

Longitudinal Aging Study Amsterdam



**Ervaren regie bij Nederlandse ouderen en de samenhang ervan met
zorggebruik, demografische factoren en persoonlijkheid**

**Dr. M. (Martijn) Huisman
Prof.dr. D. (Dorly) J.H. Deeg
C. (Lily) Claassens**

03-03-2014

1. Algemene inleiding

Het concept regie staat regelmatig centraal in maatschappelijke en wetenschappelijke discussies rond de inrichting van het zorgstelsel. Kenmerk van de discussie waarin het concept een belangrijke rol vervult is dat gewezen wordt naar de mogelijkheid – en in veel gevallen ook de noodzaak – dat ouderen de regie nemen en behouden in de zorg die zij gebruiken. Uiteraard kan het voeren van regie in de zorg moeilijk zijn in situaties waarin de zorgbehoefte complex is en/of de beschikbare hulpbronnen van de oudere schaars. Bij hulpbronnen die mogelijk kunnen bijdragen aan ervaren regie kunnen we denken aan de aanwezigheid van een voldoende groot sociaal netwerk, een goed inkomen en specifieke persoonlijkheidskenmerken die ouderen in staat stellen om in lastige situaties voor zichzelf op te komen, of om lasten te delen met anderen.

In welke mate de ervaren regie in de zorg samenhangt met uitkomsten als zorggebruik, inclusief mantelzorg, en ervaren kwaliteit van zorg enerzijds en met determinanten als demografische kenmerken en persoonlijke hulpbronnen anderzijds is nog grotendeels onbekend. Het is echter cruciaal om hier inzicht in te krijgen zodat we meer begrijpen over de rol van regie in het zorgproces en eventuele mogelijkheden om regie te bevorderen. Kan het bevorderen van regie helpen bij het 'ontzorgen' van groepen ouderen, dat een speerpunt is van het huidige zorgbeleid?

Het concept regie is echter een complex concept, waarvoor geen algemeen geaccepteerde definitie bestaat. Dit vormt een barrière voor het uitvoeren van grondig wetenschappelijk onderzoek. Om deze reden is in de onderzoeksgroep van LASA recentelijk veel meer aandacht besteed aan het opstellen van een conceptueel raamwerk voor het begrip dat de inhoud ervan afbakt en concrete aanknopingspunten geeft voor het meten ervan. Op grond van dit raamwerk is inmiddels een vragenlijst ontwikkeld, die in een deelstudie is afgenomen bij N=250 ouderen om een inzicht te krijgen in hun ervaren regie in de zorg. Deze deelstudie werd mogelijk gemaakt door een bijdrage uit het Nationaal Programma Ouderenzorg.

In deze deelstudie zijn gegevens verzameld over verschillende soorten regie. Hierbij gaat het om: a) 'algemene regie', in het Engels: 'sense of mastery'; en b) 'zorgregie'. Algemene regie verwijst naar de mate waarin iemand ervaart dat hij/zij greep heeft over de gang van zaken in zijn/haar leven in het algemeen (Pearlin & Schooler, 1978). Mensen met een lage algemene regie hebben het gevoel dat er weinig is dat zij kunnen doen om invloed op hun leven uit te voeren. Deze algemene regie blijkt van belang voor hoe men met ziekte en beperkingen omgaat. Een hoge mate van algemene regie hangt samen met het vermogen van patiënten om zich aan hun ziekte aan te passen (Moser & Dracup, 1995). Uit eerder onderzoek op gegevens van de LASA studie is gebleken dat mensen met lichamelijke beperkingen en een hoge score op algemene regie minder vaak werden opgenomen in een instelling voor langdurige zorg dan mensen met dezelfde mate van lichamelijke beperkingen die een lage score op algemene regie hadden (Cooper, et al. 2011). Zorgregie is iets anders dan algemene regie. Bij zorgregie gaat het om het ervaren van controle over processen en activiteiten die met het ontvangen van zorg te maken hebben. Bij zorgregie gaat het over vragen zoals: kan ik de adviezen van mijn artsen allemaal opvolgen? Of: doe ik zelf zoveel mogelijk om mijn gezondheidstoestand op peil te houden? Of: kan ik terugvallen op een

noodplan, wanneer ik plotseling onwel wordt? Over zorgregie is weinig bekend en in de bovengenoemde deelstudie hebben medewerkers van LASA daarom veel tijd gestoken in het ontwikkelen van een nieuw meetinstrument hiervoor.

Doordat in deze deelstudie aandacht is besteed aan zowel algemene regie als zorgregie biedt het een ideale gegevensbron voor beleidsrelevant wetenschappelijk onderzoek naar de centrale rol van regie in het zorgproces bij ouderen. In dit rapport zal, op grond van analyses met de gegevens uit deze deelstudie, een antwoord worden gegeven op de beleidsvragen die van belang zijn voor het ministerie van VWS.

Achtereenvolgens komen de volgende onderzoeksvragen in dit rapport aan bod:

- 1) Uit welke elementen bestaat zorgregie bij Nederlandse ouderen?
- 2) Hoe hangen algemene en zorgregie samen met demografische factoren (leeftijd, inkomen, opleidingsniveau) en gezondheidskenmerken?
- 3) Hoe hangen verschillende maten van regie samen met het gebruik van curatieve en langdurige zorg en ervaren kwaliteit van ontvangen zorg door ouderen?

2. Uit welke elementen bestaat zorgregie?

Informatie is verkregen uit een reeks diepte-interviews met overwegend respondenten van de LASA studie en enkele focusgroep gesprekken met ouderen die op andere manieren geworven werden. Omdat het Nationaal Programma Ouderenzorg gericht is op kwetsbare ouderen zijn de interviews en gesprekken die in het kader van de regie-deelstudie werden uitgevoerd bij een selectie van kwetsbare respondenten¹. Respondenten waren allen 65 jaar of ouder. De groep respondenten die aan de interviews deelnam bestond verder uit een gevarieerde combinatie van kenmerken die van belang kunnen zijn voor regie. Er is zorg gedragen voor het includeren van respondenten van verschillende leeftijdsgroepen en uit zowel hoge als lage sociaaleconomische groepen. Bij het interpreteren van de resultaten die hieronder worden beschreven moet worden bedacht dat de respondenten een groep kwetsbare ouderen betreft, die allen in het afgelopen jaar gebruik hebben gemaakt van een vorm van professionele en/of informele zorg.

