scores van de voor- en nameting genormaliseerd en vervolgens wordt het verschil berekend. Om genormaliseerde T-scores te berekenen moeten de metingen gestandaardiseerd worden. Daarna moeten de ruwe scores van de BSI en de EDE-Q die in dit onderzoek niet normaal verdeeld zijn, getransformeerd worden om zo een normale verdeling te krijgen. De formule voor de BSI is als volgt: $2,06x^3 - 11,66x^2 + 31,24x + 27,89$ (De Beurs 2010). De formule voor de EDE-Q was nog niet eerder berekend. Op basis van de huidige dataset hielden wij de volgende formule aan voor de EDE-Q: $1,44x^2 - 2,35x + 34,5$ (zie voor berekening: De Beurs 2010).

Om na te gaan of er met de twee vragenlijsten inderdaad verschillende concepten (specifieke versus generieke psychische problematiek) worden gemeten, werd de correlatie (Pearsons r) tussen de scores op beide vragenlijsten bij zowel de eerste en de tweede meting berekend. Daarnaast keken we zowel naar de samenhang van de ruwe verschilscore als die van de *residual change*(RC)-scores. De RC -scores houden rekening met de aanvangsverschillen. Deze RC -scores worden berekend met regressieanalyse waarbij de score van de nameting de afhankelijke variabele is en de score van de voormeting de onafhankelijke variabele. Met een variantieanalyse in een 2 bij 2-design kan worden getoetst of er een significant verschil bij eerste en tweede meting is en of de vragenlijsten verschillen in gevoeligheid voor verandering door de tijd heen. De analyses worden uitgevoerd met zowel de ruwe scores als de genormaliseerde T-scores.

Ten slotte onderzochten we of de twee vragenlijsten andere klinische relevante uitkomsten hadden. Een manier om dit te onderzoeken is gebruik te maken van de *reliable change index* (RCI) en de klinische CO -score (Jacobson & Truax 1991). De RCI geeft aan in hoeverre iemand daadwerkelijk is veranderd of dat het toe te schrijven valt aan een meetfout. Een score onder de CO betekent dat die score meer lijkt op die van de gezonde populatie en minder op

die van een klinische populatie. We gebruikten Cronbachs alfa om de *standard error of measurement* (SEM) te berekenen zoals aangeraden door Hiller (2012). De formule was: $reliable\ change = 1,96 \times \sqrt{2} (SEM)^2$ waarbij $SEM = SD \times \sqrt{(1 - \text{cronbachs } \alpha)}$. De klinische CO werd berekend met de volgende formule: $((M_{\text{klinische groep}} \times SD_{\text{gezonde groep}}) + (M_{\text{gezonde groep}} \times SD_{\text{klinische groep}})) / (SD_{\text{gezonde groep}} + SD_{\text{klinische groep}})$ (Jacobson & Truax 1991).

Alle psychometrische data die in de formules gebruikt werden bij het berekenen van de waarden voor de EDE-Q, ontleenden we aan de studie van Aardoom e.a. (2012). De RCI en CO voor de BSI namen we over van de studie van Carlier e.a. (2015). Patiënten werden op basis van de RCI en CO gecategoriseerd in vier groepen: hersteld, verbeterd, onveranderd en verslechterd. Met de χ^2 -toets keken we vervolgens of er wat betreft de proporties verbeterde of herstelde patiënten een verschil te vinden was tussen de twee vragenlijsten.

Alle analyses werden uitgevoerd in SPSS versie 22.0 met een significantieniveau van $p < 0,05$.

