



Onderzoek naar motieven startende zorgaanbieders in de wijkverpleging

Eindrapportage

1 mei 2020

Berenschot

Onderzoek naar motieven startende zorgaanbieders in de wijkverpleging

Eindrapport

Emma Zwaveling
Lonneke Taks
Véronne de Vrind
Bram Berkhout

1 mei 2020



Managementsamenvatting

In opdracht van het Ministerie van VWS heeft Berenschot in samenwerking met I&O Research in de periode november 2019 tot maart 2020 een onderzoek uitgevoerd naar de motieven van zorgaanbieders om te starten in de sector wijkverpleging. Het doel van het onderzoek is het in kaart brengen van motieven van professionals in de zorg om voor zich zelf te beginnen in de wijkverpleging. Het onderzoek is gericht op vier centrale hoofdthema's. Allereerst is de achtergrond van deze gestarte zorgaanbieders in kaart gebracht (professionele achtergrond, type zorgvorm en type organisatie). De kern van het onderzoek is vervolgens gericht op de motieven om als zorgaanbieder te starten en de motieven om specifiek in de sector wijkverpleging te starten. Het laatste thema is gericht op de bekendheid met het Kwaliteitskader wijkverpleging en de vraag of de zorgaanbieders op de hoogte zijn van de eisen waaraan ze moeten voldoen. Om het gewenste resultaat te bereiken is een onderzoeksplan gehanteerd bestaande uit combinatie van verschillende onderzoeksmethoden. Het zwaartepunt van de aanpak was het afnemen telefonische enquête bij 142 zorgaanbieders wijkverpleging in combinatie met 15 verdiepende interviews. Het onderzoek is begeleid door een ingerichte klankbordgroep bestaande uit partijen van hoofdlijnenakkoord wijkverpleging.

In deze managementsamenvatting geven we op hoofdlijnen de belangrijkste bevindingen weer aan de hand van de centrale hoofdthema's.

Achtergrond gestarte zorgaanbieders

- De grote meerderheid (91%) van organisaties die thuiszorg breed zijn gestart sinds 1 november 2018 zijn organisaties waar één persoon werkt. Daarbij hebben we gezien dat het aandeel organisaties met minder dan tien werknemers groter is bij aanbieders die zijn gestart na 1 november 2018 dan daarvoor. Daarbij blijkt dat 34% minder dan vijf cliënten bedient, en 15% tussen de zes en tien cliënten. We zien opnieuw dat de groep met minder dan vijf cliënten groter is bij professionals die na 1 november 2018 zijn gestart. Het aandeel kleine aanbieders dat een beperkt aantal cliënten verzorgt, lijkt dus toe te nemen.
- Gekozen zorgvorm (in natura of pgb) is vaak geen bewuste keuze maar wordt bepaald door de wijze waarop voorheen werd gewerkt, of vanwege de werkwijze van een bemiddelingsbureau. Zorg verlenen via pgb wordt wel als voordeel gezien door ondernemers, omdat er dan geen contracten gesloten hoeven worden met zorgverzekeraars. De groep die na 1 november 2018 is gestart levert vaker zorg via pgb.
- Professionals omschrijven zichzelf vooral als evenveel zorgprofessional als ondernemer (56%). Vervolgens gaf 39% aan voornamelijk zorgprofessional te zijn. Er is slechts een zeer beperkte groep die zichzelf hoofdzakelijk als ondernemer ziet (5%). Professionals die zorg verlenen via pgb omschrijven zichzelf vaker als hoofdzakelijk zorgprofessional dan ondernemers die zorg in natura leveren. Dit komt waarschijnlijk omdat er voor deze professionals weinig verandert als ze voor zichzelf beginnen ten opzichte van professionals die zorg in natura leveren, en dus contracten afsluiten met zorgverzekeraars en soms anderen in dienst hebben.

Motieven om als zorgaanbieder te starten als zorgaanbieder

- Het belangrijkste motief om als zorgaanbieder te starten is behoefte aan autonomie (43%). Deze autonomie is tweeledig. Aan de ene kant door werkinhoudelijke autonomie, het zelf kunnen bepalen hoe het werk wordt gedaan, hoelang je bij de cliënt blijft en wat deze nodig heeft. Aan de andere kant autonomie gericht op werkomstandigheden, het zelf bepalen wanneer je werkt, welke diensten je doet en wanneer je op vakantie gaat. Dit laatste hangt samen met de behoefte aan meer flexibiliteit rondom roosters. Het is begrijpelijk dat professionals hier de meerwaarde van inzien. Het zorgt er echter voor, zeker wanneer er wordt gewerkt via een bemiddelingsbureau, dat kosten toenemen en dat er verschillen ontstaan in de wijze waarop zorg (onder andere het aantal uren) wordt geleverd.
- Een belangrijke bevinding is dat een groter aandeel ondernemers in Randstedelijke provincies (11%) is begonnen vanwege behoefte aan lagere werkdruk ten opzichte van landelijke provincies (5%). Met name in deze regio's zullen werkgevers moeten inzetten op het verlagen van werkdruk om professionals te behouden.

- Opvallend geeft er redelijk grote groep (26%) dat er geen redenen zijn om weer in loondienst te gaan werken. Over het algemeen zijn ondernemers (zeer) tevreden dat ze voor zichzelf zijn begonnen en overwegen niet om weer bij een organisatie te gaan werken. Redenen hiervoor zijn het zelf kunnen bepalen van de kwaliteit van de geleverde zorg, de vrijheid en variëteit. Deze bevinding geeft het signaal dat eventuele interventies gericht op het behoud van professionals binnen een zorginstelling het beste vroegtijdig kunnen worden ingezet.
- Ondernemers kiezen als organisatievorm hoofdzakelijk (58%) voor een eenmanszaak die wordt ingehuurd door derden. Dit zijn professionals die als zzp'er aan de slag gaan, zonder eigen cliëntenbestand of personeel in dienst. Ze laten zich direct bij zorgaanbieders, of via bemiddelingsbureaus inhuren. In lijn met de eerste bullit is dit een onwenselijke situatie. In deze vorm is er weinig sprake van 'ondernemerschap' aangezien er voor professionals weinig verschilt, behalve de voordelen van het zelf bepalen wanneer er wordt gewerkt. De druk aan de andere kant is echter groot. De kosten voor zorgaanbieders nemen sterk toe door inhuur, en de druk op het zittende personeel neemt toe omdat de diensten door minder opgevangen dienen te worden.
- Ondernemers hebben overwegend de ambitie om te groeien (55%). De meesten verwachten uit te breiden in de toekomst in het aantal cliënten of werkbare uren. Daarnaast zijn ondernemers overwegend positief over de toekomst. Slechts een klein deel van de ondernemers maakt zich zorgen om ontwikkelingen in de wijkverpleging, zoals het beperken van zzp-schap vanuit de overheid en groei in de eisen en wet- en regelgeving waar ondernemers aan moeten voldoen.
- Ondernemers ervaren het als relatief eenvoudig om voor zichzelf te beginnen en ervaren weinig knelpunten. Dit geeft het signaal dat het mogelijk te makkelijk is om als zorgaanbieder te starten in de wijkverpleging. De vernieuwde Wtza speelt in op deze ontwikkeling.
- Tot slot lijkt het machtigingsbeleid weinig tot geen invloed te hebben gehad op de beslissing van zorgprofessionals om te starten in de wijkverpleging.

Motieven om specifiek in de wijkverpleging te starten

- De voornaamste reden voor respondenten om specifiek in de wijkverpleging te starten is omdat in deze sector het mogelijk is betere kwaliteit te leveren als zelfstandige dan in een instelling (27%). Daarnaast vindt men het aantrekkelijk of leuk werk in de wijkverpleging. (26%). Redenen hiervoor zijn vrijheid en afwisseling, dat het goed mogelijk is om het parttime te doen en daarmee te combineren met bijvoorbeeld een gezin, en dat er een-op-een met cliënten wordt gewerkt. Ook is genoemd dat wijkverpleging in principe een solistisch beroep is waardoor het zich goed leent voor werken als zelfstandige.
- De keuze om in specifiek met deze doelgroep te werken is voor professionals deels een bewuste keuze. Sommigen kiezen voor wijkverpleging omdat ze hierin altijd actief waren. Anderen kiezen de sector vanwege een persoonlijke overtuiging of ambitie. Daarnaast kan veel van het werk met relatief lage opleidingseisen gedaan worden. We zien weinig professionals die zich zijn gaan specialiseren om met deze doelgroepen te werken. Het indiceren gebeurt vaak door andere zorgprofessionals.

Kennis van het Kwaliteitskader wijkverpleging

- Uit het onderzoek blijkt dat er zeer beperkt wordt samengewerkt met ander zorgprofessionals. Tot nu toe lijken professionals alleen met andere wijkverpleegkundigen samen te werken, en soms met de huisarts, fysiotherapeut of ergotherapeut. Met de gemeente wordt vrijwel nooit samengewerkt.
- Personeel aantrekken is voor een groot deel van de gesprekspartners niet van toepassing, omdat het overgrote deel organisaties zijn waar één persoon werkt. Waar wel meer personen werken, ontstaat een wisselend beeld per provincie. Bij de landelijke gebieden wordt vaker aangegeven dat het hen niet lukt.

-
- Zorgaanbieders zijn gemiddeld bekend met de algemene eisen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen. Ze moeten er wanneer ze starten naar zoeken, maar slagen hier redelijk in. Ze noemen verschillende zaken: WTZi, VOG, WKKGZ (klachtenregeling) en goede boekhouding. Ook blijkt dat goede boekhouding voor sommigen lastig is.
 - Het is opvallend dat zoveel respondenten niet bekend zijn met het Kwaliteitskader wijkverpleging. Uit de enquête bleek een rooskleuriger beeld dan interviews.
 - Zorgaanbieders borgen de kennis van verplichtingen/ eisen om in de wijkverpleging aan te voldoen veelal via het bemiddelingsbureau waarmee gewerkt wordt, of via de aansluiting bij beroeps- of brancheverenigingen zoals V&VN en solopartners, het sparren met collega's en het lezen van vakbladen.

Tot slot

- Wat betreft de respons in dit onderzoek moet worden opgemerkt dat nieuwe zorgaanbieders in de wijkverpleging die zijn gestart maar ook weer gestopt, in dit onderzoek niet zijn bereikt. Het perspectief van gestopte aanbieders komt daardoor onvoldoende terug in dit onderzoek. Vervolgonderzoek zou zich hierop kunnen toespitsen.

Inhoud

Managementsamenvatting	5
1. Inleiding	10
1.1 Centrale onderzoeksvragen	12
1.2 Onderzoeksaanpak	13
1.3 Leeswijzer	14
2. Uitkomsten deskresearch	16
2.1 Actuele ontwikkelingen	17
3. Achtergrond nieuwe zorgaanbieders in de wijkverpleging	22
3.1 Achtergrond nieuwe zorgaanbieders thuiszorg breed	23
3.2 Achtergrond nieuwe zorgaanbieders in de wijkverpleging	24
3.3 Conclusies en samenvatting	27
4. Motieven om als nieuwe zorgaanbieder te starten in de wijkverpleging	28
4.1 Motieven om als nieuwe zorgaanbieder te starten	29
4.2 Motieven om specifiek in de wijkverpleging te starten	30
4.3 Redenen om terug in loondienst te gaan	31
4.4 Gekozen organisatievorm	32
4.5 Ambitie om te groeien	34
4.6 Ervaren knelpunten als startende ondernemer in de wijkverpleging	34
4.7 Invloed machtigingsbeleid om te starten	35
4.8 Samenvatting	36
5. Kennis van verplichtingen en mogelijkheid te voldoen aan randvoorwaarden	38
5.1 Samenwerking met andere zorgprofessionals, zorgaanbieders en het sociaal domein	39
5.2 Mogelijkheid om voldoende gekwalificeerd personeel aan te trekken	41
5.3 Verplichtingen waar zorgaanbieders in het algemeen aan moeten voldoen	42
5.4 Verplichtingen waar zorgaanbieders in de wijkverpleging aan moeten voldoen	43
Bijlage 1 Telefonische enquête	45
Bijlage 2 Interviewleidraad	50
Bijlage 3 Overige resultaten enquête	52
Bijlage 4 Bestudeerde documenten deskresearch	58

Inleiding

Hoofdstuk 1

De sector wijkverpleging is de afgelopen jaren flink in ontwikkeling. Het aantal cliënten neemt toe omdat mensen ouder worden, langer thuis blijven wonen en minder lang in het ziekenhuis kunnen blijven. Tegelijkertijd wordt de zorgvraag van de doelgroep die wijkverpleging ontvangt steeds complexer: de 'ziektelast' van onder andere dementie, diabetes, kanker en andere chronische aandoeningen zullen de komende jaren fors toenemen.



Het in 2018 gepubliceerde Kwaliteitskader wijkverpleging geeft aan wat we in Nederland van wijkverpleging mogen verwachten. Een belangrijk uitgangspunt hierin is in nauw samenspel te kijken wat de cliënt thuis zelf kan en wil. De wijkverpleegkundige functioneert als zorginhoudelijk leider in de wijk en is de 'spil' rondom de cliënt, met de huisarts, apotheker, huishoudelijke hulp, paramedici en de familie en de cliënt zelf als belangrijke samenwerkingspartners.

In de afgelopen jaren zijn er veel nieuwe partijen toegetreden tot de markt voor wijkverpleging. Uit gegevens van Vektis blijkt dat het totaal aantal aanbieders wijkverpleging tussen 2016 en 2018 is gestegen met 27%. Van deze aanbieders is 61% een kleine aanbieder met gemiddeld drie cliënten. Wat maakt toetreden tot deze markt interessant voor aanbieders? Wijkverpleegkundigen in loondienst geven aan dat ze door een tekort aan collega's een

hoge werkdruk ervaren. Door het tekort aan hbo-geschoolde wijkverpleegkundige bij zorgaanbieders, worden vaak zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) ingehuurd om te indiceren. De vraag is groot, waardoor zzp'ers extra eisen kunnen stellen qua arbeidsvoorwaarden. Uit eerder onderzoek wordt gesteld dat door deze mechanismen meer zzp'ers op de markt actief zijn¹⁾.

Ook blijkt uit onderzoek van Vektis dat het aandeel van de niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg tussen 2016 en 2019 fors is gestegen, van 4,3% naar 9%. De niet-gecontracteerde partijen bleken 2,7 keer zoveel uren zorg te bieden als gecontracteerde zorgaanbieders, cliënten gemiddeld een maand korter 'in zorg' te hebben en vaker doelgroepen met een lagere leeftijd te bedienen²⁾. Dit roept vragen op over het functioneren van het systeem van gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders.

1) Eindrapport (niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging: een kwantitatief en kwalitatief onderzoek, Arteria Consulting, 2017

2) Rapport 'Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2018', Vektis, 6 september 2019

De wijze waarop wijkverpleging nu functioneert kent een aantal knelpunten. Zo gaf minister De Jonge in mei dit jaar in een Kamerbrief³⁾ aan dat cliënten onvoldoende inzicht hebben in de kwaliteit van zorgaanbieders, waardoor het voor hen lastig is de juiste aanbieder te vinden. Er is vaak een veelheid aan aanbieders actief in een wijk, wat hierbij niet helpt. Ook staat deze veelheid de samenwerking in de wijk in de weg. En dit is nu juist van groot belang om de ambities uit het kwaliteitskader waar te maken. Daarnaast is niet zeker of alle nieuwe aanbieders werken volgens het Kwaliteitskader wijkverpleging.

Dit is de reden dat de partijen van het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging behoefte hebben aan een onderzoek naar de motieven van zorgaanbieders om te starten in de wijkverpleging. Berenschot heeft dit onderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS uitgevoerd in samenwerking met I&O Research in de periode van november 2019 tot maart 2020.

