

ZZP-VG 3

Zelfstandigheid en gezondheid van 50-plussers,
geïndiceerd voor ZZP-VG 3:
een analyse op basis van de studie Gezond Ouder
met een verstandelijke beperking (GOUD)

Heleen Evenhuis & Heidi Hermans

Februari 2013

Het consortium Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD) is een academische werkplaats bestaande uit de zorgorganisaties Ipse de Bruggen, Abrona en Amarant in samenwerking met de leerstoel Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten (Prof Dr HM Evenhuis) van het Erasmus MC. Een eerste gezamenlijke studie werd verricht in een samenwerking met de afdeling Bewegingswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen (Dr R van Wijck), en werd meegefinancierd vanuit twee ZonMw-programma's (projectnr's 57000003 en 314030302)

Prof Dr Heleen Evenhuis

Dr Heidi Hermans

Leerstoel Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten

Erasmus MC afdeling Huisartsgeneeskunde

Rotterdam

h.evenhuis@erasmusmc.nl

h.hermans.1@erasmusmc.nl

Inhoud

	blz
Samenvatting	3
Achtergrond	4
Studie Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD)	4
ZZP-VG en zelfredzaamheidsscores in de hele studiepopulatie	5
Gebruikte maten voor de analyse	6
Kenmerken van de ZZP-VG 3 deelnemers	7
Vergelijking van ZZP3 met andere ZZPs	10
Bespreking	11
Aanbevelingen	13
Literatuurreferenties	13
Appendix	14

Samenvatting

Achtergrond

Als gevolg van de in het regeerakkoord voorgestelde AWBZ stelselwijziging zullen verstandelijk gehandicapten in ZZP-VG 3 overgaan naar de WMO. Omdat zij geacht worden dan, met ondersteuning, een zelfstandige huishouding te voeren en (aangepast) werk te verrichten, hebben wij een analyse verricht van specifieke zelfredzaamheidsmaten (ADL en i-ADL) bij 50-plussers in deze ZZP-groepen, gebaseerd op gegevens verzameld in de studie Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD). Omdat zij afhankelijk worden van de eerstelijnsgezondheidszorg, hebben wij tevens gezondheidsmaten in de analyse opgenomen.

Uitkomsten

Mensen met een indicatie voor ZZP-VG 3 hebben een lichte of matige verstandelijke beperking. Het merendeel woont in groepshuizen in de wijk en de meesten hebben ondersteuning nodig bij relevante basisvaardigheden die nodig zijn om een huishouding te voeren (i-ADL). Een deel heeft ook ondersteuning nodig bij de basale dagelijkse zelfverzorging (ADL). Dit geldt eveneens voor een deel van de cliënten in ZZP-VG 1 en 2. Chronische multimorbiditeit en polyfarmacie dragen in deze groep bij aan een mate van kwetsbaarheid (*frailty*) die vergelijkbaar is met die van 70-80-plussers in de algemene bevolking. Binnen de ZZP3 groep is met de variabelen ADL, i-ADL en frailty index een omschreven cluster te onderscheiden waarin een hogere ondersteuningsbehoefte en hoog gezondheidsrisico zich concentreren.

Conclusies en aanbeveling

Een deel van de ZZP-VG 3 subgroep heeft zoveel ondersteuning nodig dat scheiding van wonen en zorg niet doelmatig is.

Ongeveer een kwart heeft tevens een hoog gezondheidsrisico, waarvoor naar verwachting al vanaf jongere leeftijd een basis is gelegd.

Wij adviseren om individuen die nu geïndiceerd zijn voor ZZP-VG 1-3 op objectieve inhoudelijke criteria voor ondersteuningsbehoefte en gezondheid toegang tot de AWBZ te blijven verschaffen. Naar verwachting is dit evenzeer van toepassing op jongere leeftijdsgroepen. Gespecialiseerde ondersteuning van de eerste lijn door artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG) en waar nodig andere gespecialiseerde disciplines moet voor deze mensen beschikbaar blijven.

Achtergrond

Volgens het regeerakkoord van 2012 zullen in de komende jaren groepen met een chronische zorgbehoefte (ouderen, verstandelijk gehandicapten, chronische psychiatrische patiënten) vanuit de AWBZ overgaan naar de WMO. Voor de groepen geïndiceerd voor Zorgzwaartepakket 1-3 (ZZP1-3) lijkt geen twijfel te bestaan over de uitvoerbaarheid van dat voornemen. Dat betekent dat deze mensen geacht zullen worden, met ondersteuning door een netwerk van mantelzorgers, huishoudelijke hulp en thuiszorg, een zelfstandige huishouding te voeren en (aangepast) werk te verrichten. Omdat wij ons afvroegen of verstandelijk gehandicapten in deze ZZP-groepen daartoe inderdaad in staat zullen zijn, hebben wij een analyse uitgevoerd van de zelfstandigheid en de gezondheidstoestand van 50-plussers in de verschillende ZZP-groepen, zoals gemeten in de studie Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD).

In dit rapport focussen wij op de uitkomsten van de subgroep in ZZP3 en vergelijken die met de andere ZZPs.