RESULTATEN

De steekproef van deze studie bestond uit 1023 vrouwen (96%) en 39 mannen (4%). De gemiddelde leeftijd was 27,2 jaar (SD 10,7; uitersten: 12-65) bij de eerste meting. De gemiddelde duur van de eetstoornis was 10,0 jaar (SD 9,8). 39% ($n = 409$) van de steekproef woonde bij zijn/haar ouders, 29% woonde samen met of zonder kinderen ($n = 306$), bijna een kwart (24%; $n=252$) woonde alleen en van 9% was er geen informatie. Iets minder dan de helft van de steekproef werkte (parttime of fulltime) (35%; $n = 372$) of ging naar school (12%; $n = 126$). Ruim 40% van de mensen had geen betaalde baan (17%; $n = 178$) of was ziek of arbeidsongeschikt (24%; $n = 258$) en van 12% ($n = 128$) was er geen informatie. Wat betreft de hoogst voltooide opleiding bleken 96 patiënten (9%) alleen de lagere school te hebben afgerond. Van de totale groep hadden 143 mensen (14%) een laag (bijv. vmbo, lbo), 504 (48%) een gemiddeld (bijv. havo, mbo of vwo), 262 (25%) een hoog (bijv. hbo of wo) opleidingsniveau en van 5% ($n = 57$) was geen informatie. De mediaan tussen de eerste en de tweede meting was 26 weken.

Correlaties tussen de vragenlijsten

Bij de eerste meting was het verband tussen de gemiddelde BSI-totaalscore en de globale score van de EDE-Q matig (Pearsons $r = 0,53$). Bij de tweede meting was het verband tussen de scores iets sterker, namelijk matig tot sterk (Pearsons $r = 0,67$). Het verband tussen de verschilcores (van meting 1 en meting 2) en de residual changescores van beide lijsten was respectievelijk $r = 0,54$ en $r = 0,62$.

TABEL 1 Vergelijking van de herhaalde metingen BSI en EDE-Q

	T1 M (SD)	T2 m (SD)	F-toets Interactie Tijd (T1 vs T2) x Vragenlijst (BSI vs EDE-Q)	SRM	ES	ΔT
BSI totaal (ruwe score)	1,40 (0,72)	1,07 (0,75)	F(1, 1061) = 519,5; p < 0,001	0,50	0,45	
EDE-Q globaal (ruwe score)	3,97 (1,24)	2,78 (1,58)		0,82	0,84	
BSI totaal (T-score)	53,2 (9,3)	48,4 (10,5)	F(1, 1061) = 75,2; p < 0,001			4,8
EDE-Q globaal (T-score)	50,1 (9,9)	42,7 (9,5)				7,4

T1 = eerste meting; T2 = tweede meting; BSI = Brief Symptom Scale; EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire; SRM = gestandaardiseerde responsgemiddelde; ES = effectgrootte; ΔT = pre-postverschil van genormaliseerde T-score.

Responsiviteit van de BSI en de EDE-Q

In **TABEL 1** zijn de gemiddelde scores, de standaarddeviaties (SD) en de T-scores, de effectgroottes (Cohens d), het gestandaardiseerde responsgemiddelde (SRM) en het pre- en postverschil van de T-scores weergegeven. Uit de analyses bleek dat de EDE-Q veel gevoeliger voor veranderingen was dan de BSI in deze steekproef. Dezelfde analyses werden ook bij de vier diagnosecategorieën (AN, BN, BED en ESNAO) apart uitgevoerd. Ook hier bleek bij alle categorieën dat de EDE-Q veel gevoeliger was voor veranderingen (veel responsiever) dan de BSI.

Betrouwbare en klinisch significante verandering

Op basis van de studie van Aardoom e.a. (2012) werd er voor de EDE-Q een RCI van 0,79 berekend en een CO van 2,17. Voor de BSI waren beide waarden overgenomen uit de studie van Carlier e.a. (2015): de RCI was 0,35 en de CO 0,68. De mate van verandering werd gecategoriseerd in vier groepen: hersteld, verbeterd, onveranderd en verslechterd (zie **TABEL 2**). Het percentage patiënten dat viel in de categorie ‘hersteld’ en ‘verbeterd’ was hoger bij de EDE-Q dan bij de BSI

(zie ook **FIGUUR 1**). Ditzelfde beeld kwam naar voren voor de verschillende eetstoornissubtypes (data niet gepresenteerd).