De diepte-interviews die met de respondenten werden gehouden behandelden verschillende onderwerpen, waaronder: 1) problemen met gezondheid en functioneren, 2) persoonlijke ervaringen in de zorg, 3) de mate waarin respondenten meenden dat zij greep hadden op de zorgsituatie en waaruit zij vonden dat dit bleek, en 4) de factoren waarvan zij meenden dat ze invloed hebben op de ervaren regie. De interviews waren open, wat betekent dat er geen vastliggende vragen werden opgesteld, maar waarbij interviews zoveel mogelijk leken op alledaagse gesprekken over deze onderwerpen, zodat respondenten zoveel mogelijk van hun eigen ervaringen in het gesprek kwijt konden. De interviews en de analyses van de inhoud van de interviews werden uitgevoerd volgens de regels van de wetenschappelijke Grounded Theory benadering, waarbij een model of theorie wordt opgesteld aan de hand van verzamelde gegevens, zoals interviewgegevens.

Wanneer ouderen direct werd gevraagd een antwoord te geven op de vraag wat regie volgens hen betekent, gaven zij over het algemeen aan dat dit te maken had met zelf de zaken regelen en de leiding hebben over het eigen leven. Voorbeelden van antwoorden van geïnterviewde ouderen waren:

"...dat je zelf nog het heft in handen hebt, zoveel mogelijk."

"...m'n eigen leven niet laten bepalen door anderen, of door mijn kinderen."

"...dat je verantwoordelijkheid neemt waar het genomen moet worden."

"...dat je de leiding ergens over hebt, dat je alles moet organiseren."

"... dat je je eigen baas bent. De kinderen die komen toch wel een mening spuien als dat nodig is. Maar die dirigeren de boel toch niet."

¹ Kwetsbaarheid werd bepaald aan de hand van gegevens over body mass index, gehoorvermogen, gezichtsvermogen, cognitief functioneren en handknijpkracht. Respondenten die op twee of meer van deze indicatoren slecht scoorden, relatief ten opzichte van anderen, werden als kwetsbaar gecategoriseerd en konden worden geselecteerd voor deelname aan deze deelstudie.

Hieruit kan worden geconcludeerd dat de ouderen vaak het ideaalbeeld uitspreken van een actieve en goed functionerende oudere die zelf voorkomt dat zorg nodig is, zelf zorg zoekt en regelt wanneer dat nodig is en binnen de zorg zelf de lijnen uitstippelt. Een toegankelijk geschreven boekje is uitgebracht, waarin meer ervaringen van ouderen met betrekking tot zorgregie staan weergegeven. Geïnteresseerde lezers kunnen daarin in meer detail terugvinden wat ouderen verstaan onder zorgregie en welke ervaringen hun zorgregie heeft bepaald (Huisman, Van Rhijn & Sant, Red., 2013).

Echter, een grondige wetenschappelijke analyse van de verhalen en ervaringen van de geïnterviewde ouderen toonde aan dat dit ideaalbeeld: 1) niet overeenkwam met de situatie waarin de ouderen zich zelf over het algemeen bevonden, en 2) dat dit ook niet noodzakelijk was voor het *ervaren* van een gevoel van zorgregie. Een van de centrale uitkomsten uit de studie was dat ervaren zorgregie vrijwel nooit het resultaat is van iemands eigen activiteiten en acties alleen, maar dat het voor een belangrijk deel de omgeving van ouderen reflecteert. Dit werd duidelijk uit het feit dat ouderen die weinig beperkt waren soms in hun ervaring van regie werden gefrustreerd door oncontroleerbare externe factoren. Anderzijds waren er voorbeelden van ouderen die grotendeels aangewezen waren op hun omgeving voor het uitvoeren van hun dagelijkse activiteiten, die ondanks die afhankelijkheid een grote mate van zorgregie ervoeren. Bij hen werd de zorgregie in stand gehouden door elementen uit de omgeving, zoals ervaren steun uit het sociale netwerk, ondersteunende omgevingskenmerken, zoals de nabijheid van openbaar vervoer of andere voorzieningen en het hebben van vertrouwen in formele zorgverleners. Duidelijk bleek dat ervaren zorgregie een optelsom was van een combinatie van zowel interne factoren, die onder invloed staan van de ouderen zelf, als externe factoren, waarop ouderen minder makkelijk invloed hebben.

Om recht te doen aan de dagelijkse praktijk van zorgregie hebben we het conceptueel raamwerk opgesteld (Figuur 1), gebaseerd op kwalitatieve analyse van de diepte-interviews en focusgroep gesprekken, waarin deze interne en externe factoren zijn opgenomen.

De analyses wijzen uit dat de volgende elementen onderdeel zijn van ervaren zorgregie:

- 1) het hebben van zelfvertrouwen in het organiseren en initiëren van zorg (interne factor),**
- 2) zelfvertrouwen hebben in het vermogen om gezondheid in de thuisomgeving te bevorderen of behouden (interne factor),**
- 3) ervaren steun uit het sociale netwerk (externe factor),**
- 4) kenmerken van zorgverleners en zorginstellingen waarmee men in contact staat (externe factor),**
- 5) Ervaren aanwezigheid van ondersteunende omgevingskenmerken (externe factor).**

Hieronder wordt een kort overzicht gegeven van de resultaten van ons onderzoek met betrekking tot deze factoren.

Ad 1. Veel kwetsbare ouderen waren in meerdere of mindere mate bezig met het organiseren van hun zorg. Zij vonden het belangrijk dat zij voor zichzelf konden bepalen op welk moment intensievere zorg nodig zou zijn en op welke manier deze zorg zou moeten worden ingeschakeld. Sommigen rapporteerden dat zij het belangrijk vonden om ook

betrokken te zijn bij het nemen van beslissingen over behandelingen en vragen konden stellen aan zorgverleners en, wanneer dat nodig was, voor zichzelf konden opkomen. Het belang van nadenken over toekomstige zorgbehoeften en wensen en over het levenseinde werd door enkele ouderen ter sprake gebracht.

Ad 2. Het hebben van zelfvertrouwen in het vermogen om gezondheid te bevorderen of te behouden kwam bij veel kwetsbare ouderen naar voren als een belangrijke factor voor het ervaren van regie. Ouderen gaven aan dat zij regie uitoefenden door zich goed te houden aan voorgeschreven zorgregimes, inclusief nauwgezet innemen van medicatie, en door zichzelf aan te zetten tot gezondheid bevorderend gedrag zoals het eten van gezonde voeding en blijven bewegen. Bij respondenten bleek het regelmatig een uiting te zijn van een attitude omtrent zelfdiscipline.

“Mensen moeten voor zichzelf zorgen! Ik ben erg...hoe zeg ik dat...strikt in dat soort zaken. Ja, je moet veel dingen zelf doen. Sober leven. Tijd is belangrijk...doe alles op tijd. Je moet volgens een bepaald ritme leven. En dan, geloof ik, gaat alles op een zeker moment automatisch.” (vrouw, 85 jaar).

Andere belangrijke attitudes die ouderen bleken te helpen waren acceptatie, doorzettingsvermogen en optimisme. Deze kenmerken hielpen hen om met tegenslagen om te gaan. Actief blijven in het dagelijks leven en op de hoogte blijven werden beschouwd als manier van coping.