Studie Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD)

In deze grootschalige epidemiologische studie is de gezondheidstoestand van 1050 50-plussers met verstandelijke beperkingen breed onderzocht, gerangschikt naar drie thema's: fysieke activiteit & fitheid, voeding & voedingstoestand (inclusief risicofactoren voor hart- en vaatziekte), en depressie & angst. De studiepopulatie is nagenoeg representatief voor alle 50+ cliënten van de gespecialiseerde zorg, zoals die op dit moment nog is. Aanvullende financiering werd verkregen vanuit het ZonMw Nationaal Programma Ouderenzorg om op basis van de verkregen data ook geriatrische kwetsbaarheid en multimorbiditeit te bestuderen, en een screeningsinstrument voor kwetsbaarheid in deze doelgroep te ontwikkelen (dat laatste is nog niet gebeurd).

ZZP-VG en zelfredzaamheidsscores in de hele studiepopulatie

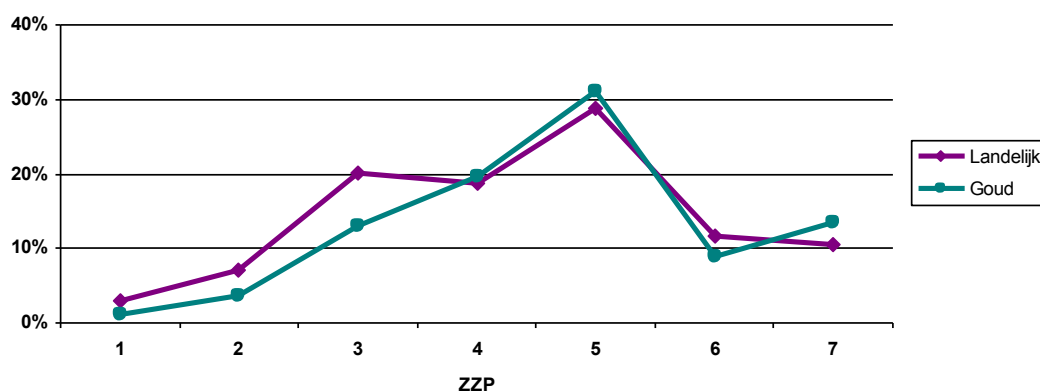
In de tabel wordt een overzicht gegeven van de ZZP-verdeling in de GOUD studiepopulatie bij de start van de studie (2008).

Verdeling van ZZPs in de GOUD studiepopulatie (2008)

ZZP	N	%
ZZP VG 1	12	1,1
ZZP VG 2	39	3,7
ZZP VG 3	138	13,1
ZZP VG 4	207	19,7
ZZP VG 5	325	31,0
ZZP VG 6	93	8,9
ZZP VG 7	142	13,5
Functionele indicatie (ambulant)	37	3,5
Functionele indicatie (dagbesteding)	6	0,6
Overig	2	0,2
Onbekend (alleen dagbesteding; woonachtig bij andere zorgaanbieder)	49	4,7
TOTAAL	1050	100

Deze verdeling komt globaal overeen met de landelijke verdeling (gegevens CIZ). Alleen ZZP 3 lijkt iets minder vaak voor te komen binnen de GOUD populatie (zie de figuur).

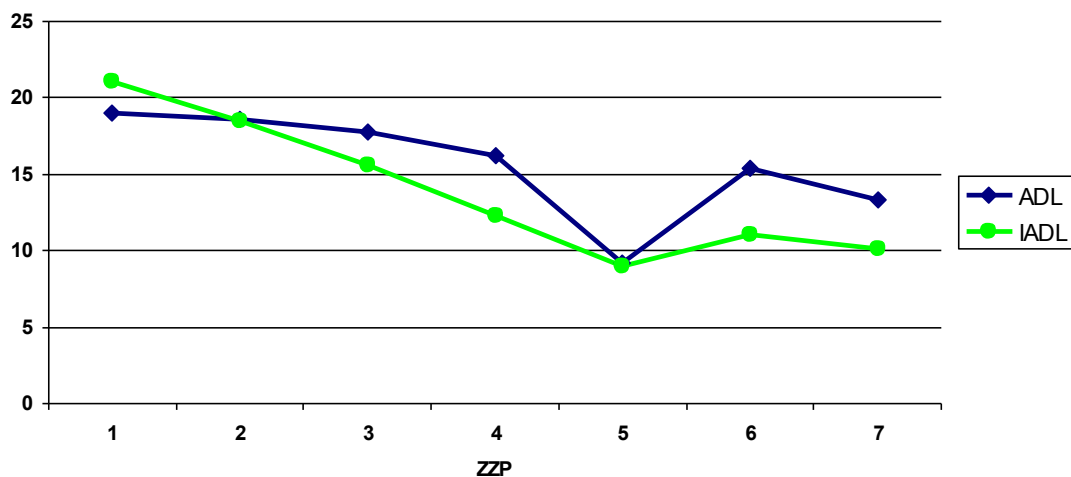
Verdeling ZZP 50 jaar en ouder



De ZZP indicaties zijn primair gebaseerd op zorgbehoefte, dus zelfredzaamheid. Zelfredzaamheid is door ons gemeten in de vorm van scores op ADL en i-ADL vaardigheden. ADL-vaardigheden betreffen de basale zelfverzorging: continentie, uiterlijke verzorging, toiletgebruik, eten, transfer van bed naar stoel, mobiliteit, aan-en uitkleden,

trappen lopen en baden/douchen. Instrumentele ADL (i-ADL) betreft vaardigheden om een eigen huishouding te voeren: telefoneren, boodschappen doen, eten klaarmaken, huishouden, de was doen, buitenshuis ergens heen gaan, medicijnen innemen en met geld omgaan. De grafiek hieronder geeft de gemiddelde ADL en i-ADL scores in de verschillende ZZP-groepen in de GOUD-populatie weer.