1.1 Centrale onderzoeksvragen

Het doel van het onderzoek is het in kaart brengen van de motieven van zorgaanbieders om in de wijkverpleging te starten. Hierbij zijn er vier centrale hoofdthema's:

- Achtergrond gestarte zorgaanbieders (wat is hun achtergrond, wat voor type organisaties?).
- Motieven om als zorgaanbieder te starten (waarom begint iemand voor zichzelf?).
- Motieven om te starten in de sector wijkverpleging (waarom specifiek in deze sector?).
- Kennis van het Kwaliteitskader wijkverpleging (zijn aanbieders op de hoogte van eisen waar ze aan moeten voldoen?).

Hoofdthema's	Onderzoeksvragen
Achtergrond gestarte zorgaanbieders	<ul style="list-style-type: none"> • Wat is de achtergrond van startende zorgaanbieders (zorgprofessional of anders)? • Wat is het (gemiddelde) aantal cliënten in zorg van startende zorgaanbieders? • Wordt zorg via persoonsgebonden budget (pgb) of in natura geleverd en waarom?
Motieven om te starten als zorgaanbieder	<ul style="list-style-type: none"> • Wat zijn de redenen om als zorgaanbieder te starten? • En wat zijn redenen om weer te stoppen (indien van toepassing)? • Wat is de ambitie om te groeien als zorgaanbieder, waarom wel/niet? • Waarom kiest men voor een bepaalde organisatievorm? • Wat zijn voor deze doelgroep reden(en) om (weer) bij een zorginstelling/andere zorgaanbieder te gaan werken? • Welke knelpunten heeft men ervaren (of juist niet) om als startende ondernemer in de zorg te kunnen starten? • Hoe makkelijk of moeilijk is het geweest om te starten? • Is het machtigingsbeleid van zorgverzekeraars van invloed geweest om als zorgaanbieder te starten?
Motieven om te starten in de wijkverpleging	<ul style="list-style-type: none"> • Wat zijn de redenen voor deze doelgroep om in de wijkverpleging te starten? Is dat een bewuste keuze? • Is er een verband tussen de redenen om als zorgaanbieder te starten en de gekozen organisatievorm? • Wat zijn verwachtingen, behoeften en drijfveren van deze doelgroep? • Wat zijn de meningen en achterliggende overtuigingen van deze doelgroep? • Bedient men bewust andere/specifieke doelgroepen? • Levert men bewust andere zorg? • Is men zich bewust gaan specialiseren?
Kennis van het Kwaliteitskader wijkverpleging	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe ervaren startende zorgaanbieders de samenwerking met andere zorgprofessionals/zorgaanbieders/sociaal domein? • Zijn startende zorgaanbieders in staat om (voldoende) gekwalificeerd personeel aan te trekken? • Zijn startende zorgaanbieders bekend met de verplichtingen waaraan zorgaanbieders in het algemeen moeten voldoen⁴⁾? • En met de specifieke eisen in de wijkverpleging (zoals voldoen aan het kwaliteitskader wijkverpleging)? • Hoe wordt dit geborgd?

Tabel 1 Hoofdthema's en onderzoeksvragen.

3) Kamerbrief 'Bekostiging en toekomstperspectief voor de wijkverpleging', 14 mei 2019

4) <https://www.meldennieuwezorgaanbieders.nl/>

Deze hoofdthema's en bijbehorende onderzoeksvragen zijn weergegeven in de volgende tabel. Bij de beantwoording van de onderzoeksvragen houden we rekening met twee uitsplitsingen. Ten eerste de uitsplitsing in startdatum (startdatum tussen 1 januari 2018 en 1 november 2018, of na 1 november 2018) in verband met het machtigingenbeleid van zorgverzekeraars dat in november 2018 is ingevoerd. Sindsdien moet vooraf toestemming voor vergoeding verkregen worden bij zorgverzekeraars voordat zorg geleverd wordt door niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dit heeft mogelijk invloed op de keuze om al dan niet te starten als zorgaanbieder. Ten tweede de uitsplitsing tussen zorgaanbieders die zorg via pgb leveren ten opzichte van aanbieders die zorg in natura leveren. Per uitsplitsing zijn we benieuwd naar mogelijke verschillen in motieven. Bij de start van het onderzoek was het de intentie om ook de uitsplitsing te maken tussen gestarte zorgaanbieders in de wijkverpleging versus zorgaanbieders die weer gestopt zijn met het leveren van wijkverpleging. Wij zijn er in dit onderzoek niet in geslaagd voldoende aanbieders te includeren die weer gestopt zijn met het leveren van wijkverpleging. Daarom is het niet mogelijk deze uitsplitsing te maken (zie ook paragraaf 3.2.1). Wel wordt er indien relevant een uitsplitsing gemaakt in regio (Randstedelijk versus landelijk, of provincie).

1.2 Onderzoeksplan

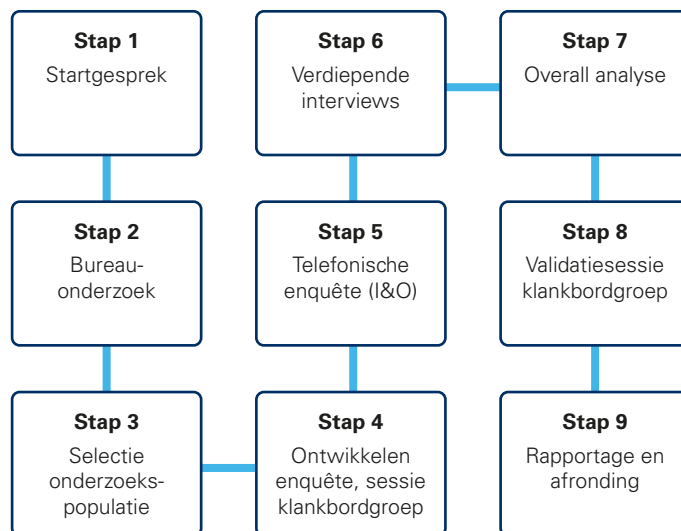
Om het gewenste resultaat te bereiken is een onderzoeksplan gehanteerd bestaande uit negen stappen. Deze aanpak bestaat uit een combinatie van verschillende onderzoeksmethoden. Het zwaartepunt van de aanpak was het afnemen telefonische enquête bij 142 zorgaanbieders wijkverpleging in combinatie met 15 verdiepende interviews. Het onderzoek is begeleid door een ingerichte klankbordgroep bestaande uit partijen van hoofdlijnakoord wijkverpleging.

Bureauonderzoek

Ter voorbereiding op het veldwerk is een (beknopt) bureauonderzoek uitgevoerd naar wat er al bekend is over motieven om als (zorg)aanbieder te starten en de achtergronden daarvan. De verkregen inzichten lagen ten grondslag aan de ontwikkeling van de in te zetten onderzoeksinstrumenten (telefonische enquête en interviews). De uitkomsten van het bureauonderzoek zijn beschreven in hoofdstuk 2.

Selectie onderzoekspopulatie

Startende ondernemers moeten zich inschrijven bij de Kamer van Koophandel (KVK). Daar worden ze geregistreerd onder een standaard bedrijfsindelingscode (SBI-code). Er is geen SBI-code voor wijkverpleging, wel voor thuiszorg (88101). Dit zijn bredere codes waar startende ondernemers in (onder andere) de



Figuur 1 Stapsgewijze onderzoeksplan.

wijkverpleging zich mee registreren. Sinds 1 januari 2018 hebben zo'n 8.000 nieuwe ondernemingen zich op deze codes laten registreren.

Deze gegevens van de KVK worden door andere organisaties opgevraagd en geanalyseerd. Een van deze bedrijven is Graydon, een organisatie gespecialiseerd in het omzetten van diverse databronnen naar informatie. Dit doen zij onder andere door met alle nieuw ingeschreven bedrijven te bellen om allerlei nadere bedrijfsgegevens aan te vullen of verifiëren. Graydon heeft voor dit onderzoek een dataset beschikbaar gemaakt van 7.463 in Nederland gevestigde zorgaanbieders op basis van de SBI-code 88101 (thuiszorg). In deze dataset is informatie van zorgaanbieders te vinden, zoals organisatiename, oprichtingsdatum, adres, aantal werknemers en status van de onderneming.

Deze dataset is op twee manieren van belang voor het onderzoek. Ten eerste voor een algemene analyse van aanbieders in de thuiszorg (onder andere wijkverpleging) die zijn gestart sinds 1 januari 2018 en ten tweede voor de selectie van partijen voor de telefonische enquête. Bedrijven kunnen bij de KVK een 'no-mailing indicator' afgeven. De organisaties met deze indicator niet mochten wij niet benaderen. De organisaties die deze indicator niet hebben, zijn geïnccludeerd in dit onderzoek.

Van de 7.463 zorgaanbieders uit de dataset, hadden 6.676 (89%) een non-mailing indicator. Als gevolg hiervan waren er 787 zorgaanbieders die wij wel konden benaderen. Daarvan waren er 69 (9%) weer opgeheven, failliet of hadden te maken met de Wsnp (Wet schuldsanering natuurlijke personen) of een overige calamiteit.

Telefonische enquête

Het zwaartepunt van de dataverzameling was het afnemen van een telefonische enquête, uitgevoerd door I&O Research. Deze enquête is ontwikkeld samen met de klankbordgroep bestaande uit: V&VN, ActiZ, Zorgthuisnl en het Ministerie van VWS. In deze enquête zijn de hoofd- en gewenste thema's verwerkt tot vijftien gesloten vragen (zie bijlage 1). Deze gesloten vragen hebben wij telefonisch aan zorgaanbieders gesteld. Voorafgaand aan het afnemen van de enquête is telkens uitgevraagd of de aanbieder daadwerkelijk wijkverpleging levert, via welke zorgvorm ze dat doen (natura, pgb of een combinatie daarvan) en of de aanbieder nog actief is in de wijkverpleging.

De 787 zorgaanbieders uit het databestand van Graydon zijn benaderd met een brief vanuit Berenschot en een begeleidende brief van uit VWS, ondertekend door de directeur Curatieve Zorg. Vervolgens heeft I&O deze zorgaanbieders herhaaldelijk telefonisch benaderd. Dit heeft geresulteerd in 142 geslaagde telefonische enquêtes van aanbieders die gestart zijn in de wijkverpleging. Van de 142 ondervraagde zorgaanbieders waren 65 (46%) aanbieders voor 1 november 2018 gestart met de onderneming en 77 (54%) na 1 november 2018.

I&O heeft bij vijf aanbieders die ondertussen gestopt zijn met het leveren van wijkverpleging de telefonische enquête kunnen afnemen. Dit is minder dan van te voren was verwacht. De reden hiervoor is dat er relatief weinig gestopte ondernemers waren om te benaderen (69) en dat deze groep moeilijker te bereiken was (geen gehoor, nummer niet meer in gebruik). Het is niet gelukt om een gestopte ondernemer te spreken in de verdiepende interviewronde. Slechts een van de vijf heeft in de telefonische enquête aangegeven mee te willen werken aan een interview. Deze ondernemer was vervolgens niet meer te bereiken. Dit zorgt ervoor dat we gewenste uitsplitsing tussen actieve ondernemers ten opzichte van gestopte ondernemers niet kunnen maken. Het perspectief van gestopte aanbieders komt daardoor onvoldoende terug in dit onderzoek.

Onderzoekspopulatie is geen representatieve steekproef

Met deze selectieprocedure zijn ondernemers geïnccludeerd die ten eerste bij de KvK hebben aangegeven wel benaderd te mogen worden voor vragen/onderzoek en ten tweede hebben ingestemd om mee te werken aan het telefonische interview. Het is daarmee geen representatieve steekproef. De resultaten van dit onderzoek moeten met deze kennis worden geïnterpreteerd.

Verdiepende interviews

Om de verkregen inzichten uit de telefonische enquêtes te valideren en verder toe te lichten hebben wij vijftien verdiepende interviews afgenomen met verschillende startende zorgaanbieders in de wijkverpleging. Deze zijn hiervoor benaderd in de telefonische enquête. De interviewleidraad is ontwikkeld samen met de klankbordgroep (zie bijlage 2).

Er hebben zich uiteindelijk 49 aanbieders opgegeven op deel te nemen aan deze gesprekken. Hieruit is een selectie gemaakt op basis van spreiding in Nederland, oprichtingsdatum (voor of na 1 november 2018) en zorgvorm (natura of pgb). De gesprekken zijn of face-to-face of, op verzoek van de aanbieder, telefonisch afgenomen.

1.3 Leeswijzer

In deze rapportage beschrijven we de onderzoeksbevindingen. In hoofdstuk 2 worden de uitkomsten uit de deskresearch toegelicht. De hoofdstukken die volgen zijn gerelateerd aan de centrale hoofdthema's. In deze hoofdstukken presenteren we de belangrijkste bevindingen vanuit de telefonische enquête en interviews. Aangezien het grote aantal tabellen en grafieken vanwege de vele uitsplitsingen presenteren we in de hoofdstukken alleen de meest relevante uitsplitsingen, en zijn de overige tabellen en grafieken naar bijlage 3 verplaatst. Hoofdstuk 3 is gericht op een beschrijving van de startende zorgaanbieders in de wijkverpleging. Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de motieven om als zorgaanbieder te starten en om specifiek in de wijkverpleging te starten toegelicht. In hoofdstuk 5 staan we stil bij het Kwaliteitskader wijkverpleging en de eisen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen.

Het rapport heeft vier bijlagen.

Uitkomsten deskresearch

Hoofdstuk 2

In dit hoofdstuk beschrijven we de actuele context waarin het onderzoek tot stand is gekomen. Vervolgens bieden we een samenvatting van wat er al bekend is over motieven om als zorgaanbieder te starten in de wijkverpleging en de achtergronden daarvan. Dit doen we aan de hand van uitkomsten van een beknopt bureauonderzoek naar reeds gepubliceerde onderzoeken. De hiertoe gebruikte bronnen zijn met u als opdrachtgever afgestemd. In bijlage 4 geven we een lijst van bestudeerde bronnen.



2.1 Actuele ontwikkelingen

Ontwikkelingen sector wijkverpleging algemeen

Met betrekking tot de doelgroep en cliënten laten cijfers van Vektis⁵⁾ zien dat in 2018 572.000 mensen wijkverpleging kregen, een stijging van 5,6% ten opzichte van 2017. Deze populatie bestaat voornamelijk uit ouderen, waarbij de gemiddelde leeftijd 75 jaar was.

Kijkend naar de organisatie van wijkverpleging, komen uit de verschillende publicaties een aantal knelpunten naar voren:

- De versnippering in het aanbod van wijkverpleging bemoeilijkt het realiseren van de gemaakte afspraken uit het hoofdlijnenakkoord^{6) 7) 8)}.

- Ook staat deze versnippering haaks op het toekomstperspectief van een team dat rondom de cliënt integrale zorg verleent en waar herkenbare en aanspreekbare teams wijkverpleging actief zijn^{6) 7)}.
- Zorgverzekeraars kunnen geen afspraken maken over de uitkomsten, juiste zorg op de juiste plaats en coördinatie van de zorgverlening met zorgaanbieders die niet gecontracteerd zijn^{6) 9)}.
- Kwaliteitseisen zijn bij nieuwe of nog onbekende zorgaanbieders niet bekend en/of het overzicht ontbreekt^{10) 11)}.

5) Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2018, Vektis (2019)

6) Kamerbrief 'Bekostiging en toekomstperspectief voor de wijkverpleging', VWS (2019)

7) Kamerbrief 'Stand van zaken wijkverpleging', VWS (2019)

8) Nieuwsbericht 'Rem op grote instroom kleine aanbieders wijkverpleging', Zorgverzekeraars Nederland (2019)

9) Redenen om geen contract aan te gaan in de wijkverpleging: een verdiepend onderzoek, Arteria Consulting (2019)

10) Kwaliteitseisen vaak niet bekend bij nieuwe of nog onbekende zorgaanbieders, IGJ (2018)

11) Onderzoek onder nieuwe zorgondernemers naar het bewustzijn van en kennis over de kwaliteitseisen in de zorg, Quatro (2018)

- Door de huidige invulling van werkgeverschap in tijden van personeelstekorten is de wens om zzp'er te worden groter (meer ruimte/vrijheid, minder administratieve lasten)¹²⁾ en moeten instellingen vaker beroep doen op de flexibele schil, wat hoge kosten met zich meebrengt.
- De huidige fee-for-servicebesteding stimuleert aansturing op uren, waarbij cliëntbehoeftes niet centraal staan¹³⁾.