“Ik heb geluk dat ik nog zoveel kan doen. Dat mijn brein nog helder is, dat ik nog dingen kan zeggen, tegen de zorgverleners.... Ik kan met mijn kinderen praten over het weer en over wat er gaande is in de wereld. Daar praat ik over... Ik kan in zekere zin nog meedoen.” (man, 96 jaar).

Ad 3. Verschillende vormen van steun uit het sociale netwerk kwamen consistent aan bod in de diepte-interviews, wat aangeeft hoe belangrijk dit aspect is voor ervaren regie van kwetsbare ouderen. Vormen van steun die werden genoemd waren o.a. instrumentele steun in en rond het huis, hulp bij contacten met zorgverleners, hulp bij het vinden van belangrijke informatie over gezondheid en zorg, en emotionele steun. In sommige gevallen was het voldoende voor ouderen om te weten dat de steun in hun netwerk gemobiliseerd kon worden, wanneer dat nodig mocht zijn. Dit idee gaf een gevoel van veiligheid en bevorderde de ervaren regie. De meeste ouderen hadden kinderen op wie ze konden terugvallen wanneer dat nodig was. Andere mogelijke bronnen van hulp die werden genoemd waren: partners, vrienden, buren en overige familieleden.

Veel kwetsbare ouderen ervoeren wel barrières bij het vragen om hulp en het betrekken van anderen bij hun problemen. Bij buren bleek deze barrière vaak wat hoger dan bij kinderen, maar ook het doen van beroep op kinderen kon als bezwaarlijk worden ervaren. In belangrijke mate draagt dan ook het vermogen van mensen om daadwerkelijk hulp te vragen – als het in potentie aanwezig is – bij aan de ervaren regie.

“Zij [de burens] zijn erg vriendelijk. Ze zijn er voor je wanneer er iets gebeurt, maar je wil ze niet onnodig belasten. Als het echt nodig is bel je toch liever eerst je kinderen.” (vrouw, 92 jaar).

“Nou, sommige moeders, of ouders, praten uren met hun kinderen. Maar dat mag je niet zomaar doen. Je mag ze niet afleiden van hun eigen werk en hun eigen dingen. En geen belasting voor ze zijn. Je moet voor jezelf zorgen.” (vrouw, 80 jaar).

Kwetsbare ouderen waarbij het sociale netwerk was geslonken, of die geen toegang tot steun vonden in hun netwerk maakten zich hier zorgen over.

“...een van hen [vrienden] heeft last van dementie en er is iets mis met de ander., en met allemaal is er wel wat aan de hand. Om me heen valt het [netwerk] allemaal wat uit elkaar. Ik ben gezond, maar om me heen is het aan het verdwijnen. Dat zijn allemaal mensen die voor mij niets meer kunnen doen.” (vrouw, 89 jaar).

Ad 4. Kwetsbare ouderen spraken vaak over ervaringen met zorgverleners die hun gevoel van regie in positieve zin of in negatieve zin konden beïnvloeden. Het was belangrijk voor de ouderen dat zorgverleners duidelijk doelgericht waren in hun behandeling.

“Het is een reeks van incidenten. Van de ene fysiotherapeut naar de andere en er is niemand die je bij de hand neemt en wat structuur brengt in je zorg. En die zegt: ‘We zijn nu hier en we moeten ergens op uitkomen’. Je wordt behandeld en na een tijdje laten ze je gaan...totdat je weer terug moet...en dan krijg je weer een aantal sessies, die stoppen ook omdat er geen geld meer is. En zo gaat het maar door. ” (man, 74 jaar).

“Voor het eerst hebben we nu een huisarts die initiatief neemt, die je niet zomaar laat bungelen en die het okay vindt dat je telkens weer terugkomt.” (man, 74 jaar).

Hieraan gerelateerd was de wens van ouderen dat formele zorgverleners voldoende contact hadden met andere zorgverleners in hun zorgproces en adequaat samenwerkten. Enkele ouderen gaven aan dat ze zich alleen gelaten voelden wanneer de behandeling ‘klaar’ was en dat hun toestand daarna niet meer in de gaten werd gehouden. Ze hadden het gevoel dat zorgverleners niets meer deden dan strikt genomen binnen de grenzen van hun taak paste.

“Kijk, als ze komen [thuiszorgmedewerkers] dan is er een dame die een boek brengt en wat dingen opschrijft...die meiden ook...als er iets bijzonders is. Dan schrijven ze een of twee woorden. Maar niemand komt op het idee om me eens op te bellen en te vragen ‘hoe gaat he nu met u?’ ” (vrouw, 86 jaar).

Andere eigenschappen van zorgverleners of van de relatie met zorgverleners die een positief effect hadden op ervaren zorgregie waren het hebben van vertrouwen in de zorgverlener en openstaan van zorgverleners voor de wensen van ouderen en hun behoefte aan autonomie.

Ook aspecten van zorginstellingen kwamen regelmatig ter sprake. Met name de toegankelijkheid van instellingen (bijvoorbeeld duidelijkheid over met welke afdeling contact gezocht dient te worden en hoe deze kan worden bereikt) en regels en beleid werden genoemd als kenmerken die regie konden bevorderen of verminderen.

“Controle wordt door regels weggenomen. Ik kan zelf wel in controle zijn, maar er zijn veel dingen die ik niet kan beïnvloeden, die gebeuren gewoon...Overal zijn regeltjes. Als er een nieuwe regering is dan komen er nieuwe regels, enzo. En het maakt niet uit of je er nu wel of niet mee eens bent, het gebeurt gewoon” (man, 80 jaar).

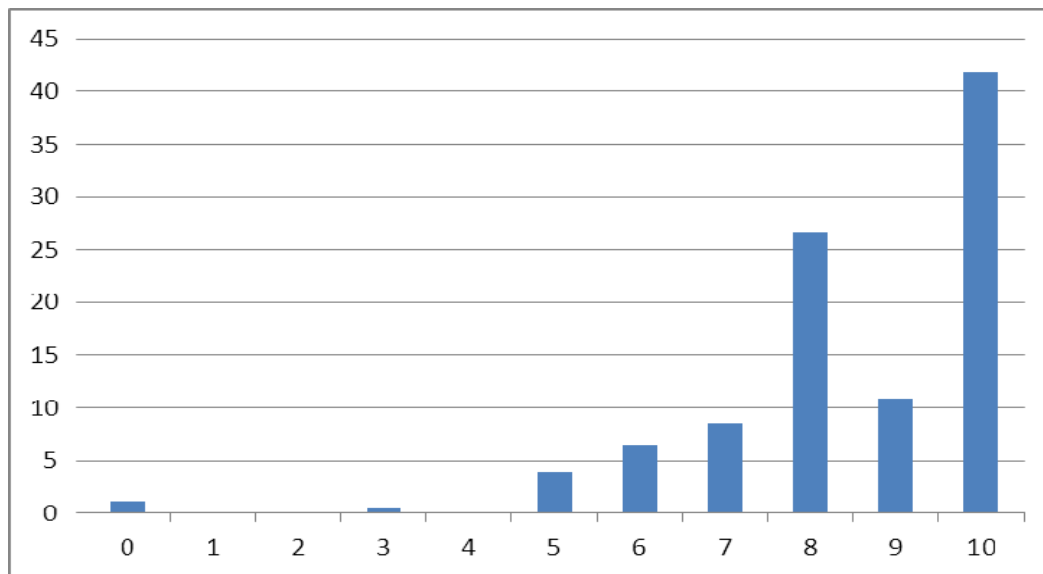
Ad 5. De beschikbare infrastructuur in de omgeving kan de ervaren zorgregie van kwetsbare ouderen beïnvloeden op verschillende manieren. Ouderen noemden de toegankelijkheid van openbaar vervoer en zorginstellingen (d.w.z. fysieke toegankelijkheid; zijn zorginstellingen in de buurt, zijn ze goed te bereiken, e.d.) en de beschikbaarheid van voorzieningen en praktische hulpmiddelen. Voorbeelden van voorzieningen en hulpmiddelen die werden genoemd waren: vervoersbedrijven, hulpmiddelen om verminderd gezichtsvermogen te compenseren of om andere beperkingen op te vangen, en maaltijddiensten.