Gemiddelde ADL en i-ADL in 50+ ZZP-VG groepen



Hierbij moeten wij ons realiseren, dat de indicatie voor ZZP-VG 6 en 7 mensen betreft die primair specialistische ondersteuning nodig hebben wegens ernstige psychiatrische of gedragsproblemen. Vandaar dat in die groepen de zelfredzaamheid gemiddeld wat beter is dan in ZZP5.

Gebruikte maten voor de analyse

We hebben de deelnemers in ZZP3 vergeleken met deelnemers in andere ZZPs op een groot aantal kenmerken: geslacht, leeftijd, ernst van de verstandelijke beperking, woonsetting, Down syndroom, autisme spectrum stoornis, ADL en instrumentele ADL vaardigheden, hoeveelheid life events in de voorgaande 12 maanden.

De lichamelijke gezondheidstoestand werd geanalyseerd op basis van de volgende parameters: overgewicht (BMI), rolstoelafhankelijkheid, epilepsie en te lage spiermassa (sarcopenie), en de geestelijke gezondheidstoestand met de parameters: autisme-spectrumstoornis, gedragsproblemen, depressieve en angstige symptomen, en dementie. Verder werden de volgende overkoepelende gezondheidsmaten gebruikt: chronische multimorbiditeit (4 of meer chronische aandoeningen), polyfarmacie (5 of meer medicijnen),

en geriatrische kwetsbaarheid (frailty index). Kwetsbaarheid is een in de geriatrie veel toegepaste maat voor een verhoogd risico op achteruitgang van de gezondheid en zelfstandigheid binnen afzienbare tijd. De frailty index is een maat voor opeenstapeling van gezondheids- en leeftijdsgerelateerde ongunstige factoren (lichamelijk, geestelijk en sociaal). Alle diagnoses zijn gesteld m.b.v. valide meetmethoden (deels door onszelf vertaald of ontworpen en gevalideerd) en op basis van internationaal geaccepteerde definities (Hilgenkamp et al, 2011).

Kenmerken van de ZZZP-VG 3 deelnemers

Van de GOUD populatie had 13,1% een indicatie voor ZZZP3 (N=138). In de onderstaande tabel staan de persoonskenmerken van deze groep cliënten. Helaas beschikken wij niet over nadere informatie omtrent de aard van de dagbesteding in de studiepopulatie.

Persoonskenmerken van ZZZP3 deelnemers

ZZZP 3	N = 138
Man/vrouw	66 / 72
Gemiddelde leeftijd (sd)	61,9 (8,2)
Down syndroom	13 (11%)
Autisme	15 (12%)
Mate verstandelijke beperking	
Zwakbegaafd / licht	57 (42%)
Matig	78 (57%)
(Zeer) ernstig	2 (1,5%)
Woonsetting	
Centrale lokatie	29 (21%)
Groepswoning in de wijk	100 (72,5%)
Zelfstandig /bij familie	9 (6,5%)

Ondersteuningsbehoefte in de ZZP3 groep

Om een beeld te geven van het vermogen van de ZZP3-groep om, met ondersteuning, een eigen huishouding te voeren, toont de tabel hieronder voor afzonderlijke ADL en i-ADL items de percentages van cliënten die daarbij ondersteuning nodig hebben.

N=133	
ADL	
Incontinent voor faeces	13,5%
Incontinent voor urine	25,6%
Uiterlijke verzorging	37,6%
Toiletgebruik	17,3%
Eten	7,5%
Transfer (van bed naar stoel)	4,5%
Mobiliteit	4,5%
Aan- en uitkleden	12,8%
Trappen lopen	24,1%
Baden / douchen	30,8%
i-ADL	
Telefoneren	47,4%
Boodschappen doen	44,4%
Eten klaarmaken	72,9%
Huishouding	78,9%
De was doen	70,7%
Ergens buitenshuis heengaan	69,9%
Medicijnen innemen	63,2%
Met geld omgaan	50,4%

Hieruit blijkt dat een meerderheid ondersteuning nodig heeft met instrumentele ADL-vaardigheden, terwijl een deel ook bij de basale ADL ondersteuning nodig heeft.

Gezondheid in de ZZP3 groep

In de tabel hieronder worden de uitkomsten in de ZZP3-groep op een aantal gezondheidsmaten getoond.

Lichamelijke gezondheid	
Rolstoel afhankelijkheid	2 (1,5%)
Epilepsie	14 (12,2%)
Sarcopenie	6 (4,7%)
Overgewicht (BMI>25)	91 (71,7%)
Sarcopenie (spiermassaverlies)	6 (4,7%)
Geestelijke gezondheid	
Autismespectrumstoornis	15 (11,6%)
Gedragsproblemen	19 (14,6%)
Dementie (consensus)	4 (3,4%)
Depressieve symptomen	14 (10,5%)
Angstsymptomen	24 (18,0%)
Gemiddeld aantal life events in 1 jaar (sd)	6 (3,23)
Samengestelde gezondheidsmaten	
Chronische multimorbiditeit (≥4)	37 (26,8%)
Polyfarmacie (≥5)	30 (28,3%)
Gemiddelde frailty index (sd)	0,19 (0,09)

De overkoepelende maten multimorbiditeit, polyfarmacie en frailty tonen, dat ongeveer een kwart van deze groep een slechte of ernstig bedreigde gezondheidstoestand heeft. Een deel van de gemeten chronische aandoeningen hangt specifiek samen met genetische afwijkingen, syndromen of cerebrale verlammingen, en bestaat dan al sinds jongere leeftijd, terwijl andere leeftijdsgebonden aandoeningen zijn. Wij wijzen erop dat de gevonden gemiddelde frailty index van 0.19 vergelijkbaar is met die van 70+ vrouwen en 80+ mannen in de algemene Europese bevolking (Romero-Ortuno & Kenny, 2012), terwijl wij het hier over 50-plussers hebben.