Daarbij komt dat uit cijfers van Vektis⁵⁾ blijkt dat binnen de wijkverpleging in niet-gecontracteerde zorg op een aantal punten onwenselijke ontwikkelingen zichtbaar werden. Het relatieve aandeel van cliënten met niet-gecontracteerde zorg is gestegen van 4,7% in 2017 naar 5,6% in 2018. De bijbehorende kosten van de niet-gecontracteerde wijkverpleging stegen van 7,4% in 2017 naar 9,0% in 2018.

Wel is in een onlangs uitgebrachte Vektismonitor⁷⁾ zichtbaar geworden dat het aandeel van de kosten van niet-gecontracteerde wijkverpleging in het eerste kwartaal van 2019 iets terugloopt ten opzichte van het eerste kwartaal van 2018 (van 8,9% naar 7,4%).

Niet-gecontracteerde zorg wordt relatief vaker verleend aan cliënten in een jongere leeftijdsgroep, tussen 30-79 jaar⁵⁾. Wanneer wordt gekeken naar het aantal verleende uren zorg per maand in 2018, is dit voor niet-gecontracteerde zorg 2,7 keer zo veel als voor gecontracteerde wijkverpleging (wel is het aantal uren ten opzichte van 2017 afgenomen). Daarnaast waren cliënten bij niet-gecontracteerde aanbieders ten opzichte van gecontracteerde aanbieders langer in zorg: zes maanden ten opzichte van vijf maanden. Ook lijkt het erop dat wanneer een zorgaanbieder van niet-gecontracteerde zorg naar gecontracteerde zorg overgaat, een daling in het gemiddeld aantal uren per cliënt zorg verleend te zien is.

Om de verschillende knelpunten tegen te gaan in de huidige organisatie van de wijkverpleging en de wijkverpleging meer toekomstgericht in te richten, heeft minister De Jonge toekomstige beleidsrichtingen gepresenteerd in recente Kamerbrieven¹⁴⁾.

Belangrijk in het gepresenteerde toekomstperspectief is dat er meer herkenbare en aanspreekbare wijkteams komen. Op deze manier is in iedere wijk duidelijk voor cliënten, zorgaanbieders

van wijkverpleging, andere zorgaanbieders (zoals huisartsen en transferverpleegkundigen), gemeenten en zorgverzekeraars wie ze kunnen benaderen voor wijkverpleging. Daarnaast kan beter worden samengewerkt met het sociaal domein.

Dit mag logisch klinken, maar vraagt een omslag in het denken vanuit de 'eigen' cliëntpopulatie (zorgaanbieders) en verzekeren (zorgverzekeraars). Beoogd is dat partijen op wijkniveau afstemmen over de coördinatie van zorg en daarin beschikbare capaciteit en specialismen. Waar deze samenwerking niet tot stand komt, wordt verwacht dat inkopers (zorgverzekeraars en gemeenten) het initiatief nemen om samen met aanbieders van de wijkverpleging te zorgen dat dit alsnog gebeurt. Hierin is ruimte voor een uitwerking die lokaal het beste past.

In de 'Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging', een gezamenlijk product van ActiZ, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, VNG, VWS, ZN en Zorgthuisnl, is de weg naar dit toekomstperspectief verder uitgewerkt. Beoogd wordt dat in 2020 in alle wijken wordt begonnen met het opzetten dan wel versterken van onderlinge samenwerking¹⁵⁾. Vanaf 2021 zal het ontwikkelingsstadium van de samenwerking en hoe dit landelijk verloopt worden gemonitord.

Een andere ontwikkeling die beoogd is bij te dragen aan meer samenwerking in de wijk is de wetsbehandeling Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)¹⁶⁾. Deze vernieuwde wet dient te helpen in het weren van zorgaanbieders die niet het beste voor hebben met de wijkverpleging, bijvoorbeeld door een meldplicht in te stellen. Het doel hiervan is om enerzijds toezicht op nieuwe zorgaanbieders te verscherpen en anderzijds om beter te waarborgen dat nieuwe zorgaanbieders beschikken over kennis van de eisen waaraan hij/zij dient te voldoen. Het Kwaliteitskader wijkverpleging is daarin belangrijk. Dit in 2018 gepubliceerde kwaliteitskader geeft aan wat we in Nederland van wijkverpleging mogen verwachten. Een belangrijk uitgangspunt is om in nauw samenspel te kijken wat de cliënt thuis zelf kan en wil.

De wijkverpleegkundige functioneert als zorginhoudelijk leider in de wijk en is de 'spil' rondom de cliënt, met de huisarts, apotheker, huishoudelijke hulp, paramedici en de familie en de cliënt zelf als belangrijke samenwerkingspartners¹⁷⁾. Ook wordt voorgesteld dat er een nieuwe vergunningsprocedure komt.

12) 'Waarom ik als zzp'er in de zorg niet meer in loondienst wil', Solopartners (2019), 13.000 zorgverleners verwisselden in 2018 dienstverband voor ondernemerschap

13) Voortgangsrapportage Doorontwikkeling bekostiging wijkverpleging, NZa (2019)

14) Kamerbrief 'Stand van zaken wijkverpleging', VWS (2019)

15) 'Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging', ActiZ, PFN, V&VN, VNG, VWS, ZN en Zorgthuisnl (2019)

16) Kamerbrief 'Maatregelen om te bevorderen dat geld dat bedoeld is voor de zorg daadwerkelijk wordt besteed aan zorg', VWS (2019)

17) Kwaliteitskader wijkverpleging, PFN, V&VN, ActiZ, Zorgthuisnl en ZN (2018).

Naast deze maatregelen wordt er gewerkt aan een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging door de NZa, waarbij ook aandacht is voor de wijze waarop dit helpt in het komen tot betere samenwerking in de wijk6.

Arbeidsmarkt zorg en wijkverpleging

Het is bekend dat een van de grootste uitdagingen in de zorg momenteel het tekort aan zorgmedewerkers is. Dit vertaalt zich door naar de wijkverpleging. Een oplopend personeelstekort kan gevolgen hebben voor de kwaliteit en continuïteit van zorg. Verschillende partijen zijn momenteel hard aan het werk om oplossingen voor deze problematiek te vinden.

In het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging hebben de HLA-partijen¹⁸⁾ afspraken gemaakt over uitgangspunten in de wijkverpleging tussen 2019 en 2022. Over de aanpak van arbeidsmarkttekorten zijn partijen het eens dat er niet alleen meer aandacht moet zijn voor het aantrekken van meer personeel, maar juist ook voor het (duurzaam) behouden van het huidige personeel. Daarnaast wordt in dit akkoord afgesproken in te zetten op de bevordering van zijnstroom, de inzet van verpleegkundig specialisten in de wijk, een onderzoeksprogramma gericht op onder andere het imago en behoud binnen de beroepsgroep en aantrekkelijk werkgeverschap.

Sinds maart 2018 werkt het Ministerie van VWS met het actieprogramma ‘Werken in de zorg’ via verschillende actielijnen aan oplossingen binnen zorg en welzijn. De HLA-partijen onderschrijven dit actieprogramma. Hierin worden drie actielijnen onderscheiden: méér kiezen voor de zorg, beter leren in de zorg en anders werken in de zorg. Hieraan wordt op regionaal niveau invulling gegeven binnen de Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAAT). Uit een voortgangsrapportage van het actieprogramma van december 2019¹⁹⁾ blijkt een aantal voorzichtig positieve ontwikkelingen. Het verwachte tekort aan personeel in 2022 is iets gedaald, de werkgelegenheid toegenomen en er is een voorzichtige afname van uitstroom in de sector. In een volgende jaarlijkse prognose van de tekorten zal weer een actueel beeld blijken. Een andere positieve ontwikkeling is te zien in tevredenheid: zo’n 78% van zorgmedewerkers is over het geheel genomen (zeer) tevreden met hun werk. Tegelijkertijd is het belangrijk de factoren in het achterhoofd te houden die een uitdaging blijven: het ziekteverzuim is nog steeds relatief hoog voor de gehele sector en in het behouden van medewerkers blijft er veel werk aan de winkel. Ook *anders* werken vormt hierin een belangrijk onderdeel.

Een ontwikkeling die samenhangt met de krappe arbeidsmarkt is een toename van flexwerkers in de zorg^{20) 21)}. Onder deze noemer vallen uiteenlopende vormen van flexibel werken, bijvoorbeeld werken als zzp’er/freelancer, uitzendkracht of anderen die extern worden ingehuurd (bijvoorbeeld gedetacheerden). Er zijn signalen dat veel medewerkers niet langer in loondienst willen werken door de hoge werkdruk en de veelheid aan regels wanneer zij in loondienst werken bij een zorgorganisatie. Als flexwerker zouden zij hier meer zeggenschap hebben. Voor zorgorganisaties is het hebben van een flexibele schil prettig: zo kunnen zij bij bepaalde omstandigheden (‘piek, ziek of uniek’) extra zorgvraag goed opvangen. Echter, bij een groot aandeel flexwerkers ten opzichte van medewerkers in loondienst kunnen continuïteit (een onevenredige spreiding van onregelmatige diensten), kwaliteit of hogere kosten het gevolg zijn.

Om meer balans op de arbeidsmarkt te brengen in de verhouding tussen flexwerkers en medewerkers in loondienst neemt het kabinet een aantal generieke maatregelen. Met de Wet arbeidsmarkt in balans per 1 januari 2020 worden de negatieve effecten van vormen van flexibele arbeid ingeperkt. Zo krijgen bijvoorbeeld payrollwerknemers een betere rechtspositie en arbeidsvoorwaarden, en krijgen oproepkrachten meer zekerheid op werk en inkomen. Ook beoogt de regering het aangaan van een vast contract aantrekkelijker te maken voor werkgevers, zodat voor werkenden meer perspectief op zekerheid ontstaat. Daarnaast is een breed gesprek aangekondigd over maatregelen op het gebied van zelfstandigen. Specifiek voor de zorg worden aanvullende speerpunten en maatregelen aangekondigd in de Kamerbrief ‘flexibilisering arbeidsmarkt in de zorg’ van februari 2020. Ook worden hierin door het Ministerie van VWS de volgende speerpunten geformuleerd²²⁾:

- Het aantrekken en behouden van iedereen die in de zorg goed werk kan en wil leveren, en daarmee een goede balans tussen ‘vast’ en flex’.
- Het beter aansluiten van het werk op de voorkeuren van medewerkers en een actieve opstelling van werkgevers hierin.
- Flexwerken bij een zorginstelling richt zich op het opvangen van ‘piek en ziek’ daar waar dat niet lukt met interne flexibel inzetbare medewerkers, en voor het redelijkerwijs

18) ActiZ, ZorgthuisNL, PFN, VNG, V&VN, ZN en het Ministerie van VWS

19) Voortgangsrapportage Werken in de zorg, VWS (2019)

20) Kamerbrief ‘flexibilisering arbeidsmarkt in de zorg’, VWS (2020)

21) ‘Kritische verhouding vast / flex onvermijdelijk gevolg van uitstroom professionals’, Solopartners (2018)

22) Kamerbrief ‘flexibilisering arbeidsmarkt in de zorg’, VWS (2020)

opvangen van specialistische kennis ('uniek'). Hierdoor blijft de werkdruk voor alle zorgmedewerkers te doen en blijft de geboden zorgkwaliteit gegarandeerd.

- Het hanteren van een maximaal tarief voor inhuur van flexwerkers (inclusief bemiddelingskosten) dat in een redelijke verhouding staat tot de loonkosten van een vergelijkbare medewerker.
- Het bieden van ruimte voor ondernemende zelfstandigen binnen de zorg, maar inperking van concurrentie op arbeidsvoorwaarden tussen flexwerkers en werknemers, en tussen flexwerkers onderling. Hiertoe een breed gesprek faciliteren over wanneer iemand daadwerkelijk buiten 'vast' werkt.

De komende periode worden acties ondernomen om vorenstaande verder uit te werken.

Reeds bekende motieven toetreding zzp'er wijkverpleging

In reeds gepubliceerd onderzoek zien we op individueel niveau een aantal redenen om te beginnen als zzp'er in de zorg en daarnaast als zzp'er in de wijkverpleging. De bekende motieven zetten we hierna op een rij.

Om als *flexwerker in de zorg* te starten, zijn de volgende motieven bekend²²⁾.

Factor	Toelichting
Vrijheid en flexibiliteit	Medewerkers in de zorg ervaren in loondienst meer te (moeten) werken dan ze zouden willen. Als flexwerker is er meer flexibiliteit om werk en privé op een goede manier te kunnen combineren. Opmerkelijk hierbij is dat flexwerkers minstens zo veel uren werken, maar het gevoel hierover (kennelijk) anders is.
Professionele autonomie	Er is een duidelijke behoefte om vanuit betrokkenheid het totaalpakket van de zorg (planning, daadwerkelijke zorg inclusief nazorg aan familie, etc.) te kunnen leveren. Het gevoel en de ervaring is dat er als flexwerker wel ruimte is om op de gewenste wijze zorg te kunnen leveren.
Focus op de zorg en administratieve lasten	Medewerkers in de zorg zijn intrinsiek gemotiveerd om zorg te leveren aan de cliënt. Die zorgtijd moet niet worden verdrongen door administratieve lasten. Er zijn al veel acties ondernomen om de administratieve lasten te verminderen, maar op dit punt is nog een extra slag nodig.
Aandacht, waardering, erkenning	Medewerkers in loondienst zeggen minder aandacht, waardering en erkenning te krijgen dan flexwerkers.

Tabel 2 Overzicht bekende motieven om te starten als flexwerker.

Wanneer we vervolgens kijken naar de bekende motieven om te starten als zzp'er (een van de vormen van flexwerk) in de zorg^{23) 24)}, zien we dat deze deels overlappen met redenen om als flexwerker te starten in de zorg. Daarnaast worden er méér redenen genoemd. Dit zijn de volgende:

Factor	Toelichting
Vrijheid/zelf bepalen/autonomie	Het zelf kunnen indelen van werktijden en daarmee samenhangend de werk-privébalans. Daarnaast ook besluiten over het type zorg dat wordt geleverd en voor wie dat je levert. Ook wordt onder deze noemer genoemd, met welke collega's wordt samengewerkt en waarin wordt geïnvesteerd betreffende de eigen ontwikkeling.
Zelfstandigheid/onafhankelijkheid/zeggenschap	Het werken zonder managers werken en met meer eigen verantwoordelijkheid voor de zorg. Het kunnen werken naar eigen inzicht, volgens de eigen normen en waarden en meer patiënt/clientgericht, zonder werkzaamheden vanuit de zorgorganisatie.
Betere samenwerking	Werken met naar eigen inschatting meer vakbekwame collega's, beter samenwerken met familie en mantelzorgers als zzp'er.
Minder regels en meer afwisseling:	Er is veel vraag naar flexibele diensten en er kan zelf voor gekozen worden.
Positieve verhalen over zzp-schap	Er wordt onderling meer gesproken over zzp'er zijn in de zorg. Dit heeft een zelfversterkend effect.
Perspectief van voldoende werk	Met de krapte op de arbeidsmarkt is het argument van onzekerheid van te weinig werk in dit beroep weggefallen.
Laagdrempeligheid	Er zijn veel bemiddelende organisaties die zzp'ers begeleiden naar opdrachten. Zij hanteren een actieve stijl. Zorgprofessionals worden bijvoorbeeld via social media geconfronteerd met de mogelijkheid om zzp'er worden, en dat is toegenomen. Je kunt vervolgens laagdrempelig instappen naar betaalde opdrachten.
Werkdruk bij werkgever te hoog	Teamverband staat onder druk door tekorten op arbeidsmarkt, want door niet-gevulde vacatures moet de 'achterblijvers' extra diensten draaien. Dit leidt tot vermoeidheid die kans op zzp'er willen worden vergroot. Bij een werkgever word je steeds weggeroepen naar andere klussen en moet je van hot naar her rennen, waarbij je het gevoel had geen goede zorg te kunnen leveren.