Van groot belang voor de ervaren zorgregie was de aanwezigheid van een opvangnet voor noodsituaties, zoals vallen of plotseling onwel worden. Sommige kwetsbare ouderen hadden hiertoe maatregelen genomen, zoals afspraken met de burens over signalen voor het geval hun hulp nodig was en het dragen van een alarmhorloge. Ouderen maakten zich zorgen dat er geen adequaat vangnet zou zijn in het geval van een noodsituatie en dit had een sterke negatieve invloed op de ervaren regie.

2.1 Ervaren regie = Eigen regie?

Op grond van het conceptuele model dat we hebben opgesteld aan de hand van ons kwalitatieve onderzoek hebben we een vragenlijst opgesteld om ervaren zorgregie mee te meten. Deze vragenlijst hebben we op verschillende manieren getoetst en aangepast en uiteindelijk hebben we de lijst afgenomen via mondelinge interviews bij N=248 (respons = 83%, aselecte steekproef) respondenten afkomstig uit de gehele LASA steekproef. Respondenten die in de eerdere fase van het onderzoek deelnamen aan de kwalitatieve interviews die eerder in dit hoofdstuk aan bod kwamen werden van deelname aan deze nieuwe ronde mondelinge interviews uitgesloten. Naast de vragenlijst over zorgregie hebben we in het mondelinge interview gegevens verzameld over zorggebruik, ervaren kwaliteit van zorg en ervaren kwaliteit van leven. Deze mondelinge interviews zijn in het eerste kwartaal van 2013 bij de respondenten afgenomen. Omdat de respondenten afkomstig waren uit de steekproef van LASA kunnen we de scores op de onderwerpen die we verzamelden in dit interview relateren aan andere informatie die tijdens de reguliere metingen van LASA is verzameld. Hieronder geven we een overzicht van enkele kernuitkomsten met betrekking tot ervaren zorgregie uit dit onderzoek.

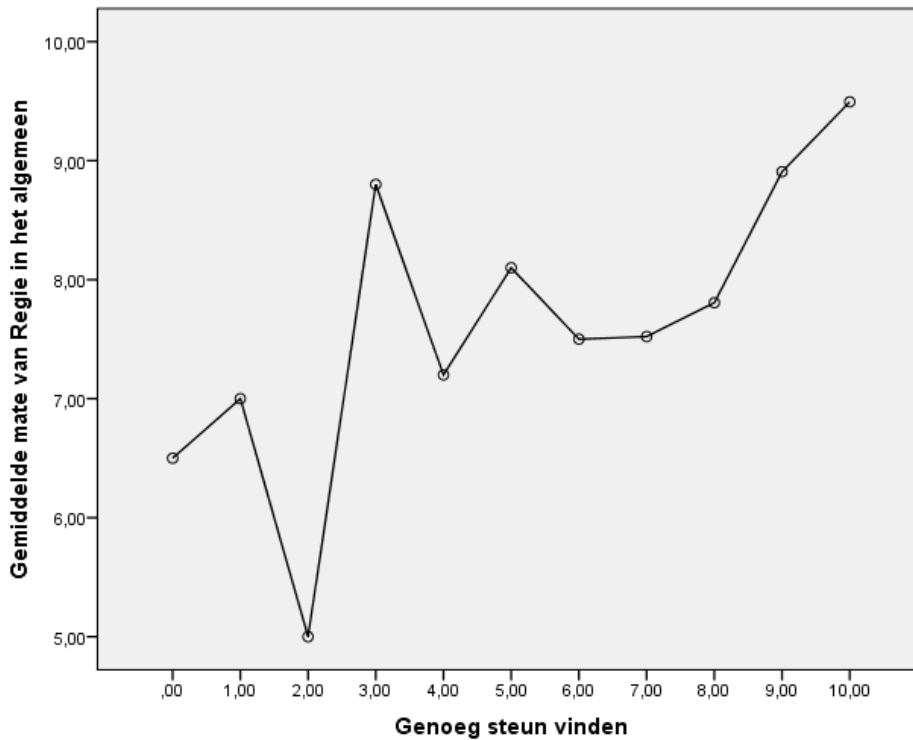
De eerste vraag over regie die aan de respondenten werd gesteld was in welke mate zij, over het algemeen, de regie konden houden over de zorg. Vervolgens werd de respondenten gevraagd of zij meenden dat ze genoeg steun hadden uit hun omgeving en bij wie voornamelijk de regie over hun zorg lag: bij henzelf, bij naasten, bij henzelf en hun naasten, of anders. Interessant genoeg gaf de overgrote meerderheid, met uitzondering van 5,6% van de respondenten, een voldoende (d.w.z. >5 op een schaal van 0 tot en met 10) voor de mate waarin zij regie konden houden over hun zorg. De gemiddelde mate van regie was 8,5 met een standaarddeviatie van 1,8.



Grafiek: Welk percentage beoordeelt de mate van regie over de zorg met welk cijfer?

Van de respondenten gaf 63% aan voornamelijk de zorgregie in eigen handen te hebben, gaf 29% aan dat de regie werd gevoerd in combinatie met een naaste waarbij beiden evenveel aan de regie bijdragen en gaf 7% aan dat de regie vooral in handen was van een naaste of nog iemand anders (bijvoorbeeld een case manager of zorgverlener). Het gemiddelde cijfer dat respondenten gaven aan de mate waarin de regie werd beoordeeld verschilde tussen deze groepen. Het hoogste gemiddelde werd gerapporteerd door ouderen die aangaven zelf de regie te hebben: 8,7. Het laagste gemiddelde werd gerapporteerd door ouderen die aangaven dat de regie in handen was van een naaste: 6,3.