Vergelijking van ZZP3 met andere ZZPs

Zie tabellen 1-6 in de Appendix

Ondersteuningsbehoefte

Uit Tabel 1 en 2 (Appendix) blijkt dat cliënten met ZZP3, overeenkomstig de indicatiestelling, tussen ZZP1&2 en ZZP4 in zitten qua ernst van de verstandelijke beperking, zelfredzaamheid en woonsetting. Vrijwel alle cliënten in ZZP1&2 wonen op deze leeftijd in een groepshuis in de wijk, terwijl van de cliënten in ZZP3 21% op een centrale lokatie woont, waar de focus op zorg ligt. In vergelijking met ZZP1&2 heeft een significant groter percentage van ZZP3 ondersteuning nodig bij instrumentele ADL-vaardigheden.

In onze eerdere analyse waarin ZZP4 centraal stond (Evenhuis & Hermans, 2012), bleek dat binnen ZZP4 drie clusters te onderscheiden waren naar ondersteuningsbehoefte en gezondheid. Vergelijking van de ZZP3-groep met deze ZZP4-clusters (Tabel 3) toont, dat cliënten in ZZP3 vergelijkbaar zijn met de beste subgroep (cluster 1) van ZZP4. Van cluster 2 en 3 verschillen zij door minder ernstige verstandelijke beperkingen en betere i-ADL scores.

In Tabel 4 en 5 (Appendix) tonen wij de verschillen met de andere ZZP-groepen in ondersteuningsbehoefte op afzonderlijke (i)ADL vaardigheden. Ook op itemniveau scoort de ZZP3-groep gemiddeld tussen ZZP1&2 en ZZP4 in. Het wordt duidelijk, dat behalve in ZZP3 ook in ZZP1&2 een deel van de cliënten ondersteuning nodig heeft op ADL en met name i-ADL vaardigheden.

Gezondheid

Uit Tabel 1 en 2 (Appendix) blijkt dat het gezondheidsrisico (geriatrie kwetsbaarheid) in de ZZP3-groep iets hoger is dan dat in de groepen ZZP1&2, en significant minder hoog dan dat in de ZZP4-groep.

Vergelijking van de ZZP3 groep met de drie afzonderlijke ZZP4-clusters (Tabel 3, Appendix) toont, dat de gezondheid van cliënten in ZZP3 niet verschilt van die in de twee beste subgroepen van ZZP4 (clusters 1 en 2). Alleen ten opzichte van de slechtste ZZP4-subgroep (cluster 3) hebben zij een lager gezondheidsrisico (minder multimorbiditeit, lagere gemiddelde frailty index).

Wij vroegen ons af of er ook binnen de ZZP3 groep een subgroep te onderscheiden valt met grotere behoeften op het gebied van ondersteuning en gezondheidszorg. Daarom hebben wij een clusteranalyse uitgevoerd op basis van een, vanwege de beperkte groepsgrootte, beperkt aantal parameters, namelijk die waarop ZZP3 significant verschilt ($p < 0,0025$) van ZZP1&2 en ZZP4: ernst van de verstandelijke beperking, geriatrie kwetsbaarheid en (i)ADL. Voor 131 van de 133 cliënten waren complete gegevens beschikbaar voor deze

analyse. De uitkomsten worden getoond in Tabel 6 (Appendix). Het blijkt dat er een significant slechtere subgroep (cluster 2) te onderscheiden valt op de criteria ADL, i-ADL en de frailty index.

Bespreking

Wij verrichtten een analyse in een groep 50-plussers met een AWBZ-indicatie voor ZZP-VG 3, gericht op enerzijds de specifieke ondersteuningsbehoefte en anderzijds gezondheidsmaten, omdat deze mensen bij de voorgenomen overheveling naar de WMO in staat moeten zijn om, met ondersteuning, een zelfstandige huishouding te voeren en gebruik te maken van de reguliere gezondheidszorg. De uitkomsten hebben wij vergeleken met die in de andere ZZP-VG groepen.

Het blijkt hier te gaan om een groep met lichte of matige verstandelijke beperkingen, waarvan 80% in de wijk woont, merendeels in groepshuizen, en 20% in settings waar de nadruk ligt op intensievere zorg. Het merendeel heeft ondersteuning nodig op vaardigheden die nodig zijn voor het voeren van een huishouding, terwijl ook basale ADL-taken niet in alle gevallen zelfstandig kunnen worden uitgevoerd. Overigens geldt dit ook voor een deel van de cliënten in ZZP 1 en 2.

In vergelijking met de algemene bevolking is de ZZP3 groep van 50 jaar en ouder gemiddeld even kwetsbaar als 70-80-plussers. Relevante oorzaken van ongezondheid als multimorbiditeit (27%) en polyfarmacie (28%), die deels specifiek samenhangen met de oorzaak van de verstandelijke beperking, dragen al vanaf jongere leeftijd bij aan deze kwetsbaarheid. Binnen de ZZP3 groep is een omschreven cluster te onderscheiden waarin de hogere ondersteuningsbehoefte en geriatrische kwetsbaarheid zich concentreren.