DISCUSSIE

De belangrijkste bevinding is dat het uitmaakt welke vragenlijst er gebruikt wordt om het beloop en de uitkomst van behandeling te meten. De EDE-Q bleek in patiënten met een eetstoornis gevoeliger voor veranderingen dan de BSI. Het lijkt erop dat de twee lijsten niet precies hetzelfde concept meten.

Daarnaast bleek dat een groter deel van de patiënten is vooruitgegaan of is hersteld wanneer de EDE-Q als uitkomstmaat gebruikt wordt in plaats van de BSI. Subanalyses bij de vier verschillende eetstoornissubtypes (AN, BN, BED en ESNAO) lieten dezelfde resultaten zien, de EDE-Q bleek gevoeliger voor verandering te zijn dan de BSI. Indien men wil bepalen of patiënten vooruitgaan in behandeling, is het belangrijk om gebruik te maken van een vragenlijst die aansluit bij de klachten en symptomen die focus zijn van de behandeling. Bij voorkeur moeten vragenlijsten aansluiten bij de

TABEL 2 Betrouwbare en klinisch significante verandering per categorie, vastgesteld met BSI en EDE-Q

	Hersteld	Verbeterd	Onveranderd	Verslechterd	
BSI	250 (23,5%)	232 (21,8%)	443 (41,7%)	137 (12,9%)	χ(9) = 316,1; p < 0,001
EDE-Q	332 (31,3%)	243 (22,9%)	429 (40,4%)	58 (5,5%)	

BSI = Brief Symptom Index; EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire

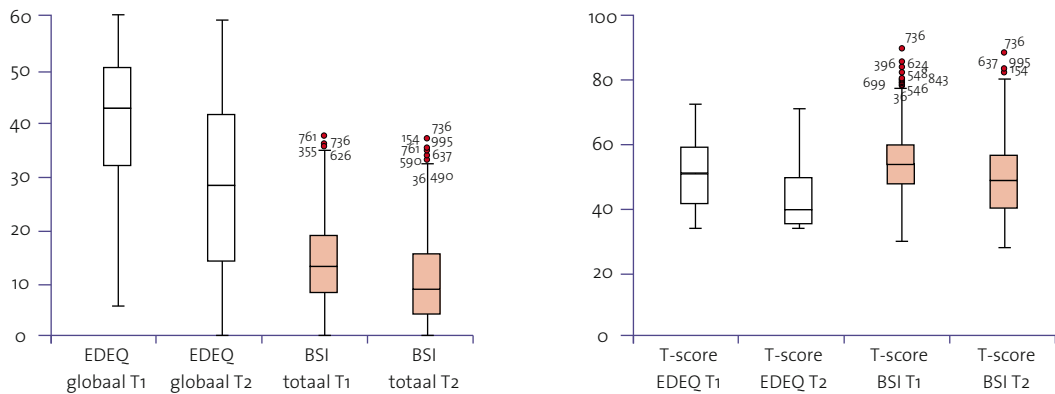
Hersteld: Verschilscore ≥ RCI; pretestscore > posttestscore; posttestscore < grenswaarde (CO);

Verbeterd: Verschilscore ≥ RCI; pretestscore > posttestscore; posttestscore ≥ CO;

Onveranderd: verschilscore < RCI;

Verslechterd: verschilscore < RCI; pretestscore < posttestscore; pretestscore ≥ CO.