De meeste respondenten waardeerden de mate van steun die ze konden krijgen uit hun sociale netwerk met een (ruime) voldoende. Een kleine groep van 10% van de respondenten gaf een onvoldoende voor de mate van steun beschikbaar was in hun netwerk. Respondenten die een zeer laag cijfer rapporteerden voor de mate van steun uit het sociale netwerk (< 3), gaven gemiddeld een lager cijfer voor de zorgregie.



Grafiek: Wat is de gemiddelde ervaren regie bij mensen met weinig en veel steun?

Een verdere beschrijving van de algemene oordelen over gezondheid, kwaliteit van leven en ervaren kwaliteit van zorg van de respondentengroep die aan het regieonderzoek heeft deelgenomen is te vinden in tabel 1. Het grootste gedeelte van de respondenten is positief over de kwaliteit van leven – slechts 13,4% geeft aan dat deze minder is dan ‘tamelijk goed’ - en over de algemene gezondheid – slechts 4% vindt de eigen gezondheid slecht en 39,5% vindt de eigen gezondheid ‘redelijk’, terwijl de rest de gezondheid als goed tot uitstekend ervaart. De gemiddelde rapportcijfers die de respondenten geven aan hun eigen leven en aan de zorg die zij het afgelopen jaar hebben ontvangen zijn, respectievelijk 7,5 en 7,8, waarbij de spreiding laag is en het grootste gedeelte van de respondenten een voldoende scoort.

Tabel 1; Oordelen van respondenten over gezondheid en kwaliteit van leven.

	N of gemiddelde	% of standaarddeviatie
Hoe zou u uw kwaliteit van leven inschatten?		
1. Erg slecht	1	0,4
2. Tamelijk slecht	4	1,6
3. Goed noch slecht	28	11,4
4. Tamelijk goed	132	53,9
5. Erg goed	80	32,7
Welk rapportcijfer geeft u uw leven op dit moment?	7,5	1,26
Hoe is in het algemeen uw gezondheid?		
1. Uitstekend	4	1,6
2. Erg goed	21	8,5
3. Goed	114	46,0
4. Redelijk	98	39,5
5. Slecht	10	4,0
Stelt u zich de zorg voor zoals die zou zijn wanneer alles eraan perfect zou zijn. Hoe dichtbij, of hoe ver weg ligt de zorg die u in het afgelopen jaar ontvangen heeft van dit ideaal? (0=slecht, 10=ideaal)	7,8	1,48

In de volgende hoofdstukken zal meer informatie worden gegeven over de mate waarin zorgregie samenhangt met mogelijke voorspellers. Uit deze eerste beschrijvende cijfers over de mate van regie en de mate van beschikbare steun van de respondenten uit dit onderzoek blijkt in ieder geval dat de Nederlandse oudere in het algemeen (nog steeds) niet klaagt over de eigen situatie. Bij het interpreteren van deze resultaten moet namelijk worden bedacht dat de respondenten een groep kwetsbare ouderen betreft, die allen in het afgelopen jaar gebruik hebben gemaakt van een vorm van professionele en/of informele zorg.

Fig. 1 Conceptual model for the perceived control in health care among frail older adults in The Netherlands



Perceived **internal** factors
 Perceived **external** factors

Text in italics: topics identified from the interview data

3. De samenhang van verschillende aspecten van regie met gezondheid, zorggebruik en ervaren kwaliteit van zorg; resultaten uit het regie onderzoek

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag naar de relatie tussen regie en zorggebruik hebben we de twee eerder genoemde vormen van regie meegenomen: algemene regie en zorgregie. De gegevens over zorgregie die hieronder worden beschreven zijn gebaseerd op de stelling “Over het algemeen kan ik de regie houden over mijn zorg”. De respondenten werden in twee groepen verdeeld op basis van hun scores (bereik: 0-10) op deze stelling. Respondenten met een score van 7 of minder werden gerangschikt in een groep met relatief weinig ervaren regie, welke ongeveer 21% van alle respondenten bevat. Respondenten met een score > 7 werden gerangschikt in een groep met ‘veel zorgregie’. De tweede vorm van regie – algemene regie - was gebaseerd op bestaande en gevalideerde vragenlijst; de Pearlin Mastery Scale . Mastery is vaker gebruikt in LASA onderzoek om een indicatie te geven van de mate waarin mensen controle ervaren over hun leven in het algemeen. Deze lijst bestaat uit 7 items, zoals: “Ik heb weinig controle over de dingen die me overkomen,” en “Soms voel ik dat ik een speelbal van het leven ben”, met antwoord categorieën oplopend van “sterk mee oneens” tot “sterk mee eens”. Op grond van deze items werd voor iedere respondent een score berekend tussen 7-35, waarbij een hogere score meer mastery betekent. Op grond van deze indicator werden respondenten met een score van 20 of lager gegroepeerd in een categorie met relatief weinig mastery. Deze groep bestond uit ongeveer 22% van alle respondenten. Respondenten met een score > 21 werden gegroepeerd in een groep met ‘veel algemene regie’.

Regie in samenhang met demografische voorspellers

Tabel 2 geeft een overzicht van de kenmerken van deze groepen, gerelateerd aan leeftijd, geslacht, het hebben van kinderen, opleiding specifiek en sociaaleconomische status in het algemeen (d.w.z. een combinatie van informatie over opleidingsniveau en inkomensniveau), en ook gerelateerd aan de andere indicator voor regie.

Statistische toetsen die werden uitgevoerd waren Chi-kwadraat toetsen voor categorische predictoren (geslacht, opleidingsniveau, SES, kinderen hebben, zorgregie en mastery) of t-toetsen voor continue predictoren (leeftijd). Uit Tabel 2 blijkt dat er weinig verschillen te ontdekken zijn tussen de groepen met weinig en veel zorgregie en mastery enerzijds en geslacht, leeftijd, sociaaleconomische status en opleidingsniveau. Verschillen tussen de groepen die zijn gevonden op deze voorspellers blijken niet statistisch significant te zijn. Alleen voor het hebben van kinderen bleek er een statistisch significant verschil te zijn tussen ouderen met veel algemene regie en ouderen met weinig algemene regie. Een groter percentage van de ouderen met kinderen had een lage algemene regie (24%) in vergelijking met ouderen zonder kinderen (7%). Een statistisch significant verband werd ook gevonden voor de relatie tussen zorgregie en algemene regie onderling. Dit ligt in de lijn der verwachting en geeft aan dat mensen die weinig controle ervaren over hun leven in het algemeen ook vaker aangeven een mindere mate van ervaren regie in relatie tot zorg te hebben.

Tabel 2; Kenmerken van respondenten met relatief weinig en relatief veel regie; gemiddelden en aantallen (percentages).