De ondersteuningsbehoefte op afzonderlijke ADL- en i-ADL taken en de deels specifieke gezondheidsproblemen laten zien dat een deel van deze mensen zoveel en zo specifieke ondersteuning nodig heeft, dat het niet doelmatig is om dit over te laten aan mantelzorgers, huishoudelijke hulp en thuiszorg. Hoewel huisartsen toenemend ervaring hebben met de behandeling en begeleiding van kwetsbare ouderen met multimorbiditeit en polyfarmacie, gaat het hier om gemiddeld jongere mensen met verminderde communicatiemogelijkheden, specifieke clusters van multimorbiditeit en wegens polyfarmacie de noodzaak van regelmatige multidisciplinaire medicatiereviews. Huisartsen missen hiervoor de expertise en tijd, en hetzelfde geldt vermoedelijk voor ouderengeneeskundigen.

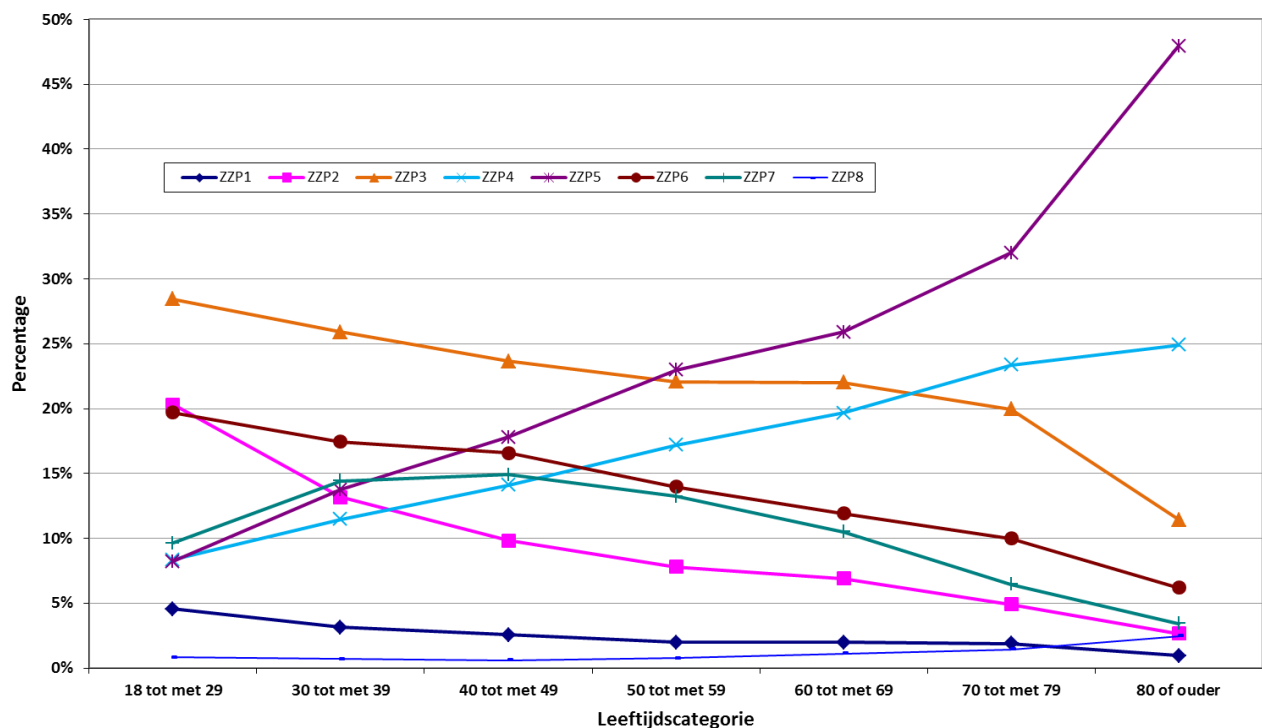
Er is nu nog geen informatie beschikbaar over de kwetsbaarheid van jongere groepen met verstandelijke beperkingen. Echter, omdat wij in de GOUD-studie bij 50-59-jarigen al een sterk verhoogde kwetsbaarheid hebben aangetroffen (Schoufour et al, ter perse), kunnen wij

er vanuit gaan dat het risico op kwetsbaarheid, en daarmee achteruitgang van de gezondheid en toename van de zorgbehoefte, in deze populatie al vanaf jongere leeftijd toeneemt.

Deze aanname wordt ondersteund door onze eerder in Markant (maart 2012) gepubliceerde analyse van ZZP-VG indicaties in de verschillende leeftijdsgroepen, gebaseerd op CIZ-gegevens van de Nederlandse volwassen cliëntenpopulatie (zie onderstaande grafiek).

Percentages van ZZP-VG in de Nederlandse populatie per leeftijdscategorie

(CIZ peildatum 1 juli 2011)



Hieruit blijkt dat het percentage indicaties voor ZZP3 al vanaf de leeftijd van 18 jaar geleidelijk daalt, terwijl ZZP 4 en 5 vanaf die leeftijd geleidelijk stijgen.