FIGUUR 1 Boxplots ruwe scores globale EDE-Q en totale BSI (links) en gestandaardiseerde T-scores (rechts)

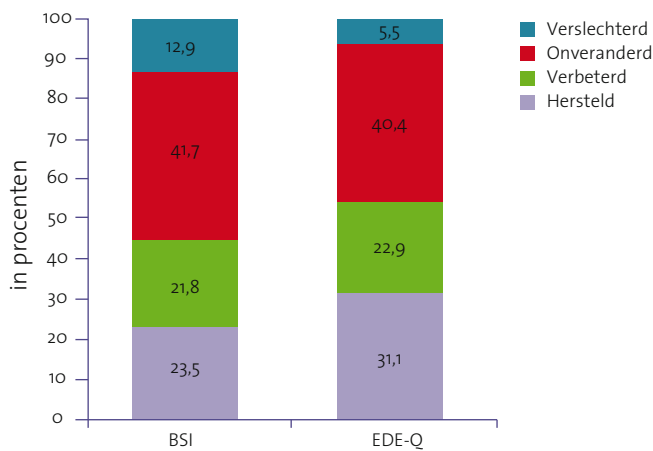


$\chi(9) = 316,1; p < 0,001$

BSI = Brief Symptom Index; EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire

Voor uitleg categoriën: zie **TABEL 2**.

FIGUUR 2 Betrouwbare en klinisch significante verandering



vastgestelde behandeldoelen van een individuele patiënt. Wanneer het voornaamste doel van de behandeling het verminderen van de eetstoornissymptomen is, dan dient men dit bij voorkeur te meten met een vragenlijst die eetstoornissymptomen meet. Het matige verband tussen de ruwe scores van de twee vragenlijsten geeft tevens aan dat de BSI en de EDE-Q niet hetzelfde concept of dezelfde concepten meten.

De vragenlijsten die momenteel zijn goedgekeurd door SBO voor het domein 'volwassenencure' zijn vooral gericht op depressiviteit, angst of stress en het dagelijkse functioneren. De behandeling van eetstoornissen richt zich (zeker in het begin) op het normaliseren van het eetpatroon, het verminderen van eetstoornisspecifieke gedragingen (zoals eetbuien, braken en misbruiken) en cognities (Landelijke Stuurgroep 2006).

Een beperking van het onderzoek is dat de steekproef van patiënten in dit onderzoek niet geheel representatief is voor onze patiëntenpopulatie. Niet alle patiënten die zijn behandeld, krijgen een meting aan het begin en gedurende de behandeling vanwege verschillende redenen. Echter, de laatste jaren krijgt minstens 90% van onze patiënten de metingen. Redenen waarom patiënten geen of maar één meting hebben gehad, zijn onder andere: een vroegtijdige beëindiging van de behandeling binnen ons centrum, onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal of wisselingen van personeel ten gevolge van veranderingen in de organisatie/bezuinigen binnen de ggz. Waarschijnlijk heeft dit geen invloed op de resultaten en conclusies van dit onderzoek.

CONCLUSIE

We concluderen dat een specifieke vragenlijst zoals de EDE-Q beter aansluit bij de behandeling en tevens gevoeliger is voor veranderingen dan een generieke lijst zoals de BSI. Het is aan te raden het beloop van de behandeling te meten

met een vragenlijst die de primaire symptomen van een patiënt meet. Ons advies aan SBG is de EDE-Q op te nemen als effectmaat voor de behandeling van eetstoornissen binnen het domein 'volwassenencure'.