Tabel 3 Bekende motieven om te starten als zzp'er.

23) SoloPartners, diverse publicaties maart 2018/dec 2018/nov 2019

24) Item Nieuwsuur: Groeiend aantal zzp'ers in de zorg: "Alleen zo hou ik dit werk nog vol"; 2018

Uit eerder onderzoek komen de volgende redenen naar voren om als zzp'er in de wijkverpleging²⁵⁾ ²⁶⁾ te starten.

Factor	Toelichting
Minder werkdruk	Wijkverpleegkundigen die als zzp'er werken ervaren minder werkdruk dan collega-wijkverpleegkundigen in loondienst.
Extra eisen stellen aan arbeidsvoorwaarden	De vraag naar professionals in de wijkverpleging is groot, waardoor men zelf eisen kan stellen aan de arbeidsvoorwaarden.
Laagdrempelig starten	Het feit dat er intermediairs zijn, maakt de stap voor mensen om als zzp'er aan de slag te gaan in de wijkverpleging eenvoudiger. Zzp'ers kunnen namelijk tegenwoordig terecht bij organisaties zoals Duobus die de meeste administratie uit handen neemt voor hen.

Tabel 4 Bekende motieven om als zzp'er in de wijkverpleging te starten.



25) (Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging: een kwantitatief en kwalitatief onderzoek, Arteria Consulting (2017)

26) Tekort aan wijkverpleegkundigen zorgt voor toename van zzp-wijkverpleegkundigen, Duobus, (2018)

Achtergrond nieuwe zorgaanbieders in de wijkverpleging

Hoofdstuk 3

In dit hoofdstuk gaan we in op de achtergrond van startende zorgaanbieders in de wijkverpleging. Op basis van het dataset van Graydon brengen we op hoofdlijnen in kaart hoe de verdeling van 7.463 organisaties met SBI-code thuiszorg er uitziet. Vervolgens gaan we in detail in op de 142 nieuwe aanbieders van wijkverpleging die hebben deelgenomen aan de telefonische enquête. We beschrijven onder andere de wijze waarop zorg wordt geleverd, het gemiddelde aantal cliënten en de professionele achtergrond van de gestarte zorgaanbieders in de wijkverpleging. In elke paragraaf beschrijven we de resultaten van de telefonische enquête en gebruiken we de informatie uit de interviews om deze resultaten aan te vullen en te duiden. Hiermee worden de eerste drie onderzoeksvragen beantwoord.



3.1 Achtergrond nieuwe zorgaanbieders thuiszorg breed

Zoals beschreven in paragraaf 1.2 is voor dit onderzoek gebruikgemaakt van een dataset gebaseerd op gegevens van de Kamer van Koophandel verrijkt door het bedrijf Graydon. Graydon heeft een dataset beschikbaar gemaakt van 7.463 in Nederland gevestigde zorgaanbieders op basis van de SBI thuiszorg (waaronder wijkverpleging valt). Hiervan is 54% (3.397) van de ondernemingen gestart na 1 november 2018, en de resterende 46% (4066) voor 1 november 2018.

In deze dataset zien we dat het overgrote deel van deze organisaties (94%) bestaan uit één werknemer. Verder is te zien dat er in totaal meer organisaties met één tot tien werknemers zijn gestart na 1 november 2018 (totaal 4.041) vergeleken met de groep die voor 1 november 2018 (totaal 3.370) is begonnen. Dit komt overeen met de waargenomen ontwikkeling dat er een forse groei is in het aantal kleine ondernemingen binnen de wijkverpleging.

Aantal werknemers	Zorgaanbieders totaal	Voor 1 nov. 2018 gestart	Na 1 nov. 2018 gestart
1	7.039 (94%)	3.221 (95%)	3.818 (94%)
2-10	372 (5%)	149 (4%)	223 (5%)
11-100	50 (1%)	25 (1%)	25 (1%)
100+	2 (0,03%)	2 (0,06%)	

Tabel 5 Aantal werknemers per nieuwe zorgaanbieder.

De nieuwe zorgaanbieders zijn over heel Nederland verspreid (tabel 6 en figuur 2). Wel zijn er duidelijke verschillen te zien in het aantal aanbieders per provincie. In de noordelijke provincies Groningen, Friesland en Drenthe zijn de minste zorgaanbieders met 101 organisaties of minder. Veruit de meeste aanbieders zijn te vinden in Zuid-Holland (2.811, 38%) en Noord-Holland (1.216, 16%).

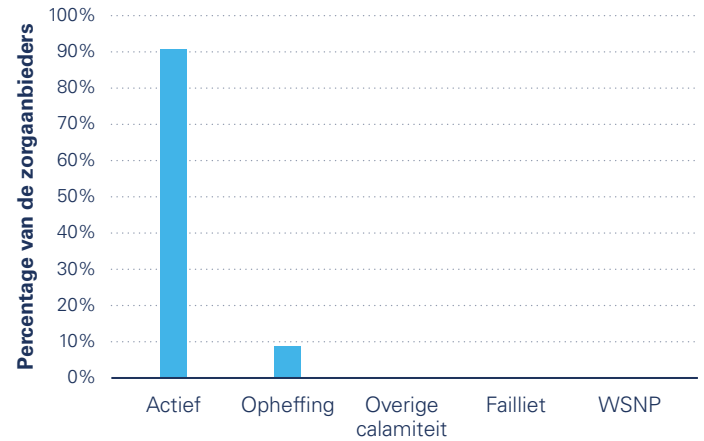
Provincie	Aantal zorgaanbieders
Zuid-Holland	2.810 (38%)
Noord-Holland	1.216 (16%)
Noord-Brabant	836 (11%)
Gelderland	563 (8%)
Utrecht	589 (8%)
Limburg	426 (6%)
Flevoland	318 (4%)
Overijssel	260 (3%)
Overijssel	260 (3%)
Zeeland	175 (2%)
Friesland	101 (1%)
Drenthe	78 (1%)
Groningen	91 (1%)

Tabel 6 Overzicht aantal nieuwe zorgaanbieders per provincie.



Figuur 2 Verspreiding van zorgaanbieders over Nederland.

Uit de dataset van Graydon blijkt aan de hand van de indicator 'status van de onderneming' dat het overgrote deel (91%) van de aanbieders actief is. Daarnaast is te zien dat (9%) van de ondernemingen ondertussen opgeheven zijn, vier zijn failliet, twee hebben te maken met de Wsnp en vijf hebben te maken met een overige calamiteit (figuur 3).



Figuur 3 Status van zorgaanbieders per 12 december 2019.

3.2 Achtergrond nieuwe zorgaanbieders in de wijkverpleging

De rest van het onderzoek richt zich op de geïncludeerde onderzoekspopulatie van 142 zorgaanbieders in de wijkverpleging die hebben deelgenomen aan de telefonische enquête.

Achtergrond deelnemers telefonische enquête en interviews

Zoals beschreven in paragraaf 1.2 heeft I&O Research uiteindelijk 142 geslaagde telefonische enquêtes kunnen uitvoeren met zorgaanbieders van wijkverpleging binnen de groep van 787 zorgaanbieders die per brief zijn benaderd. Van de 142 ondervraagde zorgaanbieders waren 65 (46%) aanbieders voor 1 november 2018 gestart met de onderneming en 77 (54%), na 1 november 2018 (tabel 7).

De telefonische enquêtes zijn (voor zo ver mogelijk) afgenomen onder zorgaanbieders verspreid over heel Nederland (figuur 4). Alleen in de provincie Groningen zijn er geen telefonische enquêtes afgenomen. De meeste enquêtes zijn afgenomen in Noord-Brabant, Noord-Holland en Zuid-Holland. Dit is in lijn met de verspreiding van aanwezigheid van zorgaanbieders in Nederland (zie Figuur 2).

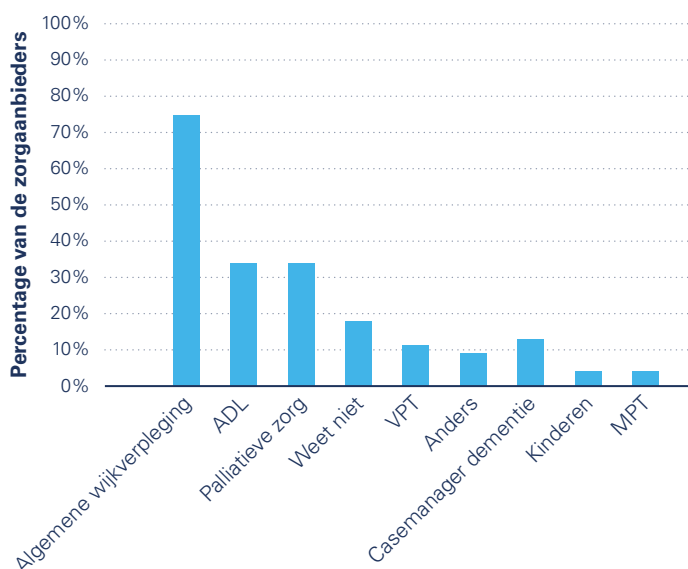
	Voor 1 nov. 2018		Na 1 nov. 2018	
	Actief	Gestopt	Actief	Gestopt
Telefonische enquêtes	74	3	63	2
Interviews	7	-	8	-

Tabel 7 Informatie over nieuwe zorgaanbieders van geslaagde enquêtes en interviews.

Van de vijftien verdiepende interviews waren zeven ondernemingen voor 1 november 2018 begonnen en acht na 1 november 2018. Net als bij de enquêtes, zijn de meeste interviews afgenomen bij ondernemers in Zuid-Holland, Noord-Holland en Noord-Brabant. Naast Groningen hebben we geen ondernemers gesproken die zijn gevestigd in Friesland, Overijssel of Zeeland. De ondernemers die zijn geïnterviewd, werkten gemiddeld al achttien jaar in de zorg, variërend van acht tot veertig jaar. Hoewel de meesten altijd al in de zorg werkten, waren vier van hen eerder overstapt naar de zorg vanuit een andere sector. Het opleidingsniveau van de geïnterviewden varieerde sterk. Van de ondernemers waren er drie zorgaanbieders met niveau 5, vier met niveau 4, vier met niveau 3, drie met niveau 2+ en één die geen opleiding heeft gehad.

Type wijkverpleging en wijze waarop zorg wordt geleverd

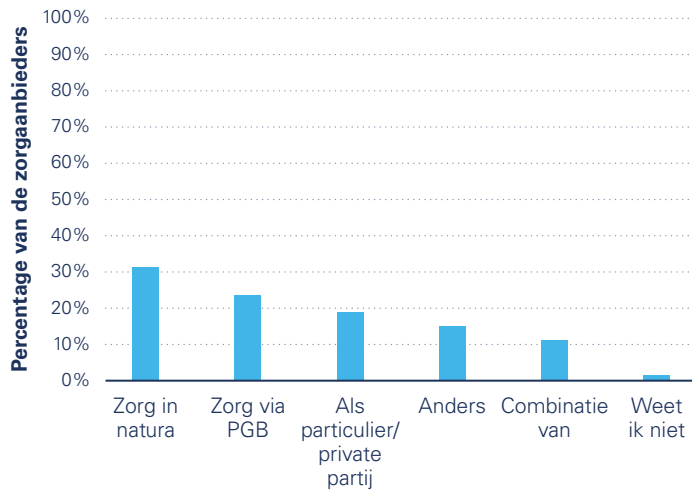
71% van alle zorgaanbieders gaf in de telefonische enquête aan dat ze algemene wijkverpleging leveren (zie de volgende figuur). Van de professionals die algemene wijkverpleging leveren, gaf 58% aan dit te doen in combinatie met een andere type zorg. Na algemene wijkverpleging werden assistentie bij dagelijkse levensverrichtingen (32%) en palliatieve zorg (32%) het meest genoemd²⁷.



Figuur 4 Type wijkverpleging dat door nieuwe zorgaanbieders wordt geleverd. (ADL: assistentie bij dagelijkse levensverrichtingen; MPT: modulair pakket thuis; VPT: volledig pakket thuis.)

27) Vanwege de mogelijkheid om meerdere antwoorden te kiezen overlappen percentages.

Aanbieders leveren zorg op verschillende wijze. Uit de enquête blijkt dat 31% zorg levert in natura, gevolgd door 23% die aangaf zorg te leveren via pgb (figuur 5). Verder gaf 11% aan een combinatie aan te houden en 16% een andere vorm te kennen. Bij 'anders' werd in de enquête het meest genoemd dat via een uitzendbureau of bemiddelingsbureau gewerkt wordt.



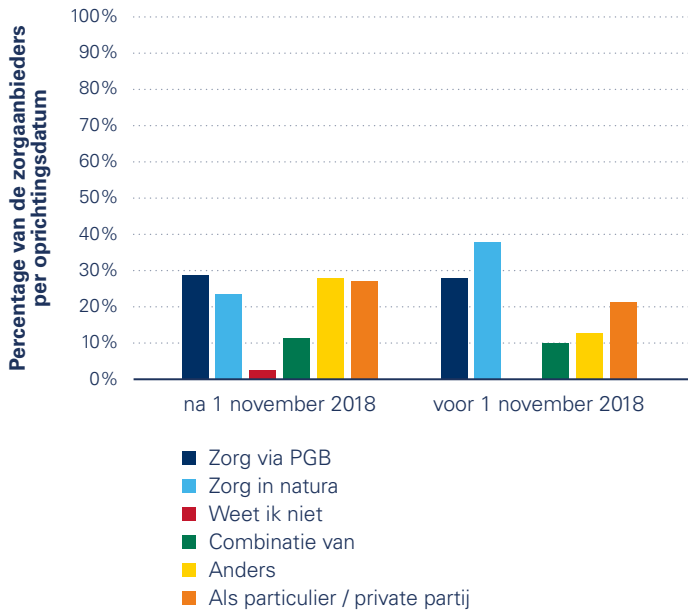
Figuur 5 Wijze waarop zorg wordt geleverd.

Als de zorgwijze wordt uitgesplitst naar oprichtingsdatum, is een ontwikkeling te zien tussen ondernemingen die zijn opgericht voor en na 1 november 2018 (figuur 6). Zo is in de resultaten te zien dat de meeste zorgaanbieders die voor 1 november 2018 zijn gestart vooral zorg in natura leveren. De groep die na 1 november 2018 is gestart levert daarentegen vooral zorg via een pgb.

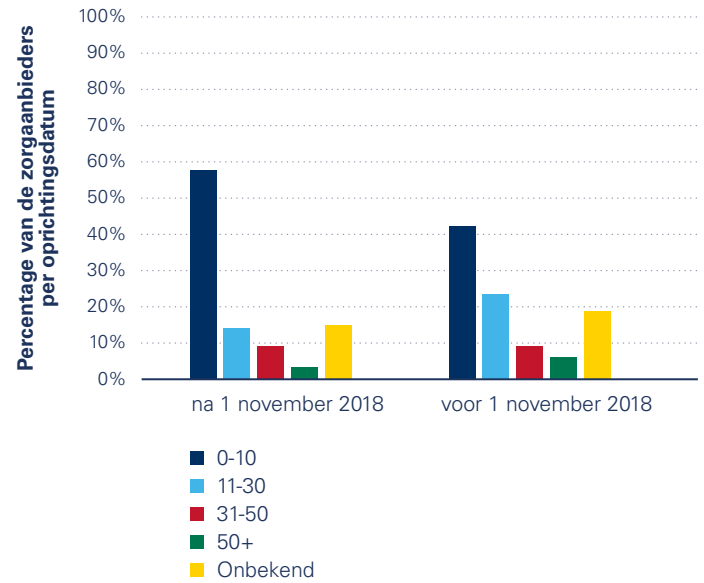
Een mogelijke verklaring is dat aanbieders die zorg via pgb leveren vaak niet zijn gecontracteerd. Dat wij na 1 november 2018 meer zorgverleners zien die werken via een pgb, is daarom in lijn met de bevindingen van Vektis waarin over de jaren 2016-2018 een stijgende lijn te zien is in het aantal cliënten dat niet-gecontracteerde zorg krijgt²⁸.