Aanbevelingen

Op grond van bovenstaande bevindingen adviseren wij, individuele personen die nu nog een indicatie hebben voor ZZP-VG 1-3, op inhoudelijke criteria toegang tot de AWBZ te blijven verschaffen. Onze analyse toont dat ADL en i-ADL scores en kwetsbaarheid significant onderscheid kunnen maken en dus geschikte criteria zouden zijn, en mogelijk daarnaast multimorbiditeit en polyfarmacie. Deze aanbeveling geldt ook voor mensen jonger dan 50 jaar, omdat wij verwachten dat onder hen ook kwetsbare personen voorkomen bij wie de zelfredzaamheid en gezondheid slecht of bedreigd zijn.

Verder adviseren wij, met zorgverzekeraars afspraken te maken voor structurele extramurale ondersteuning van de eerste lijn door gespecialiseerde artsen (AVG), paramedici en gedragsdeskundigen.

Referenties

- Evenhuis H & Hermans H. Gezondheid en zelfstandigheid van 50-plussers, geïndiceerd voor ZZP-VG 4: gegevens op basis van de studie Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD), Erasmus MC Rotterdam, Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten, december 2012
- Hilgenkamp TAM et al. Study healthy ageing and intellectual disabilities: Recruitment and design. *Research in Developmental Disabilities* 2011;32:1097-1106.
- Romero-Ortuno R, & Kenny RA. The frailty index in Europeans: association with age and mortality. *Age Ageing* 2012.
- Schoufour JD et al. Development of a Frailty Index for older people with intellectual disabilities: results of the HA-ID study. *Research in Developmental Disabilities*, ter perse.
- Actueel. Zorggebruik stijgt met de leeftijd. *Markant* maart 2012, blz 4.

APPENDIX

Tabel 1 Vergelijking van ZZP 3 met ZZP 1&2

	ZZP 3	ZZP 1 en 2	Toetsing van het verschil
n	138	51	
Man	66 (47,8%)	26 (51,0%)	$X^2= 0,15$
Leeftijd dichotoom			$X^2= 0,27$
< 65 jaar	100 (72,5%)	35 (68,6%)	
≥ 65 jaar	38 (27,5%)	16 (31,4%)	
Mate VB			$X^2= 8,30^*$
Zwakbegaafd/licht	57 (41,6%)	33 (64,7%)	
Matig	78 (56,9%)	18 (35,3%)	
(Zeer) Ernstig	2 (1,5%)	0 (0%)	
Down syndroom	13 (10,9%)	0 (0%)	$X^2= 4,99^*$
Woonsetting			$X^2= 12,97^{***}$
Centrale locatie	29 (21,0%)	0 (0%)	
Woning in de wijk	100 (72,5%)	48 (94,1%)	
Zelfstandig	9 (6,5%)	3 (5,9%)	
Zelfredzaamheid			
gemiddelde ADL score (sd)	17,77 (2,96)	18,72 (3,04)	t= -1,91
gemiddelde i-ADL score (sd)	15,60 (5,17)	19,08 (3,56)	t= -5,16^{***}
Lichamelijke gezondheid			
Rolstoel afhankelijkheid	2 (1,5%)	0 (0%)	$X^2= 0,76$
Overgewicht (BMI>25)	91 (71,7%)	36 (80,0%)	$X^2= 1,20$
Sarcopenie (spiermassaverlies)	6 (4,7%)	4 (8,7%)	$X^2= 0,98$
Epilepsie	14 (12,2%)	5 (12,2%)	$X^2= 0,00$
Geestelijke gezondheid			
Autismespectrumstoornis	15 (11,6%)	5 (10,6%)	$X^2= 0,03$
Gedragsproblemen	19 (14,6%)	3 (6,4%)	$X^2= 2,15$
Dementie (consensus)	4 (3,4%)	0 (0%)	$X^2= 1,45$
Aantal life events (sd)	6,04 (3,23)	6,34 (3,64)	t= -0,55
Depressieve symptomen	14 (10,5%)	4 (8,0%)	$X^2= 0,26$
Angstsymptomen	24 (18,0%)	10 (20,0%)	$X^2= 0,09$
Overkoepelende gezondheidsmaten			
Multimorbiditeit (≥ 4)	37 (26,8%)	5 (9,8%)	$X^2= 6,23^*$
Polyfarmacie (≥ 5)	30 (28,3%)	11 (34,4%)	$X^2= 0,43$
Frailty index (sd)	0,19 (0,09)	0,15 (0,08)	t= 2,41*

* p<0.05; ** p<0.01; ***p<0.0025 (Bonferroni correctie)