	Zorgregie		p-waarde	Mastery (Algemene regie)		p-waarde
	Weinig (0-7)	Veel (8-10)		Weinig (0-20)	Veel (21-35)	
Totaal	51 (21%)	196 (79%)		55 (22%)	192 (78%)	
Leeftijd	79,5	77,6	,095	78,3	77,9	,742
Geslacht			,751			,447
Mannen	17 (20%)	70 (80%)		17 (20%)	70 (80%)	
Vrouwen	34 (21%)	126 (79%)		38 (24%)	122 (76%)	
Heeft kinderen			,332			,034
Nee	4 (14%)	25 (86%)		2 (7%)	27 (93%)	
Ja	47 (22%)	171 (78%)		53 (24%)	165 (76%)	
Opleidingsniveau			,260			,873
Geen, primair of LBO, MBO, MAVO	39 (23%)	134 (77%)		39 (23%)	134 (77%)	
HAVO, VWO, HBO, Universiteit	12 (16%)	62 (84%)		16 (22%)	58 (78%)	
Sociaaleconomische status			,141			,104
Lage opleiding & laag inkomen	22 (29%)	53 (71%)		23 (31%)	52 (69%)	
Lage opleiding & hoog inkomen	16 (17%)	81 (83%)		15 (16%)	82 (84%)	
Hoge opleiding & laag inkomen	4 (15%)	23 (85%)		7 (26%)	20 (74%)	
Hoge opleiding & hoog inkomen	8 (17%)	39 (83%)		9 (19%)	38 (81%)	
Zorgregie						,022
Weinig				18 (35%)	37 (65%)	
Veel				33 (19%)	159 (81%)	
Mastery			,022			
Weinig	18 (33%)	37 (67%)				
Veel	33 (17%)	159 (83%)				

Noot: Statistische toetsen die werden uitgevoerd waren Chi-kwadraat toetsen voor categorische variabelen (geslacht, kinderen, opleidingsniveau, sociaaleconomische status, zorgregie en mastery) en t-toetsen voor continue variabelen (leeftijd).

Regie in samenhang met gezondheid

Tabel 3 geeft de relatie tussen regie en een selectie van gezondheidsindicatoren weer. Gegevens over het aantal chronische ziekten en het aantal functionele beperkingen zijn afkomstig van de LASA H-meting (2011/12). Gegevens over ervaren algemene gezondheid, kwaliteit van leven en de aanwezigheid van pijnklachten zijn afkomstig van de vragenlijst van het regieproject. Het aantal functionele beperkingen geeft aan in hoeveel gevallen respondenten aangaven dat zij specifieke dagelijkse activiteiten niet konden uitvoeren, of alleen met hulp of alleen met grote moeite. De dagelijkse activiteiten die werden

uitgevraagd omvatten: traplopen, aan,- en uitkleden, gaan zitten en weer opstaan uit een stoel, teennagels knippen, vijf minuten lopen, gebruiken van vervoer en een douche of bad nemen. Voor de aanwezigheid van pijnklachten werd respondenten gevraagd om aan te geven in welke mate zij vandaag last hadden van pijnklachten: geen pijnklachten, matige pijn, of zeer ernstige pijn.

Tabel 3; Gezondheidskenmerken van respondenten met relatief weinig en relatief veel regie; gemiddelden en aantallen (percentages)

	Zorgregie		p-waarde	Mastery (Algemene regie)		p-waarde
	Weinig (0-7)	Veel (8-10)		Weinig (0-20)	Veel (21-35)	
Totaal	51 (21%)	196 (79%)		55 (22%)	192 (78%)	
Aantal chronische ziekten	2,9	2,4	,027	2,6	2,5	,467
Aantal functionele beperkingen (N taken met grote moeite)	2,0	1,1	,000	2,0	1,0	,000
Hoe zou u de kwaliteit van uw leven inschatten? (1=erg slecht, 5=erg goed)	3,9	4,2	,001	3,8	4,3	,000
Hoe is in het algemeen uw gezondheid? (1=uitstekend, 5=slecht)	3,8	3,3	,000	3,6	3,3	,004
			,331			,000
Pijnklachten						
Geen	11 (22%)	67 (34%)		10 (18%)	68 (35%)	
Matig	38 (75%)	120 (61%)		37 (67%)	121 (63%)	
Ernstig	2 (4%)	8 (4%)		8 (15%)	2 (1%)	

Noot: Statistische toetsen die werden uitgevoerd waren Chi-kwadraat toetsen voor categorische variabelen (pijnklachten) en t-toetsen voor continue variabelen (chronische ziekten, beperkingen, oordeel over de kwaliteit van leven en algemene gezondheid).

Uit Tabel 3 blijkt wel dat de verschillende indicatoren samenhangen met regie; zowel met zorgregie als met mastery. Uitzonderingen betreffen pijnklachten in relatie tot zorgregie en chronische ziekten in relatie tot mastery. Voor de overige indicatoren van gezondheid geldt: des te beter de regie, hoe beter de gezondheid. Het moet worden opgemerkt dat op grond van deze resultaten wel kan worden geconcludeerd dat mensen met een relatief lage mate van zorgregie en regie in het algemeen een gemiddeld slechtere gezondheidstoestand hebben, maar dat over het oorzakelijk verband nog niets kan worden geconcludeerd (zijn het gezondheidsklachten die de regie negatief beïnvloeden, of zorgt een hoge mate regie ervoor dat mensen langer gezond blijven?). Daarnaast hebben de resultaten in Tabel 3 betrekking op bivariate analyses, waarbij nog niet is gecontroleerd voor andere factoren. Dit houdt in dat het mogelijk is dat een deel van het verband dat gevonden is tussen zorgregie en bijvoorbeeld functionele beperkingen deels wordt verklaard door het verband tussen

zorgregie en chronische ziekten. Immers, ouderen met functionele beperkingen hebben ook over het algemeen meer chronische ziekten. In multivariate analyses is daarom vervolgens nagegaan wat het verband is tussen regie en meerdere factoren, waarbij alle factoren voor elkaar zijn gecontroleerd. De resultaten van deze multivariate analyses geven het ‘netto’ verband weer van de verschillende factoren met regie (Tabel 4).