Uit de interviews blijkt verder dat de wijze waarop zorg wordt geleverd vaak geen bewuste keuze is. Meestal hanteert men de wijze waarmee eerder is gewerkt, vanwege bestaande cliënten die zijn meegenomen of vanwege de eisen vanuit opdrachtgevers. Vooral dit laatste komt veel voor. Een groot aantal ondernemers (negen van de tien) werkt namelijk via een bemiddelingsbureau, waarbij het bemiddelingsbureau de zorgwijze bepaalt. Wel zien we bij een aantal ondernemers dat ze de keuze maken voor pgb om zo zelf geen contracten te hoeven afsluiten met zorgverzekeraars.

28) Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2018, Vektis (2019)



Figuur 6 Zorgwijze uitgesplitst naar oprichtingsdatum van ondernemingen.



Figuur 7 Het aantal cliënten uitgesplitst naar oprichtingsdatum.

Gemiddelde aantal cliënten

Van de zorgaanbieders geïnccludeerd in het onderzoek gaf 34% aan 0-5 cliënten te hebben en 15% 6-10 cliënten. Verder gaf 9% aan 11-30 cliënten te hebben en 5% had meer dan 50 cliënten, waarvan het aantal cliënten varieerde van 60 tot 500 cliënten. Ook werd in 18% van de antwoorden aangegeven niet te weten wat het aantal is. Uit de interviews bleek dit laatste deels voort te komen uit het feit dat het cliëntenaantal variabel is. Ondanks dat bijna de helft van de ondernemers 0-10 cliënten hebben, hadden de 142 ondernemers gemiddeld 21,5 cliënten waaraan zij zorg leveren.

Vervolgens is het aantal cliënten uitgesplitst naar oprichtingsdatum. Uit deze analyse blijkt dat een groter aandeel zorgaanbieders die na 1 november 2018 zijn gestart 0-5 cliënten hebben vergeleken met zorgaanbieders die voor 1 november 2018 zijn gestart (figuur 7). In de groep die voor 1 november 2018 is gestart, zijn daarentegen relatief meer zorgaanbieders met grotere cliëntgroepen, met name als het gaat om de categorieën 11-30 of 50+ cliënten. Het relatieve aantal zorgaanbieders met een kleiner cliëntaantal is dus gegroeid ten opzichte van voor 1 november 2018.

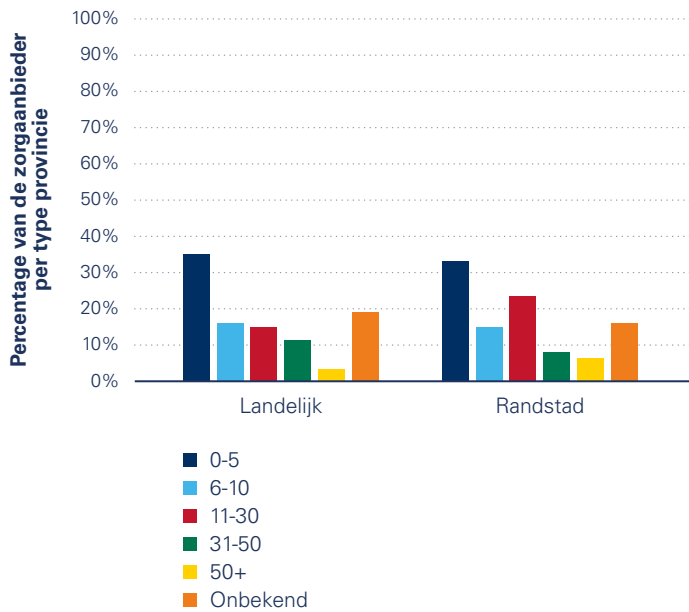
Gezien de algemene verschillen op de arbeidsmarkt in verschillende provincies, is ook onderzocht of er een verschil is in het aantal cliënten als we de provincies vergelijken. We zien dat zowel in de vergelijking tussen landelijke en Randstedelijke provincies, als tussen de provincies waar veel respondenten geregistreerd staan (Noord-Holland, Noord-Brabant en Zuid-Holland) eenzelfde beeld ontstaat als de gemiddelden hiervoor.

Daar is namelijk te zien dat het grootste aandeel aanbieders 0-5 cliënten heeft en dat er steeds minder aanbieders zijn met een groter aantal cliënten (zie figuur 6). Wat opvalt is dat er relatief meer ondernemers zijn in Randstedelijke provincies die 11-30 cliënten hebben in vergelijking met landelijke provincies (23% ten opzichte van 15%). We zien dat binnen de groep ondernemers met 11-30 cliënten de meeste ondernemers (67%) voor 1 november 2018 zijn begonnen.

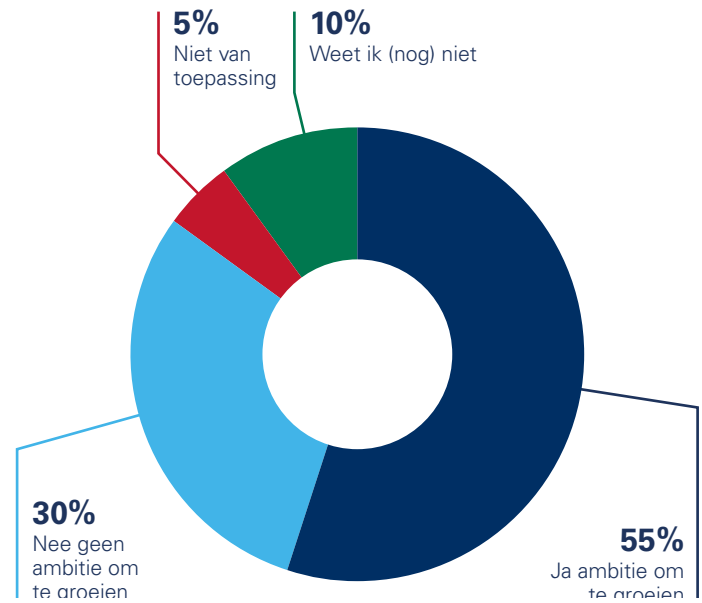
Professionele achtergrond aanbieders

Uit de enquête blijkt dat ondernemers zichzelf voornamelijk omschrijven als evenveel zorgprofessional als ondernemer (56%) (figuur 9). Vervolgens gaf 39% aan voornamelijk zorgprofessional te zijn en 5% voornamelijk ondernemer. Deze verdeling hield stand als gekeken wordt naar de uitsplitsing van ondernemers die voor en na 1 november 2018 zijn opgestart (figuur 28, bijlage 3).

Als gekeken wordt naar de zorgwijze, dan is te zien dat aanbieders die via een pgb zorg leveren zich vaker (58%) voornamelijk zorgprofessional noemen (figuur 10). Een verklaring hiervoor is dat voor professionals die zorg via pgb leveren, zeker wanneer dit via een uitzendbureau gebeurt, er vaak weinig verandert in hun werkzaamheden ten opzichte van het werk in loondienst. Hiermee voelen ze zich voornamelijk zorgprofessional. Professionals die zorg in natura leveren en dus contracten afsluiten met zorgverzekeraars en soms anderen in dienst hebben, voelen zich vaker zorgprofessional én ondernemer, omdat dit meer kenmerken van een onderneming bevat.



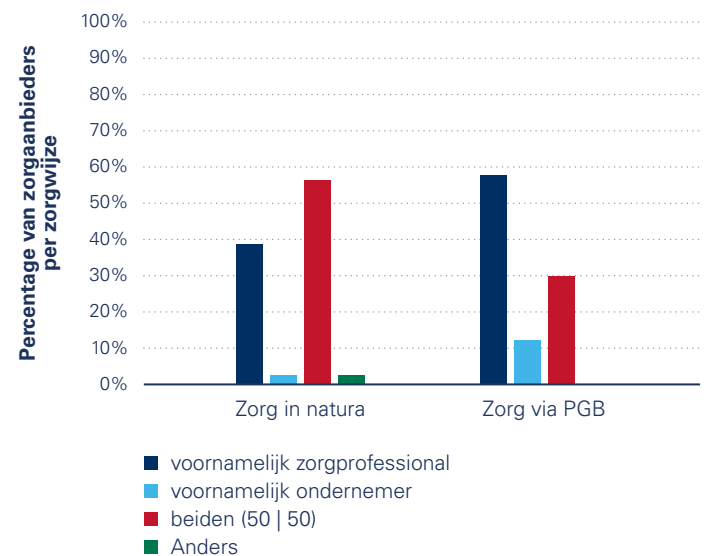
Figuur 8 Aantal cliënten waaraan zorg wordt verleend uitgesplitst naar type provincie, waarbij Noord-Holland, Zuid-Holland en Utrecht tot Randstad zijn gecategoriseerd.



Figuur 9 Achtergrond van zorgaanbieders.

3.3 Conclusies en samenvatting

- De meerderheid van de ondernemers gaf aan algemene wijkverpleging te leveren, vaak in combinatie met een andere type wijkverpleging zoals palliatieve zorg of ADL.
- Daarnaast levert de meerderheid van de ondernemers zorg in natura, gevolgd door zorg via een pgb. We merkten dat de ondernemers hierover zelf niet altijd een goed inzicht hebben, onder andere omdat met bemiddelingsbureaus gewerkt wordt.
- De meerderheid van de ondernemers heeft 0-10 cliënten en het aandeel aanbieders met 0-10 cliënten is groter in de groep die na 1 november 2018 is gestart.
- De meerderheid van de ondernemers voelt zich voornamelijk zowel ondernemer als zorgprofessional, gevolgd door zorgprofessional. Interessant is dat onder de groep die zorg levert via een pgb de meerderheid zich als voornamelijk zorgprofessional identificeert.



Figuur 10 Achtergrond van zorgaanbieders uitgesplitst naar wijze van het leveren van zorg.

Motieven om als nieuwe zorgaanbieder te starten in de wijkverpleging

Hoofdstuk 4

Dit hoofdstuk raakt de kernvraag van het onderzoek. Wat zijn motieven voor zorgprofessionals om voor zichzelf te beginnen en wat zijn motieven om specifiek in de wijkverpleging te starten?

Daarmee worden twee van de vier centrale hoofdthema's beantwoord. We beschrijven onder andere de motieven om te starten, eventuele redenen om weer in loondienst te gaan, motieven voor een gekozen organisatievorm, de ambities van deze doelgroep, ervaren knelpunten om te starten en tot slot of het machtigingsbeleid van zorgverzekeraars van invloed is geweest om te starten. Hiermee beantwoorden we onderzoeksvraag 4 tot en met 13. De blauwe kaders bevatten interessante quotes die we hebben verzameld in de interviews.

Bij de beantwoording van de vragen vergelijken we telkens de groep die is gestart voor 1 november 2018 met de groep die erna is gestart, en vergelijken we resultaten tussen aanbieders die zorg via pgb leveren met aanbieders die zorg in natura leveren.

Indien relevant vergelijken we de resultaten ook per regio.



4.1 Motieven om als nieuwe zorgaanbieder te starten

In de telefonische enquêtes is ondernemers gevraagd wat de voornaamste reden was om als zorgaanbieder te starten, met andere woorden, wat de reden is geweest om voor zichzelf te beginnen. De resultaten zijn weergegeven in de volgende figuur. De meest genoemde reden is de behoefte aan meer autonomie (43%). Uit de interviews blijkt dat voor de meesten autonomie betekent het zelf kunnen bepalen hoe de zorg wordt geleverd en daarmee hoe men hun werk doet. In de gesprekken gaf men aan dat er op deze manier betere kwaliteit geleverd kan worden vergeleken met de situatie in loondienst. Als zzp'er/ondernemer kun je, volgens de respondenten, zelf bepalen hoeveel tijd je besteedt aan je cliënt, ben je beter in staat de cliënt centraal te stellen en om meer maatwerk te leveren. Ook werd genoemd dat autonomie juist betekent dat je zelf kan kiezen voor wie, wanneer en waar je werkt, en dat je als zelfstandige vrijheid en

'Autonomie betekent vrijheid 'hoe je het werk doet'. Dat je niet hoeft op te letten op iedere euro of iedere minuut. Cliënten moeten tevreden zijn, je kan doen wat nodig is.'

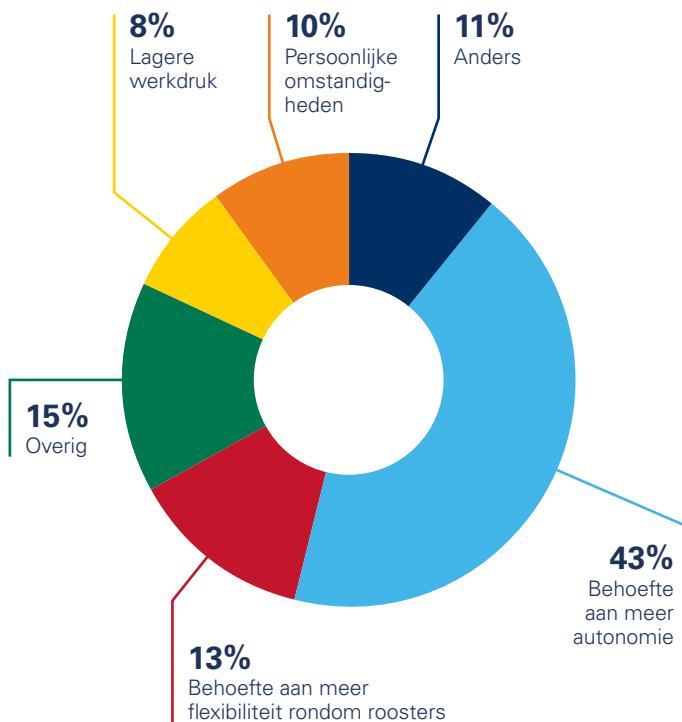
afwisseling hebt. Hierbij komt dat ze zich meer kunnen ontwikkelen omdat je op verschillende plekken werkt. Uit de interviews blijkt ook het zelf kunnen inrichten van het werk, zowel op gebied van kwaliteit als werk-privébalans, de belangrijkste reden is om te starten.

'Een oud-studiegenootje deed het ook. Ik was ook alleenstaande moeder en vond het prettig dat ik die flexibiliteit kon hebben. In het verleden heb ik erg veel gedoe gehad met een oppas vinden. Ik wil het liefst een vaste baan, maar omdat ik niet anders kan.. nu kan ik tenminste mijn eigen tijden zelf bepalen.'

Van de overige respondenten noemde 13% de behoefte aan meer flexibiliteit rondom roosters als voornaamste reden om als zorgaanbieder te starten. Dit beeld is bevestigd in de gesprekken: als ondernemer ben je beter in staat je eigen werktijden te bepalen en te kiezen welke klussen je aanneemt. Velen kiezen er dan voor om geen weekend of nachtdiensten meer te doen. In sommige gevallen is er sprake van persoonlijke omstandigheden (10%), bijvoorbeeld de thuissituatie waarbij meer flexibiliteit noodzakelijk is.