Tabel 2 Vergelijking van ZP3 met ZP 4

	ZP 3	ZP 4	Toetsing van het verschil
n	138	207	
Man	66 (47,8%)	93 (44,9%)	$X^2 = 0,28$
Leeftijd dichotoom			$X^2 = 3,15$
< 65 jaar	100 (72,5%)	131 (63,3%)	
≥ 65 jaar	38 (27,5%)	76 (36,7%)	
Mate VB			$X^2 = 18,90^{***}$
Zwakbegaafd/licht	57 (41,6%)	50 (24,8%)	
Matig	78 (56,9%)	129 (63,9%)	
(Zeer) Ernstig	2 (1,5%)	23 (11,4%)	
Down syndroom	13 (10,9%)	27 (16,3%)	$X^2 = 1,64$
Woonsetting	29 (21,0%)	69 (33,3%)	$X^2 = 15,32^{***}$
Centrale locatie	100 (72,5%)	137 (66,2%)	
Woning in de wijk	9 (6,5%)	1 (0,5%)	
Zelfstandig	37 (26,8%)	62 (30,0%)	$X^2 = 0,40$
Zelfredzaamheid			
gemiddelde ADL score (sd)	17,77 (2,96)	16,23 (3,36)	t = 4,31^{***}
gemiddelde i-ADL score (sd)	15,60 (5,17)	12,25 (4,00)	t = 6,32^{***}
Lichamelijke gezondheid			
Rolstoel afhankelijkheid	2 (1,5%)	4 (2,0%)	$X^2 = 0,12$
Overgewicht (BMI>25)	91 (71,7%)	112 (62,6%)	$X^2 = 2,75$
Sarcopenie (spiermassaverlies)	6 (4,7%)	23 (12,2%)	$X^2 = 5,11^*$
Epilepsie	14 (12,2%)	24 (14,8%)	$X^2 = 0,40$
Geestelijke gezondheid			
Autismespectrumstoornis	15 (11,6%)	28 (14,4%)	$X^2 = 0,53$
Gedragsproblemen	19 (14,6%)	28 (14,1%)	$X^2 = 0,01$
Dementie (consensus)	4 (3,4%)	9 (5,5%)	$X^2 = 0,71$
Gemiddeld aantal life events 1 jaar (sd)	6,04 (3,23)	5,86 (3,19)	t = 0,50
Depressieve symptomen	14 (12,2%)	20 (10,2%)	$X^2 = 0,01$
Angstsymptomen	24 (18,0%)	29 (14,8%)	$X^2 = 0,62$
Overkoepelende gezondheidsmaten			
Multimorbiditeit (≥ 4)	37 (26,8%)	62 (30,0%)	$X^2 = 0,40$
Polyfarmacie (≥ 5)	30 (28,3%)	39 (27,3%)	$X^2 = 0,03$
Frailty index (sd)	0,19 (0,09)	0,24 (0,10)	t = -4,71^{***}

* p<0.05; ** p<0.01; ***p<0.0025 (Bonferroni correctie)

Tabel 3 Vergelijking van ZZP3 met clusters van ZZP4

	ZZP 3	ZZP 4 Cluster 1	Toetsing van het verschil (3 vs 4.1)	ZZP 4 Cluster 2	Toetsing van het verschil (3 vs 4.2)	ZZP 4 Cluster 3	Toetsing van het verschil (3 vs 4.3)
n	138	25		59		37	
Man	66 (47,8%)	16 (64,0%)	$X^2= 2,22$	22 (37,3%)	$X^2= 1,86$	13 (35,1%)	$X^2= 1,90$
Leeftijd dichotoom			$X^2= 0,13$		$X^2= 1,86$		$X^2= 4,59^*$
< 65 jaar	100 (72,5%)	19 (76,0%)		37 (62,7%)		20 (54,1%)	
≥ 65 jaar	38 (27,5%)	6 (24,0%)		22 (37,3%)		17 (45,9%)	
Mate VB			$X^2= 0,66$		$X^2= 14,73^{***}$		$X^2= 21,38^{***}$
Zwakbegaafd/licht	57 (41,6%)	12 (48,0%)		13 (22,0%)		7 (18,9%)	
Matig	78 (56,9%)	13 (52,0%)		39 (66,1%)		23 (62,2%)	
(Zeer) Ernstig	2 (1,5%)	0 (0,0%)		7 (11,9%)		7 (18,9%)	
Woonsetting			$X^2= 1,48$		$X^2= 8,64^*$		$X^2= 21,74^{***}$
Centrale locatie	29 (21,0%)	3 (12,0%)		22 (37,3%)		22 (59,5%)	
Woning in de wijk	100 (72,5%)	21 (84,0%)		37 (62,7%)		15 (40,5%)	
Zelfstandig	9 (6,5%)	1 (4,0%)		0 (0,0%)		0 (0,0%)	
Zelfredzaamheid							
ADL score (sd)	17,77 (2,96)	18,56 (1,45)	$t= 2,03^*$	17,36 (1,77)	$t= -1,01$	12,11 (2,17)	$t= -10,85^{***}$
IADL score (sd)	15,60 (5,17)	19,32 (2,38)	$t= 5,69^{***}$	11,53 (2,05)	$t= -7,80^{***}$	9,08 (1,19)	$t= -13,33^{***}$
Gezondheidsmaten (selectie)							
Rolstoel afhankelijkheid	2 (1,5%)	0 (0,0%)	$X^2= 0,38$	0 (0,0%)	$X^2= 0,90$	2 (5,4%)	$X^2= 1,92$
Epilepsie	14 (12,2%)	7 (28,0%)	$X^2= 4,03^*$	8 (13,6%)	$X^2= 0,07$	6 (16,2%)	$X^2= 0,40$
Multimorbiditeit (≥ 4)	37 (26,8%)	5 (20,0%)	$X^2= 0,51$	27 (45,8%)	$X^2= 6,77^{**}$	21 (56,8%)	$X^2= 11,81^{***}$

Tabel 4 Vergelijking van percentages cliënten die afhankelijk zijn van onde ZZP3 en ZZP1&2