Tabel 4; Samenhang van zorgregie en mastery met gezondheid; multivariate lineaire regressie

	Zorgregie		Mastery (Algemene regie)	
	B	95% BI	B	95%CI
Leeftijd	-0,02	-0,05; 0,01	-0,03	-0,10; 0,05
Geslacht	-0,01	-0,45; 0,42	-0,94	-1,97; 0,09
Aantal chronische ziekten	-0,07	-0,24; 0,10	0,07	-0,33; 0,47
Aantal functionele beperkingen (N taken met grote moeite)	-0,14	-0,29; 0,02	-0,43	-0,80; -0,06
Hoe is in het algemeen uw gezondheid? (1=uitstekend, 5=slecht)	-0,41	-0,73; -0,08	-0,19	-0,98; 0,60
Pijnklachten	0,17	-0,25; 0,60	-1,46	-2,45; -0,47
Hoe zou u de kwaliteit van uw leven inschatten? (1=erg slecht, 5=erg goed)	0,42	0,10; 0,75	2,12	1,37; 2,86
Zorgregie (0-10)			0,32	0,01; 0,63
Mastery (7-35)	0,06	0,00; 0,11		

In Tabel 4 worden statistisch significante resultaten weergegeven met vetgedrukte tekst. De multivariate analyses hebben een aantal uitkomsten. Ten eerste blijven alleen kwaliteit van leven en zelfgerapporteerde gezondheid samenhangen met zorgregie, wanneer voor de andere factoren wordt gecontroleerd. De regressiecoëfficiënt (B, in de tabel) geeft voor zelfgerapporteerde gezondheid een waarde van -0,41. Deze waarde geeft aan dat de score op zorgregie met 0,41 ‘punten’ daalt (zorgregie is gemeten op een schaal van 0-10) bij elke toename van zelfgerapporteerde gezondheid. Omdat zelfgerapporteerde gezondheid van 1=uitstekend tot 5=slechts is gecodeerd, en een hogere score dus een slechtere gezondheid betekent, geeft de regressiecoëfficiënt hier aan dat respondenten met een slechtere ervaren gezondheid gemiddeld een lagere zorgregie hebben. De regressiecoëfficiënt van 0,42 voor ervaren kwaliteit van leven geeft aan dat de zorgregie juist met gemiddeld 0,42 punten toeneemt voor elke hogere score op ervaren kwaliteit van leven (want bij kwaliteit van leven geeft een hogere score aan dat de kwaliteit van leven hoger is).

Voorspellers die samenhangen met algemene regie bestaan deels uit andere factoren. Naast kwaliteit van leven blijken ook functionele beperkingen en pijnklachten aan algemene regie gerelateerd te zijn. Hoe meer pijnklachten en hoe meer functionele beperkingen, des te lager is over het algemeen de algemene regie van respondenten. Opvallend is dat na

controle voor de gezondheidsvariabelen, de factoren geslacht en leeftijd nog steeds niet statistisch significant samenhangen met regie. Dit was bij de univariate analyses ook al, maar met de resultaten van deze multivariate analyses kan met meer zekerheid worden gesteld dat mannen en oudere ouderen niet een lagere of hogere mate van regie hebben dan vrouwen en jongere ouderen. Het aantal chronische ziekten nu bij geen van beide regie-indicatoren meer statistisch significant.

Regie in samenhang met zorggebruik en kwaliteit van zorg

Tabel 5 toont de resultaten van analyses waarbij de relatie tussen regie en zorggebruik in het afgelopen jaar is onderzocht. De respondenten werd gevraagd aan te geven of zij in de afgelopen 12 maanden gebruik hadden gemaakt van een reeks uiteenlopende zorgverleners, variërend van thuishulp tot huisarts en medisch specialist tot langdurige zorg. Uit de resultaten blijkt dat beide indicatoren van regie samenhangen met verschillende aspecten van zorggebruik in het afgelopen jaar. Er is statistisch bewijs gevonden voor een samenhang tussen ervaren zorgregie en professionele hulp bij huishoudelijke taken, persoonlijke verzorging en verpleegkundige taken en voor een samenhang tussen algemene regie en hulp bij huishoudelijke taken, contact met de huisarts en tijdelijke opname in een verzorgingshuis. Deze laatste vorm van zorggebruik werd overigens door maar 5 respondenten gerapporteerd.

Tabel 5; Zorggebruik van respondenten met relatief weinig en relatief veel regie; aantallen (percentages)

	Zorgregie		p-waarde	Mastery (Algemene regie)		p-waarde
	Weinig (0-7)	Veel (8-10)		Weinig (0-20)	Veel (21-35)	
Totaal	51 (21%)	196 (79%)		55 (22%)	191 (78%)	
Hulp bij huishoudelijke taken?			,027			,024
Ja	42 (84%)	129 (66%)		46 (84%)	125 (65%)	
Nee	7 (14%)	65 (33%)		8 (15%)	64 (34%)	
Hulp bij persoonlijke verzorging?			,002			,054
Ja	15 (29%)	23 (12%)		13 (24%)	25 (13%)	
Nee	36 (71%)	173 (88%)		42 (76%)	167 (87%)	
Hulp bij verpleegkundige taken?			,042			,173
Ja	7 (14%)	11 (6%)		4 (7%)	14 (7%)	
Nee	44 (86%)	184 (94%)		50 (91%)	178 (93%)	
Contact met huisarts of huisartsenpraktijk?			,727			,020
Ja	49 (96%)	183 (93%)		55 (100%)	177 (92%)	
Nee	2 (4%)	12 (6%)		0 (0%)	14 (7%)	
Contact met medisch specialist?			,521			,362
Ja	41 (80%)	140 (71%)		45 (82%)	136 (71%)	
Nee	10 (20%)	52 (27%)		10 (18%)	52 (27%)	
Huisartsenpost bezocht of huisarts op visite gehad?			,485			,994
Ja	9 (18%)	27 (14%)		8 (15%)	28 (15%)	
Nee	42 (82%)	169 (86%)		47 (85%)	164 (85%)	

Naast het gebruik van zorg, zou een hogere mate van regie ook mogelijk kunnen samengaan met een betere ervaren kwaliteit van zorg. Hebben de ouderen die meer regie ervaren nu ook betere ervaringen in de zorg? Deze vraag hebben we getoetst door gegevens over kwaliteit van zorg uit het regieproject te analyseren. De respondenten werd gevraagd om over alle aspecten van zorg die zij de afgelopen 12 maanden hadden ontvangen een oordeel te vellen over allerlei onderdelen van de zorg. Bijvoorbeeld, respondenten die hadden aangegeven dat zij één of meer keren contact hadden gehad met de huisarts werd gevraagd in welke mate de huisarts doortastend was, hoe bereikbaar de huisarts was, hoe vaak de huisarts begrijpelijke uitleg gaf, hoe vaak deze aandachtig luisterde, enzovoorts. De vragenlijsten die we hiervoor gebruikten waren de Consumer Quality vragenlijsten (CQindex) die zijn ontwikkeld door het NIVEL. Voor alle soorten van zorg konden we hiermee een overkoepelend oordeel over de kwaliteit berekenen.