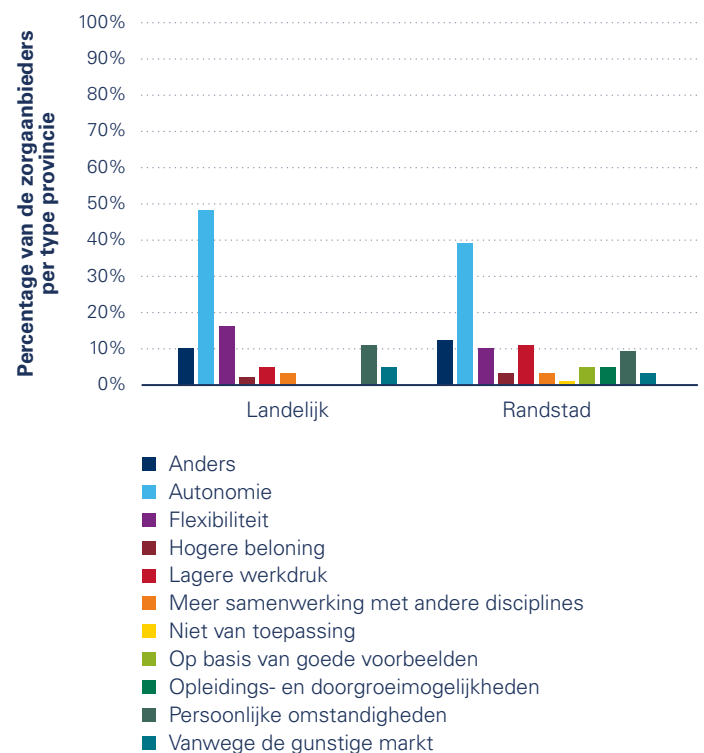
Verder gaf 11% aan dat er een andere reden was om te starten. De helft van deze groep benoemde daarbij dat als ondernemer betere kwaliteit geleverd kan worden dan in loondienst. Overige redenen zijn zelfontplooiing of meer ervaring opdoen in verschillende branches. Opvallend is dat slechts één ondernemer aangaf dat de voornaamste reden een beter inkomen was.

De gedachte dat mensen als zelfstandige starten vanwege de hogere beloning is een opvatting die SoloPartners in onderzoek uit november 2018 heeft weerlegd²⁹⁾. Uit onze enquête en interviews blijkt eveneens dat dit niet een belangrijke drijfveer is voor ondernemers om als zelfstandige te werken. Wij spraken één ondernemer die in een interview aangaf dat naast de flexibiliteit, ook financieel gezien het interessant was om als zelfstandige te starten. Eén andere ondernemer benadrukte echter dat het juist niet ging om hogere beloning, omdat de beloning niet veranderde ten opzichte van de beloning in loondienst na aftrek van pensioen etc.



Figuur 11 Motieven om te starten als zorgaanbieder. Onder overig valt: vanwege de gunstige markt (4%), meer samenwerking met andere disciplines (3%), op basis van goede voorbeelden om me heen (3%), opleidings- en doorgroeimogelijkheden (3%), hogere beloning (1%) en niet van toepassing (1%).

Ook als we kijken naar de uitsplitsing naar oprichtingsdatum (figuur 29, bijlage 3), naar de zorgwijze (figuur 30, bijlage 3) of naar provincies (figuur 12) is dit beeld terug te vinden. De grootste groep geeft aan te zijn gestart vanwege een behoefte aan meer autonomie. Een belangrijke bevinding is dat een groter aandeel ondernemers in Randstedelijke provincies (11%) is begonnen vanwege de hoge werkdruk die ze ervoeren ten opzichte van landelijke provincies (5%). Hierbij moet worden opgemerkt dat respondenten steeds de meest voorname reden moesten aangeven. In werkelijkheid spelen vaak meerdere redenen een rol.



Figuur 12 Motieven om te starten per type provincie, waarbij Noord-Holland, Zuid-Holland en Utrecht tot Randstad zijn gecategoriseerd.

4.2 Motieven om specifiek in de wijkverpleging te starten

De voornaamste reden voor respondenten om specifiek in de wijkverpleging te starten is omdat het in deze sector mogelijk is betere kwaliteit te leveren als zelfstandige dan in een instelling (27%). Daarnaast noemt net iets meer dan een kwart dat het aantrekkelijk of leuk werk is in de wijkverpleging (26%) (tabel 8). In de interviews is genoemd dat dit kwam omdat wijkverpleging een baan is met vrijheid en afwisseling, dat het goed mogelijk is om het parttime te doen en daarmee te combineren met bijvoorbeeld een gezin en dat er een-op-een met cliënten wordt gewerkt. Ook is genoemd dat wijkverpleging in principe een solistisch beroep is waardoor het zich goed leent voor werken

²⁹⁾ Onderzoek: zzp'ers in de zorg doen het niet voor het geld, SoloPartners (november 2018), <https://www.solopartners.nl/nieuws/onderzoek-zzpers-in-de-zorg-doen-het-niet-voor-het-geld/>

als zelfstandige. Hiertegenover staat wel dat de diensten over het algemeen (te) kort zijn volgens respondenten. De derde reden om in de wijkverpleging te starten was omdat men al eerder actief was in de wijkverpleging (17%).

Deze drie meest genoemde redenen zien we ook terug als we de data uitsplitsen naar oprichtingsdatum, zorgwijze en type provincie (zie bijlage 3). De antwoorden lijken daarmee grotendeels overeen te komen met de wens naar meer autonomie en flexibiliteit, waarbij ondernemers zelf zorg willen kunnen inrichten op zowel het gebied van werkinhoud (kwaliteit) en werkomstandigheden (roosters etc.).

Reden om in de wijkverpleging te starten	
Beter in staat kwaliteit te leveren dan in een instelling	27%
Het is aantrekkelijk/leuk werk in de wijkverpleging	26%
Omdat ik voorheen ook actief was in de wijkverpleging	17%
Groeiende markt vanwege toenemende vraag naar	9%
Vanwege persoonlijke omstandigheden, bijvoorbeeld zorg	8%
Anders	8%
Niet van toepassing	2%
Om een specifieke groep te bedienen vanuit culturele	2%
Het is relatief eenvoudig om met wijkverpleging te starten	1%

Tabel 8 Voornaamste redenen om specifiek in de wijkverpleging te starten

Doelgroepen

Tijdens interviews is gevraagd naar de doelgroepen waaraan zorg geleverd wordt. Uit de antwoorden blijkt dat sommigen bewust kiezen voor de sector wijkverpleging. Redenen hiervoor zijn bijvoorbeeld dat ze daar eerder mee werkten, persoonlijke ervaring ermee hebben of een passie ervoor hebben. Zo zeiden zorgaanbieders die voornamelijk met ouderen werken, dat zij dit deden omdat dit hun passie is of omdat hiernaar veel vraag is. Zorgaanbieders gaven ook aan dat ze een specifieke doelgroep hebben vanwege vroegere ervaring met een ziek familielid. Tot slot gaven sommige zorgaanbieders aan bewust geen doelgroep te hebben, omdat de ondernemers van afwisseling houden.

Specialisatie

Als we de zorgaanbieders vroegen of ze zich (zijn) gaan specialiseren, gaf de meerderheid aan dit niet te willen doen of hebben gedaan. Hiervoor kwamen we meerdere redenen tegen: ondernemers doen ervaringen op tijdens het werk zelf, vanwege de voorkeur voor afwisselend werk wilde men zich niet specialiseren of omdat het niet mogelijk is om een opleiding te volgen

naast zzp-schap, bijvoorbeeld door de verplichting van het lopen van stage.

Een aantal ondernemers gaven aan wel te willen gaan specialiseren in de toekomst. In lijn met het voorgaande, was één van hen al vaker gestart met de opleiding tot niveau 3, maar deze was nooit afgerond vanwege tijdsgebrek. Ook waren sommige zorgaanbieders zich op dit moment aan het specialiseren. We zagen daarbij geen verband tussen het niveau wijkverpleging van ondernemers en de ambitie om te specialiseren.

4.3 Redenen om terug in loondienst te gaan

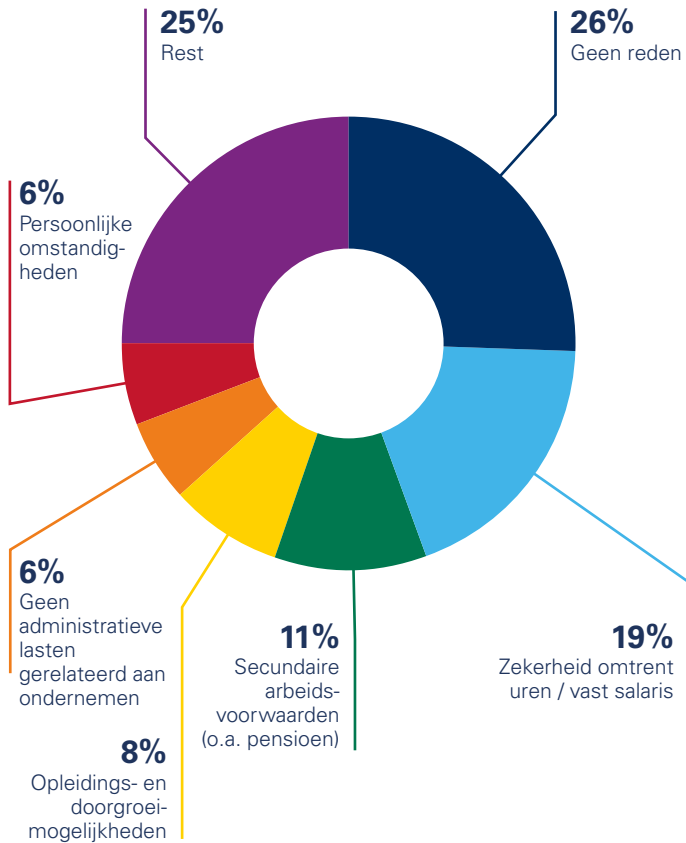
Naast de motieven om te starten als zorgaanbieder (in de wijkverpleging) is het interessant om te onderzoeken of zorgprofessionals ook weer bereid zijn om terug in loondienst te gaan. In de telefonische enquête is gevraagd wat voor zorgaanbieders de voornaamste reden zou zijn om weer in loondienst te gaan werken.

Opvallend geeft er redelijk grote groep aan (26%) dat er geen redenen zijn om weer in loondienst te gaan werken (figuur 13). Dit werd bevestigd in de interviews. Over het algemeen zijn ondernemers (zeer) tevreden dat ze voor zichzelf zijn begonnen en overweegt men niet om weer bij een organisatie te gaan werken. Redenen hiervoor zijn het zelf kunnen bepalen van de kwaliteit van de geleverde zorg, en de vrijheid en variëteit. Dit komt overeen met de motieven om te starten als zorgaanbieder of in de wijkverpleging. Ook gaven gesprekspartners aan dat ze nu opnieuw dezelfde keuzes zouden maken. Het was duidelijk dat onder deze groep ondernemers niemand spijt had te zijn begonnen. Sommigen gaven aan dat ze zelfs eerder de keuze hadden moeten maken om zelfstandig te worden.

Sommigen gaven aan dat de administratieve lasten die gepaard gaan met een onderneming een reden kunnen zijn om weer in loondienst te gaan. Bijvoorbeeld het indienen van declaraties waarvan goedkeuring lang duurt en veel tijd kost. Daarna bleek de meest genoemde reden (19%) de zekerheid omtrent uren of vast salaris. De vijf ondernemers die in de enquête hebben aangegeven te zijn gestopt gaven hiervoor vergelijkbare redenen. Een onderneming kostte meer tijd en/of geld of er was sprake van onvoldoende cliënten en/of uren. Een gesprekspartner was in lijn hiermee van plan om weer naar loondienst te gaan vanwege herhaaldelijk ziek zijn. Opgemerkt moet worden dat het aantal gesprekspartners hier klein is, dus uitspraken niet representatief zijn.

Deze drie redenen komen ook in dezelfde volgorde voor als we de antwoorden uitsplitsen naar oprichtingsdatum (tabel 16,

bijlage 3), naar zorgwijze (tabel 17, bijlage 3) of per type provincie (tabel 9). Wel is opvallend dat in de Randstedelijke provincies vaker (31% tegenover 19%) geen reden zou zijn om weer in loondienst te werken dan in landelijke provincies.



Figuur 13 Redenen om weer in loondienst te gaan. In de categorie 'rest' werden de volgende redenen genoemd: een team van collega's (5%), lagere werkdruk (5%), meer samenwerking met andere disciplines (4%), anders (3%), op basis van goede voorbeelden om me heen (3%), niet van toepassing (3%) en vanwege gunstige markt (1%).

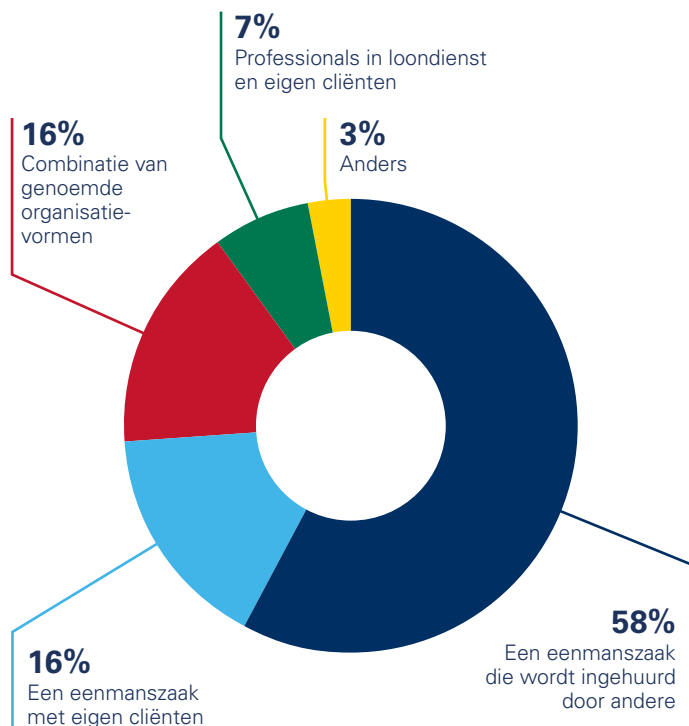
Reden om weer in loondienst te gaan	Landelijk	Randstad
Geen reden	19%	31%
Secundaire arbeidsvoorwaarden (onder andere pensioen)	16%	7%
Zekerheid omtrent uren/vast salaris	16%	21%
Opleidings- en doorgroeimogelijkheden	11%	5%
Een team van collega's	8%	3%
Geen administratieve lasten gerelateerd aan ondernemen	6%	5%
Lagere werkdruk	6%	4%
Persoonlijke omstandigheden	6%	5%
Niet van toepassing	3%	3%
Meer samenwerking met andere disciplines	2%	7%
Op basis van goede voorbeelden om me heen	2%	4%
Vanwege de gunstige markt met veel vraag naar	2%	1%
Anders	2%	4%

Tabel 9 Reden om weer in loondienst te gaan Randstad vs. landelijk

4.4 Gekozen organisatievorm

Als ondernemer zijn er verschillende organisatievormen mogelijk. De meest voorkomende organisatievorm (58%) onder de respondenten is een eenmanszaak die wordt ingehuurd door derden. Dit zijn professionals die als zzp'er aan de slag gaan, zonder eigen cliëntenbestand of personeel in dienst. Ze laten zich inhuren direct bij zorgaanbieders, of via bemiddelingsbureaus. De groep die daarop volgt zijn zzp'ers met een eenmanszaak met eigen cliënten en een combinatie van organisatievormen.

Het aantal ondernemers met professionals in loondienst en eigen cliënten is relatief laag (7%). Drie respondenten gaven 'anders' aan. Dit betreft ondernemers die een bv hebben waarin eigen cliënten of eigen zorgaanbieders zitten.



Figuur 14 Gekozen organisatievorm.