	ZZP 1 en 2	ZZP 3	
n	50	133	
ADL			
Incontinent voor faeces	6,0%	13,5%	$X^2= 2,03^a$
Incontinent voor urine	14,0%	25,6%	$X^2= 2,80$
Uiterlijke verzorging	10,0%	37,6%	$X^2= 13,16$
Toiletgebruik	8,0%	17,3%	$X^2= 2,50^a$
Eten	4,0%	7,5%	$X^2= 0,73^a$
Transfer (van bed naar stoel en terug)	6,0%	4,5%	$X^2= 0,17^a$
Mobiliteit	4,0%	4,5%	$X^2= 0,02^a$
Aan- en uitkleden	6,0%	12,8%	$X^2= 1,72^a$
Trappen lopen	14,0%	24,1%	$X^2= 2,19$
Baden / douchen	18,0%	30,8%	$X^2= 3,01$
i-ADL			
Telefoneren	16,0%	47,4%	$X^2= 15,06$
Boodschappen doen	16,0%	44,4%	$X^2= 12,59$
Eten klaarmaken	58,0%	72,9%	$X^2= 3,78$
Huishouding	64,0%	78,9%	$X^2= 4,31^*$
De was doen	66,0%	70,7%	$X^2= 0,37$
Buitenshuis ergens heen gaan	44,0%	69,9%	$X^2= 10,46$
Medicijnen innemen	42,0%	63,2%	$X^2= 6,65^*$
Met geld omgaan	32,0%	50,4%	$X^2= 4,95^*$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.0028$ (Bonferroni correctie)

^a geen zuivere vergelijking mogelijk omdat ZZP 1 en 2 minder dan 5 mensen bevatten die ondersteuning nodig hebben voor deze handeling.

Tabel 5 Vergelijking van percentages cliënten die afhankelijk zijn van ondersteuning in ZZP3 en ZZP4

	ZZP 3	ZZP 4	
N	133	198	
ADL			
Incontinent voor faeces	13,5%	26,3%	$X^2 = 7,73^{**}$
Incontinent voor urine	25,6%	31,3%	$X^2 = 1,28$
Uiterlijke verzorging	37,6%	66,2%	$X^2 = 26,20^{***}$
Toiletgebruik	17,3%	26,8%	$X^2 = 4,04^*$
Eten	7,5%	22,7%	$X^2 = 13,28^{***}$
Transfer (van bed naar stoel en terug)	4,5%	9,6%	$X^2 = 2,95$
Mobiliteit	4,5%	12,6%	$X^2 = 6,17^*$
Aan- en uitkleden	12,8%	25,8%	$X^2 = 8,21^{**}$
Trappen lopen	24,1%	39,9%	$X^2 = 8,96^{**}$
Baden / douchen	30,8%	58,1%	$X^2 = 23,72^{***}$
i-ADL			
Telefoneren	47,4%	71,7%	$X^2 = 20,01^{***}$
Boodschappen doen	44,4%	69,7%	$X^2 = 21,20^{***}$
Eten klaarmaken	72,9%	86,4%	$X^2 = 9,31^{***}$
Huishouding	78,9%	91,4%	$X^2 = 10,53^{***}$
De was doen	70,7%	92,9%	$X^2 = 29,29^{***}$
Buitenshuis ergens heengaan	69,9%	91,9%	$X^2 = 27,38^{***}$
Medicijnen innemen	63,2%	85,9%	$X^2 = 22,97^{***}$
Met geld omgaan	50,4%	79,3%	$X^2 = 30,41^{***}$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.0028$ (Bonferroni correctie)

Tabel 6. Vergelijking van twee clusters binnen ZZP 3

	Cluster 1	Cluster 2	Vershil
n	80	51	
Man (%)	40 (50,0%)	24 (47,1%)	$X^2 = 0,11$
Leeftijd (sd)	60,86 (6,81)	60,87 (8,68)	$t = 0,01$
Mate VB			$X^2 = 19,00^{***a}$
LVG	45 (56,2%)	10 (19,6%)	
MVG	35 (43,8%)	39 (76,5%)	
(Z)EVG	0 (0,0%)	2 (3,9%)	
Woonvorm			$X^2 = 19,12^{***a}$
Centrale locatie	8 (10,0%)	20 (39,2%)	
Woning in de wijk	64 (80,0%)	31 (60,8%)	
Zelfstandig	8 (10,0%)	0 (0,0%)	
Zelfredzaamheid			
ADL (sd)	19,11 (1,33)	15,61 (3,54)	$t = -6,76^{***}$
IADL (sd)	19,06 (3,37)	10,22 (1,67)	$t = -19,99^{***}$
Lichamelijke gezondheid			
Epilepsie	5 (7,7%)	8 (17,0%)	$X^2 = 2,31$
Rolstoelafhankelijkheid	0 (0,0%)	2 (3,9%)	$X^2 = 3,19^a$
Sarcopenie	3 (3,9%)	3 (6,5%)	$X^2 = 0,41^a$
Overkoepelende gezondheidsmaten			
Multimorbiditeit (≥ 4)	21 (26,2%)	16 (31,4%)	$X^2 = 0,40$
Polyfarmacie (≥ 5)	18 (29,0%)	12 (29,3%)	$X^2 = 0,00$
Frailty index (sd)	0,16 (0,07)	0,23 (0,11)	$t = 4,50^{***}$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.0042$ (Bonferroni correctie)

^a geen zuivere vergelijking mogelijk omdat één of meerdere subgroepen uit minder dan 5 mensen bestonden.

NB: data voor epilepsie, multimorbiditeit, sarcopenie, polyfarmacie zijn niet voor de gehele studiepopulatie aanwezig.