LITERATUUR

- Aardoom JJ, Dingemans AE, Slof Op't Landt MC, van Furth EF. Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eat Behav* 2012; 13: 305-9.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV)*. Washington: APA; 1994.
- American Psychiatric Association. *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Nederlandse vertaling van *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed*. Amsterdam: Boom; 2014.
- Beurs E de. De genormaliseerde T-score: Een 'euro' voor testuitslagen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2010; 65: 684-95.
- Beurs E de, Barendregt M, de HA, van DE, Goeree B, e.a. Comparing methods to denote treatment outcome in clinical research and benchmarking mental health care. *Clin Psychol Psychother* 2015;
- Beurs E de, Barendregt M, Flens G, van Dijk E, Huijbrechts I, Meerding WJ. Vooruitgang in de behandeling meten. Een vergelijking van vragenlijsten voor zelfrapportage. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2012.
- Beurs E de, den Hollander-Gijsman ME, van Rood YR, van der Wee NJ, Giltay EJ, e.a. Routine outcome monitoring in the Netherlands: practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clin Psychol Psychother* 2011; 18: 1-12.
- Carlier IV, Kovacs V, van Noorden MS, van der Feltz-Cornelis C, Mooij N, Schultevan Maaren YW, e.a. Evaluating the responsiveness to therapeutic change with routine outcome monitoring: a comparison of the Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) with the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45). *Clin Psychol Psychother* 2015; doi:10.1002/cpp.1978.
- Cooper Z, Fairburn CG. The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *Int J Eat Disord* 1987; 6: 1-8.
- Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol Med* 1983; 13: 595-605.
- Fairburn CG, Beglin SJ. *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0)*. In: Fairburn, CG, red. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press; 2008. p. 309-13.
- Fairburn CG, Cooper Z. *The Eating Disorder Examination*. In: Fairburn CG, Wilson GT, red. *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press; 1993. p. 317-60.
- Hiller W, Schindler AC, Lambert MJ. Defining response and remission in psychotherapy research: a comparison of the RCI and the method of percent improvement. *Psychother Res* 2012; 22: 1-11.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* 2007; 61: 348-58.
- Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 12-9.
- Jansen A. *Eating Disorder Examination (EDE 12.0)*. Interview ter vaststelling van de specifieke psychopathologie van eetstoornissen. Lisse: Swets & Zeitlinger; 2000.
- Jong K de, Nugter A, Polak MG, Wagenborg JEA, Spinhoven P, Heiser WJ. The outcome questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *Clin Psychol Psychother* 2007; 14: 288-301.
- Krämer B. *LIFE II based Eating Disorders Interview, LIFE-II-BEI*. Revised version of the LIFE Eat II, adapted for the German multi center study on eating disorders. Stuttgart: Centre for Psychotherapy Research; 1996.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. *Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2006.
- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* 1995; 33: 335-43.
- Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PP, Kempen GI, Speckens AE, Van Hemert AM. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med* 1997; 27: 363-70.

SUMMARY

Measuring changes during the treatment of eating disorders: a comparison of two types of questionnaires

A.E. DINGEMANS, E.F. VAN FURTH

- BACKGROUND** In mental health care routine outcome monitoring (ROM) has become an important part of everyday clinical practice in the Netherlands. It is important that the questionnaires involved are sensitive to therapeutic change. The Brief Symptom Inventory (BSI) is a generic instrument that is widely used and that seems to be responsive to therapeutic change. However, in relation to patients with an eating disorder, more valuable information might be obtained from a questionnaire that is better geared to the primary symptoms of the eating disorder.
- AIM** To find out whether the BSI and the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), which is a questionnaire designed to measure eating disorder psychopathology, reveal different degrees of therapeutic change in patients with an eating disorder.
- METHOD** The sample consisted of 1062 patients seeking treatment for an eating disorder (DSM-IV). We performed an analysis of variance (2 x 2 design) in order to detect any difference between the two instruments regarding their sensitivity to change at the two time points. Patients were divided into four categories: recovered, improved, unchanged or deteriorated. We used a chi-squares test to determine whether the two questionnaires differed with regard to the proportions they gave for improved and recovered patients.
- RESULTS** The analyses revealed that in this patient group the EDE-Q was more sensitive to change than the BSI. The percentage of patients in the categories 'recovered' and 'improved' was higher in the EDE-Q than in the BSI. The same practice emerged with regards to the various subtypes of eating disorders.
- CONCLUSION** It does seem to matter what type of questionnaire is used to measure the course and outcome of treatment. When responsiveness to change is being measured, it is important to use an instrument that assesses the symptoms that are the primary focus of treatment. If the primary aim is to reduce eating disorder symptoms, then the best type of questionnaire to use is one that assesses eating disorder psychopathology.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)5, 278-285

KEY WORDS course, eating disorder, responsiveness, routine outcome monitoring