Dit beeld wordt bevestigd in de interviews. De meeste ondernemers hebben een eenmanszaak zonder eigen cliënten die wordt ingehuurd door derden. Men geeft aan dat dit de meeste eenvoudige manier is om als zelfstandige te werken, zeker in combinatie met een bemiddelingsbureau (waarbij zzp'schap vaak een eis is) die opdrachten regelt. De ondernemer geeft dan de beschikbaarheid door aan het bureau en laat zich vervolgens inplannen. In sommige gevallen faciliteert het bemiddelingsbureau ook bij de administratie (facturatie, belastingaangifte etc.) in sommige gevallen doen ondernemers dit zelf. Sommige zzp'ers zien werken via een bemiddelingsbureau ook als een opstap om later wel eigen cliënten te werven. Doordat men zelf geen tijd hoeft te besteden aan het werven van cliënten kan de ondernemer aan de slag te naamsbekendheid of het behalen van keurmerken etc. Toch geeft de meerderheid aan geen voorkeur te hebben voor eigen cliënten of personeel, omdat het complexer is en meer risico met zich meebrengt.

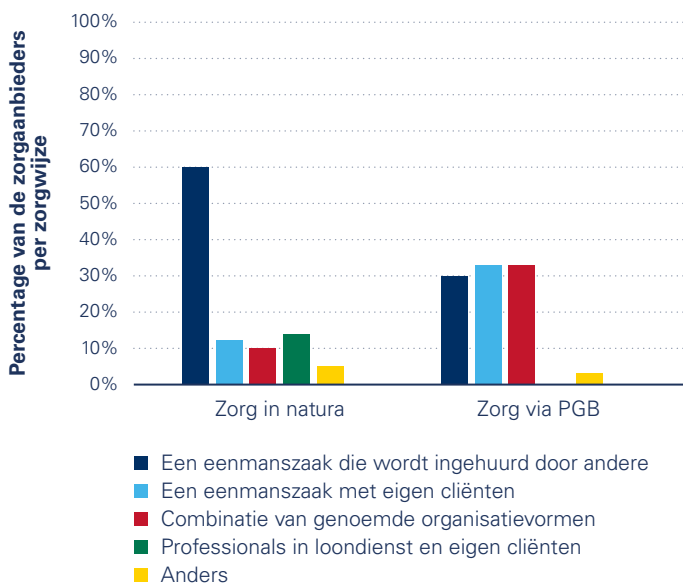
'Ik ben net begonnen en net in Nederland aangekomen, dus heb ik nog geen connecties om zonder bemiddelingsbureau te werken. Ik zou later zelf personeel willen en eigen klanten.'

De groep die wel eigen cliënten heeft zijn met name professionals die hun cliënten hebben meegenomen vanuit hun vorige baan. Deze groep betreft vooral professionals die hetzelfde werk

uitvoeren, maar dan als zelfstandige, bijvoorbeeld omdat de organisatie waar ze werkte is opgeheven. In de gesprekken wordt als een van de voordelen genoemd de langdurige relatie die kan worden opgebouwd met de (eigen) cliënten. Professionals werven hun cliënten via de vorige werkgever, mond-op-mond-reclame of via online reclame, zoals een eigen website of facebookgroepen.

'Voor meerdere bemiddelingsbureaus ben je verplicht om zelfstandige ondernemer te zijn'

Er blijkt geen verschil te zijn in organisatievormen tussen de groep ondernemers die voor 1 november 2018 is gestart, of de groep die erna is gestart (Figuur, in bijlage).. Deze observatie geldt niet voor de groep ondernemers die zorg via een pgb leveren (Figuur 17). In die groep is er een nagenoeg gelijke verdeling van de ondernemers over de categorieën eenmanszaak die wordt ingehuurd door anderen, eenmanszaak met eigen cliënten en combinatie van organisatievormen.



Figuur 15 Organisatievorm van de zorgaanbieders uitgesplitst naar zorgwijze.

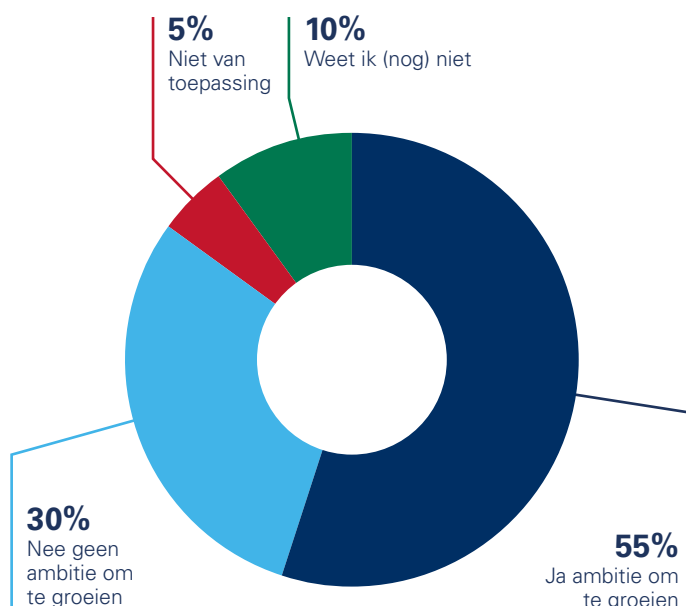
Uit de interviews blijkt verder dat de meeste ondernemers voorheen in loondienst werkten bij een zorgaanbieder. Opvallend was dat van de vijftien mensen die zijn geïnterviewd, vijf mensen ook deels in loondienst waren. Hiervoor waren verschillende redenen. Bijvoorbeeld dat ondernemers naast hun loondienst extra werk wilden aannemen via een bemiddelingsbureau, en hiervoor zzp'er moesten worden. Of vanwege de

lange betrokkenheid bij de desbetreffende organisatie. We spraken één ondernemer die nu nog als zzp'er werkt maar vanwege de lastige financiële situatie bij tweemaal een langere periode van ziekte, voornemens is voor om in loondienst te gaan.

4.5 Ambitie om te groeien

Van de respondenten heeft de meerderheid (55%) in de enquête aangegeven ambitie te hebben om te groeien (Figuur 16). Dit beeld wordt bevestigd in de interviews. De invulling van deze ambitie verschilt. Als er ambitie is om te groeien is deze ambitie relatief 'kleinschalig' gericht op het aantal cliënten, het starten van een eigen cliëntenbestand of het vergroten van het aantal werkbare uren. Zo gaven de meeste ondernemers aan te willen groeien door meer cliënten te werven of door het aantrekken van eigen cliënten. Ook werd soms genoemd dat ondernemers meer uren wilden werken of langere diensten wilden draaien.

Opvallend is dat de ambitie om te groeien in sommige gevallen ook op het buitenland gericht is, zoals een woonzorglocatie opzetten in Suriname, of werkervaring opdoen in het buitenland. Daarnaast werd ook de ambitie om een zorgboerderij of een woonzorgcentrum te openen genoemd. Het hebben van eigen personeel in de toekomst werd weinig genoemd. Tegenover de meerderheid die aangaf ambitie te hebben om te groeien, gaf 30% aan hier geen ambitie voor te hebben. Uit de interviews bleek in dat geval dat de hoeveelheid werk (cliënten en/of uren) dat ze nu hebben (ruim) voldoende is voor hun situatie, ofwel: in de huidige situatie was hun werk-privébalans op orde.



Figuur 16 Aangegeven ambitie om te groeien onder de ondernemers.

Gesprekspartners zagen beperkte knelpunten in het realiseren van deze ambitie; een enkele keer dat er te weinig opdrachten beschikbaar zijn vanuit het bemiddelingsbureau. Voor werk wordt dan gezorgd via andere kanalen zoals een online platform of facebook. Daarnaast werd het tekort aan verpleegkundig personeel slechts door één geïnterviewde genoemd.

Ondernemers zijn overwegend positief over de toekomst. In lijn met vorenstaande verwachten de meeste uit te breiden in de toekomst in het aantal cliënten, werkbare uren of het hebben van een eigen cliëntenbestand. Ook werden ambities genoemd, zoals het verder leren en werken aan een keurmerk. Een deel van de ondernemers maakt zich zorgen om ontwikkelingen in de wijkverpleging, zoals het beperken van zzp-schap vanuit de overheid, groei in de eisen en wet- en regelgeving waaraan ondernemers moeten voldoen.

'Ik wil eigenlijk het liefst een zorgboerderij beginnen. Maar ik heb ook een gezin. Financieel is het wel wat. Ik heb wel de ambitie om te groeien, maar nu nog niet. In de toekomst wel.'

De ambitie om te willen groeien blijkt een algemene bevinding te zijn ongeacht hoeveel cliënten een ondernemer heeft (Figuur, in bijlage), wanneer de onderneming is opgericht (Figuur 30, in bijlage) of in welke provincie de onderneming is gevestigd (Figuur). Het gegeven dat we na 1 november 2018 veel kleine ondernemingen zien met een klein aantal cliënten kan dus mede worden veroorzaakt doordat veel ondernemers relatief jong zijn en nog tijd nodig hebben om te groeien in het aantal cliënten.

'In de omgeving is er behoefte aan een woonzorgcentrum, omdat het huis niet meer geschikt is bij complexe zorgvragen waarbij 24-uursbegeleiding noodzakelijk is.'

4.6 Ervaren knelpunten als startende ondernemer in de wijkverpleging

Met de enquête is in kaart gebracht welke knelpunten er worden ervaren als startende ondernemer. Opvallend antwoord een redelijk grote groep (30%) dat zij geen knelpunten tegenkwamen. Dit werd gevolgd door het moeten voldoen aan veel wetten regeling (13%), een onzekere inkomenssituatie bij ziekte of arbeidsongeschiktheid, (11%) of de administratieve taken gerelateerd aan het hebben van een onderneming (10%) (Tabel 9).

Ervaren knelpunten	Gemiddeld	Zorg in natura	Zorg via pgb
Geen knelpunten	30%	25%	15%
Ik moet als ondernemer aan veel wet- en regelgeving voldoen	13%	23%	21%
Onzekere inkomstensituatie bij ziekte/arbeidsongeschiktheid	11%	11%	3%
Administratieve taken gerelateerd aan het hebben van een eigen onderneming	10%	9%	3%
Voor werk sterk afhankelijk van een of enkele opdrachtgevers	7%	7%	21%
Ongunstige belastingregelingen	6%	7%	6%
Anders	6%	7%	15%
Zelf moeten zorgen voor pensioenvoorziening	6%	5%	0%
Het binnenhalen/werven van werk is moeilijk	5%	2%	0%
Onzekere inkomenssituatie bij onvoldoende werk	4%	2%	3%
Hoge verzekeringskosten	2%	2%	12%

Tabel 10 Ervaren knelpunten als startende ondernemer.

Dit beeld werd bevestigd in de interviews. Voor ondernemers is het technisch gezien makkelijk om als zorgaanbieder te starten. Over het algemeen konden de starters informatie over de te nemen stappen of inschrijvingen goed vinden.

Bijvoorbeeld via collega's, online via KVK of omdat de werkgever of bemiddelingsbureau hen deze informatie kon geven. Daarbij noemden meerdere zorgaanbieders wel dat het veel stappen zijn waardoor het veel tijd kost, maar dat het niet moeilijk is om uit te voeren.

Als we de data uitsplitsen naar oprichtingsdatum, zorgwijze en provincie (zie bijlage 3) dan zien we redelijk hetzelfde beeld terugkomen met een paar uitzonderingen. Allereerst geldt voor de groep ondernemers die voor 1 november 2018 is gestart dat zij de sterke afhankelijkheid voor werk aan een of enkele opdrachtgevers meer als knelpunt ervaren dan de administratieve taken gerelateerd aan het hebben van een onderneming.

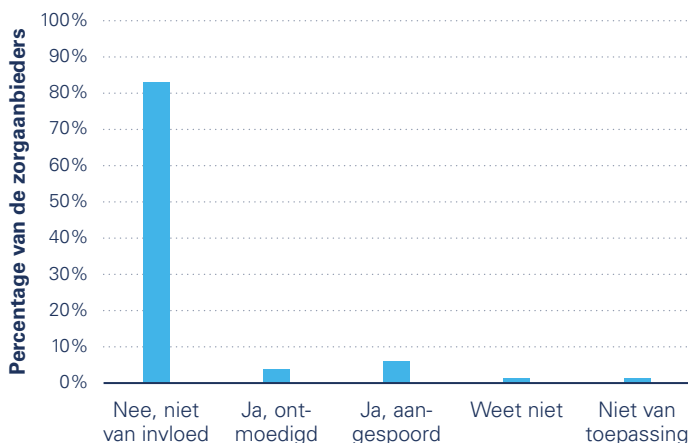
Verder is te zien dat de groep zorgaanbieders die zorg leveren in natura de administratieve lasten minder vaak als knelpunt worden genoemd dan het gemiddelde of de groep die zorg levert via een pgb (7% ten opzichte van 10% gemiddeld en 15% bij pgb) (tabel 9). Een mogelijke verklaring is dat de groep die zorg in natura levert vaker een eenmanszaak is die zich laat inhuren door derden. In deze situatie wordt veel samengewerkt met bemiddelingsbureaus die vaak ondersteunen bij administratie zodat deze minder als last worden ervaren.

4.7 Invloed machtigingsbeleid om te starten

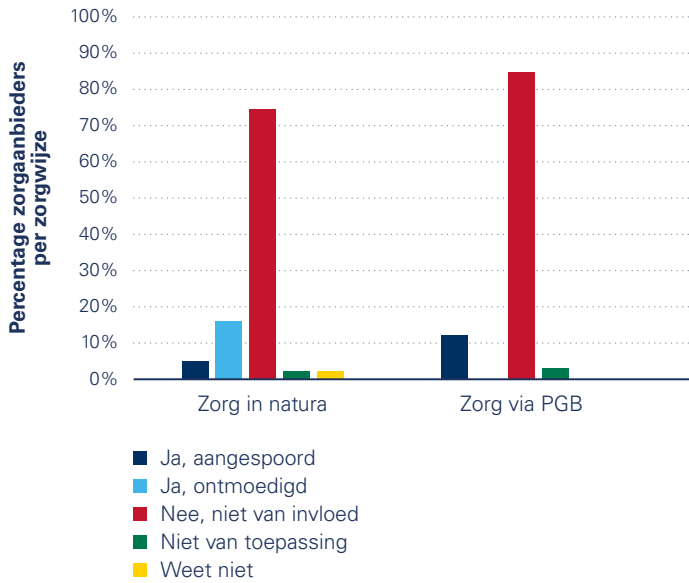
Vanaf november 2018 is door zorgverzekeraars een machtigingsbeleid ingevoerd. Sindsdien moet vooraf toestemming voor vergoeding verkregen worden bij zorgverzekeraars als zorg geleverd wordt door niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dit

heeft mogelijk invloed op de keuze om al dan niet te starten als zorgaanbieder. Uit de telefonische enquête blijkt dat een ruime meerderheid (83%) niet beïnvloed is geweest door deze wijziging in het beleid (figuur 17). 6% van de respondenten geeft zelfs aan dat dit hen heeft aangespoord. Slechts 8% gaf aan dat de wijziging hen had ontmoedigd om te starten als zorgaanbieder.

In deze percentages zitten zowel ondernemers die voor als na het wijzigen van het machtigingsbeleid zijn begonnen. Tussen deze twee groepen lijkt geen verschil te zijn. Ook voor die ondernemers die erna zijn begonnen zegt de meerderheid niet beïnvloed te zijn (figuur 35, bijlage 3). Wel is er een verschil te zien in ondernemers die zorg leveren via pgb en die dat in natura doen (Figuur 18). Bij deze laatste groep geeft 16% aan ontmoedigd te zijn door het machtigingsbeleid, tegenover 0% die zorg levert via pgb.



Figuur 17 Invloed machtigingsbeleid op het starten als zorgaanbieder.



Figuur 18 Invloed machtigingsbeleid per zorgwijze.

4.8 Samenvatting

Uit onze enquêtes en interviews blijkt dat de meerderheid van de ondernemers als zorgaanbieder is gestart vanuit de behoefte aan meer autonomie of flexibiliteit rondom roosters. Daarbij is de meerderheid een eenmanszaak die wordt ingehuurd door anderen, die geen eigen cliënten hebben en via een bemiddelingsbureau of andere opdrachtgevers werk krijgen. Daarbovenop komt dat slechts een kleine groep zichzelf puur als ondernemer beschouwt en dat de ambitie om te groeien vooral gericht is op het aantal cliënten en aantal werkuren. Dit wijst erop dat de meeste ondernemers vanuit de ontevredenheid van het werken in loondienst als zorgaanbieder zijn gestart om nog steeds het vak uit te kunnen oefenen.