Tabel 7 geeft de samenhang weer van ervaren kwaliteit van zorg met regie. Scores voor ervaren kwaliteit van zorg liggen tussen 1-5, waarbij een hogere score een betere kwaliteit betekenen. In de tabel zijn gemiddelde scores weergegeven en de p-waarde van t-toetsen die zijn verricht om te toetsen of de gemiddelde scores op kwaliteit van zorg verschillen tussen groepen met weinig en groepen met veel regie. Uit de tabel is af te lezen dat de gemiddelde kwaliteit voor alle typen zorg redelijk is (variërend van 3,3 tot 3,9), maar dat de ouderen met meer regie in enkele gevallen inderdaad een betere kwaliteit van zorg ervaren. Dit blijkt het geval te zijn voor huisartszorg, specialistenzorg (in relatie tot algemene regie, niet tot zorgregie), huishoudelijke hulp (in relatie tot zorgregie, niet tot algemene regie) en persoonlijke verzorging. Alleen de ervaren kwaliteit van contacten met instellingen voor o.a. thuishulp bleek niet statistisch significant te verschillen tussen ouderen met veel en ouderen met weinig regie. Interessant genoeg blijkt kwaliteit van de persoonlijke verzorging negatief samenhangt met algemene regie, wat inhoudt dat mensen met meer algemene regie de kwaliteit van de verzorging gemiddeld minder waarderen.

Tabel 7; Ervaren kwaliteit van zorg van respondenten met relatief weinig en relatief veel regie; gemiddelden.

	Zorgregie		p-waarde	Mastery (Algemene regie)		p-waarde
	Weinig (0-7)	Veel (8-10)		Weinig (0-20)	Veel (21-35)	
Kwaliteit huisartszorg	3,3	3,5	,042	3,3	3,5	,049
Kwaliteit specialistenzorg	3,4	3,6	,076	3,4	3,6	,014
Kwaliteit huishoudelijke hulp	3,5	3,6	,042	3,5	3,6	,336
Kwaliteit persoonlijke verzorging	3,3	3,8	,022	3,9	3,5	,004
Kwaliteit contact met instellingen	3,1	3,5	,071	3,3	3,4	,776

Omdat we weten dat regie samenhangt met gezondheid is het belangrijk om de samenhang tussen regie en ervaren kwaliteit van zorg ook te testen in multivariate analyses, waarbij is gecontroleerd voor verschillen in gezondheid. Zorg voor mensen met meer beperkingen is

immers vaak meer complex, waardoor ervaren kwaliteit van zorg negatief beïnvloed kan worden. In Tabel 8 zijn de resultaten weergegeven van deze multivariate analyses. Wanneer met functionele beperkingen rekening gehouden wordt blijken er weinig statistisch significante verbanden meer te zijn tussen ervaren kwaliteit van zorg en regie. Alleen voor algemene regie in relatie tot kwaliteit van de persoonlijke verzorging blijft het negatieve verband statistisch significant.

Tabel 8; Samenhang van zorgregie en mastery met gezondheid; multivariate lineaire regressie

	Zorgregie		Mastery (Algemene regie)	
	B	95% BI	B	95%CI
Kwaliteit huisartszorg	-1,78	-3,92; 0,36	0,42	-3,72; 4,57
Kwaliteit specialistenzorg	1,25	-1,69; 4,18	1,38	-4,08; 6,85
Kwaliteit huishoudelijke hulp	0,11	-1,97; 2,19	2,37	-1,37; 6,11
Kwaliteit persoonlijke verzorging	1,11	-1,06; 3,29	-4,10	-7,89; -0,31

Noot; Additionele variabelen die zijn opgenomen in de modellen zijn: leeftijd, geslacht, functionele beperkingen en de alternatieve maat voor regie

5. Conclusies

Hieronder volgt puntsgewijs een samenvatting van de belangrijkste bevindingen in dit rapport.

- Nederlandse ouderen vinden dat zij veel zorgregie hebben. 94% van de ouderen waardeert de eigen zorgregie met een voldoende.
- Van de Nederlandse ouderen geeft 63% aan de zorgregie voornamelijk in eigen handen te hebben, geeft 29% aan dat de regie wordt gevoerd in combinatie met een naaste waarbij beiden evenveel aan de regie bijdragen en geeft 7% aan dat de regie vooral in handen is van een naaste of nog iemand anders (bijvoorbeeld een case manager of zorgverlener).
- Er blijkt weinig samenhang te zijn tussen demografische voorspellers – leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, sociaaleconomische status, en het hebben van kinderen - en zorgregie en algemene regie. Alleen ouderen die geen kinderen hebben blijken gemiddeld meer algemene regie te ervaren.
- Ouderen met meer zorgregie en meer algemene regie hebben minder gezondheidsklachten. De richting van het oorzakelijk verband kan echter niet worden vastgesteld. Een hogere regie kan mogelijk beschermen tegen gezondheidsklachten, maar gezondheidsklachten kunnen mogelijk ook de regie negatief beïnvloeden.
- Een hogere mate van zorgregie en van algemene regie hangt samen met minder zorggebruik. Ouderen met meer zorgregie en meer algemene regie maken minder gebruik van professionele huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, huisartsenhulp en verplegingshulp.
- De hogere mate van zorggebruik door ouderen met een lage mate van regie wordt verklaard doordat zij gemiddeld meer gezondheidsproblemen hebben. Wanneer voor deze gezondheidsproblemen wordt gecontroleerd blijkt er geen verschil meer is in zorggebruik tussen ouderen met meer en ouderen met minder regie.
- Ouderen met meer regie geven over het algemeen hogere cijfers voor de kwaliteit van de zorg die zij hebben ontvangen.
- Deze hogere cijfers voor de kwaliteit van zorg kunnen worden verklaard uit het feit dat ouderen met meer regie minder last hebben van functionele beperkingen en daardoor, waarschijnlijk, ook minder complexe vormen van zorg nodig hebben.
- Bij een gelijke mate van functionele beperkingen waarderen ouderen met een hogere mate van algemene regie de zorg die zij krijgen voor persoonlijke verzorging juist minder hoog dan ouderen met een lagere mate van regie. Mogelijk heeft dit te maken met hogere eisen die worden gesteld aan de persoonlijke verzorging. Mensen die een lage algemene regie hebben geloven minder dat zij controle hebben over wat hen gebeurt of overkomt. Wellicht accepteren zij daardoor de gekregen zorg eerder en leggen zij zich sneller neer bij een situatie waarbij mensen met een hogere mate van regie dat moeilijker vinden.

6. Referenties

Cooper R, Huisman M, Kuh D, Deeg DJH. Do positive psychological characteristics modify the associations of physical performance with functional decline and institutionalization? Findings from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *The Journals of Gerontology, Series B; Psychological Sciences and Social Sciences* 2011;66:468-477.

Huisman M, Van Rhijn S, Sant N. (Red.). *Het heft in eigen handen? Ervaringen van ouderen met regie in de zorg*. Amsterdam: VU University Press, 2013. Toegankelijk online: <http://www.lasa-vu.nl/documents/VUmcHetheftineigenhanden.pdf>

Moser DK, Dracup K. Psychosocial recovery from a cardiac event; the influence of perceived control. *Heart and Lung* 1995;24:273-280.

Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior* 1978;19:2-21.