- De meerderheid van de ondernemers is als zorgaanbieder gestart vanuit de behoefte aan meer autonomie (werkinhoudelijk en werkomstandigheden) of flexibiliteit rondom roosters.
- De voornaamste redenen om specifiek in de wijkverpleging te starten waren om betere kwaliteit zorg te leveren dan in een instelling, en omdat het werk aantrekkelijk/leuk is.
- Een derde van de respondenten ervaart geen knelpunten bij het starten als zorgaanbieder. Dit werd gevolgd door het moeten voldoen aan veel wet- en regeling (13%), een onzekere inkomenssituatie bij ziekte of arbeidsongeschiktheid (11%) of administratieve taken gerelateerd aan het hebben van een onderneming (10%).
- De meerderheid van de respondenten heeft de ambitie om te groeien. Dit is gericht op groei in het aantal cliënten, het hebben van een eigen cliëntenbestand, of juist in het aantal uren zorg dat ze leveren of aantal langere diensten die ze kunnen doen. Ook noemden drie mensen de ambitie om een woonzorgboerderij of vergelijkbaar op te zetten, waarvan één dit in het buitenland wilde doen.
- We zien dat de meest voorkomende organisatievorm een eenmanszaak is die wordt ingehuurd door anderen. Onder de ondernemers die wij hebben geïnterviewd, werkte een groot aantal via een bemiddelingsbureau. Daarvan uitgaande, is het waarschijnlijk dat we dit kunnen vertalen naar de grotere groep ondernemers en dus dat een groot deel van de zorgaanbieders via een bemiddelingsbureau werkt. Een bemiddelingsbureau werd meerdere keren als een fijne springplank genoemd voor het opzetten van een eigen bedrijf.
- Voor een kwart van de respondenten zou er geen reden zijn om weer in loondienst te gaan werken. Daarna noemden de meesten (19%) de zekerheid omtrent uren of vast salaris, gevolgd door de secundaire arbeidsvoorwaarden (onder andere pensioen).
- Het machtigingsbeleid lijkt weinig invloed te hebben gehad op startende ondernemers.

Kennis van verplichtingen en mogelijkheid te voldoen aan randvoorwaarden

Hoofdstuk 5

In dit hoofdstuk gaan we in op een aantal randvoorwaarden om goed te kunnen starten als zorgaanbieder in het algemeen en in de wijkverpleging in het bijzonder.

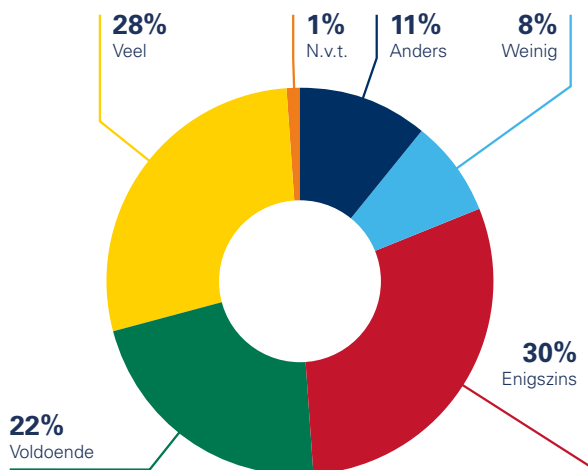
We beschrijven per uitgevraagd onderdeel onze bevindingen, waarbij we ingaan op de samenwerking met andere zorgprofessionals, de mogelijkheid om voldoende gekwalificeerd personeel aan te trekken en de eisen waaraan zij moeten voldoen als zorgaanbieder in het algemeen en als zorgaanbieder in de wijkverpleging. Hiermee beantwoorden wij onderzoeksvraag 17 tot en met 21.



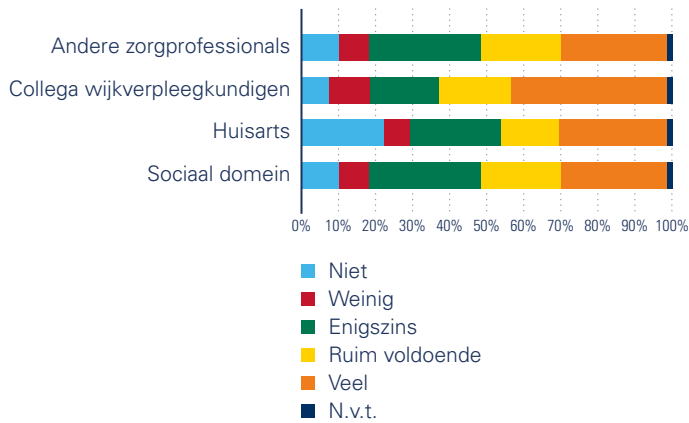
5.1 Samenwerking met andere zorgprofessionals, zorgaanbieders en het sociaal domein

Uit de telefonische enquête blijkt dat opgeteld meer dan de helft aangeeft 'voldoende' of 'veel' samen te werken met andere zorgprofessionals. Ongeveer een derde zegt aan dit 'enigszins' te doen en ongeveer een vijfde werkt 'niet' of 'weinig' samen met andere zorgprofessionals.

Wanneer we kijken naar de beoordeling van de samenwerking per andere discipline, valt op dat in de telefonische enquête geantwoord is dat de grootste groep respondenten aangeeft 'veel' samen te werken met collega-wijkverpleegkundigen. Voor andere zorgprofessionals, de huisarts en het sociaal domein wordt ongeveer even vaak 'veel' aangegeven. Opvallend is verder ook dat 23% van de respondenten aangeeft 'niet' samen te werken met de huisarts.



Figuur 19 Beoordeling van de samenwerking met andere zorgprofessionals (n=142).

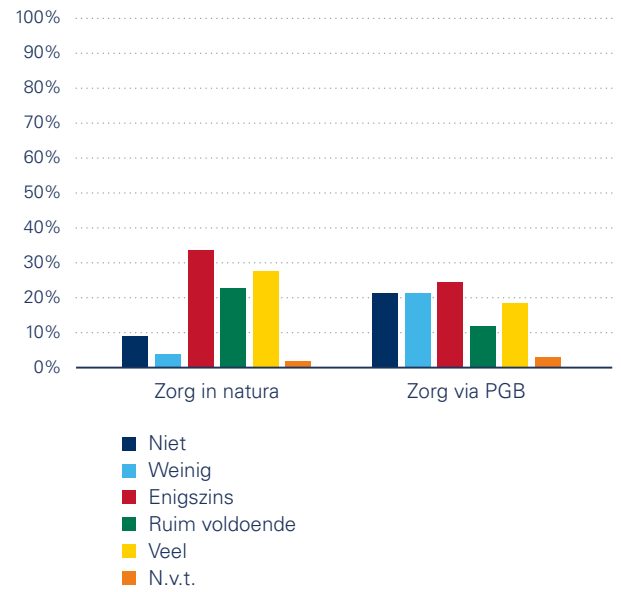


Figuur 20 Beoordeling van de samenwerking per type zorgverlener (n=142).

Uit de verdiepende interviews komt een wisselend beeld naar voren over hoe zorgverleners de samenwerking met anderen ervaren. Wanneer we kijken naar de samenwerkingspartners wordt met name een groepje collega-zorgverleners genoemd dat bij dezelfde cliënt thuis komt, en verder de huisarts en een ergo- en fysiotherapeut. De samenwerking binnen het sociaal domein met bijvoorbeeld de gemeente wordt in vrijwel alle gesprekken benoemd als ‘heel weinig’ of ‘afwezig’. Wel geven enkele zorgverleners aan het voornemen te hebben meer met het sociaal domein te gaan samenwerken. Een enkele keer wordt het transferpunt/de transferverpleegkundige van het ziekenhuis en de neuroloog genoemd als samenwerkingspartners.

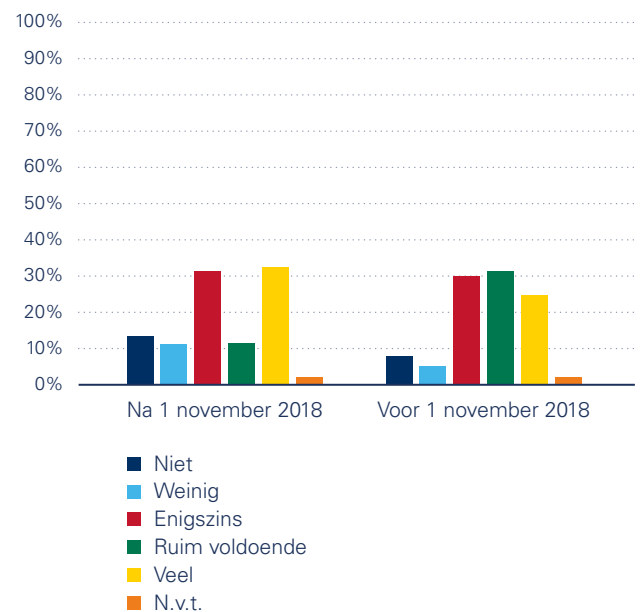
Opvallend is dat in sommige gevallen het bemiddelingsbureau optreedt als zorgcoördinator. In dit geval voert een collega van het bemiddelingsbureau ‘de regie op zorg’ en wordt de zorg door de zzp’er uitgevoerd. In algemene zin ontstaat het beeld dat samenwerkingspartners eerder worden opgezocht wanneer er opvallendheden zijn zoals een veranderend ziektebeeld dan dat er een structurele overlegstructuur is rond een cliënt. Ook wordt genoemd dat veel zaken via een (groeps)app van collega-wijkverpleegkundige geregeld worden.

Het aandeel van zorgverleners dat de samenwerking positief beoordeelt (antwoordopties ‘enigszins’ of ‘beter’) is voor zorgverleners die via zorg in natura zorg verlenen proportioneel iets groter dan voor de groep die zorg verleent via een pgb. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat zorgverleners die vanuit een pgb worden betaald en zorg op maat aan individuele cliënten bieden, vaker een kleine cliëntenkring hebben en minder bekend zijn in de wijk.

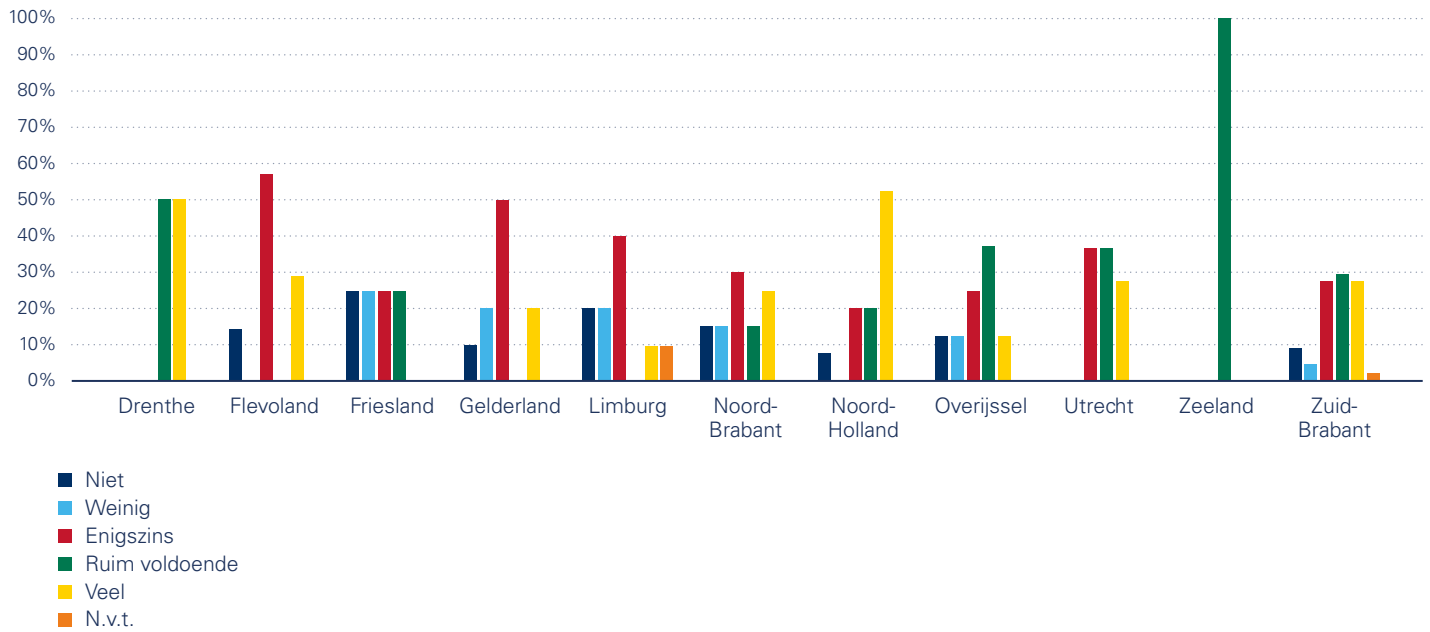


Figuur 21 Beoordeling van de samenwerking met andere zorgprofessionals uitgesplitst naar wijze van zorg verlenen (n=77).

Het aandeel dat de samenwerking positief beoordeelt (groter dan of gelijk aan 3) is voor zorgverleners die na 1 november 2018 zijn gestart proportioneel iets groter dan voor de groep die vóór 1 november 2018 is gestart. Een verklaring zou kunnen zijn dat er sinds de publicatie van het Kwaliteitskader wijkverpleging, waarin het belang van samenwerking in het lokale zorgnetwerk wordt onderstreept, meer aandacht is voor samenwerking. Het Kwaliteitskader is effectief sinds april 2018.



Figuur 22 Beoordeling van de samenwerking met andere zorgprofessionals uitgesplitst naar wijze van zorg verlenen (n=142).



Figuur 23 Beoordeling van de samenwerking met andere zorgprofessionals per provincie (n=142).

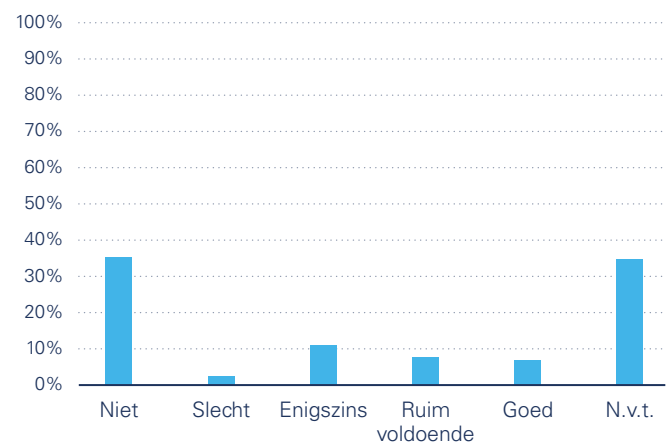
In de beoordeling van samenwerking per provincie valt op dat in de Randstedelijke provincies de samenwerking positiever wordt beoordeeld. Te beredeneren valt dat samenwerking over een groter, landelijk gebied alleen al door afstanden minder gemakkelijk is dan in meer dichtbevolkte regio's. Zoals eerder aangegeven, moet hierbij direct worden opgemerkt dat de aantallen respondenten per provincie uiteenlopen: met méér respondenten in de Randstad (Noord-Holland, N=24, Zuid-Holland, N=44) en minder respondenten uit de landelijke gebieden (Zeeland, N=1, Drenthe, N=3, Friesland, N=4).

Er is in de stedelijke gebieden mogelijk meer 'concentratie' van zorgverleners, waardoor er ook een groter deel van de doelgroep in deze gebieden woont en de gevonden spreiding hier een logische afspiegeling van is.

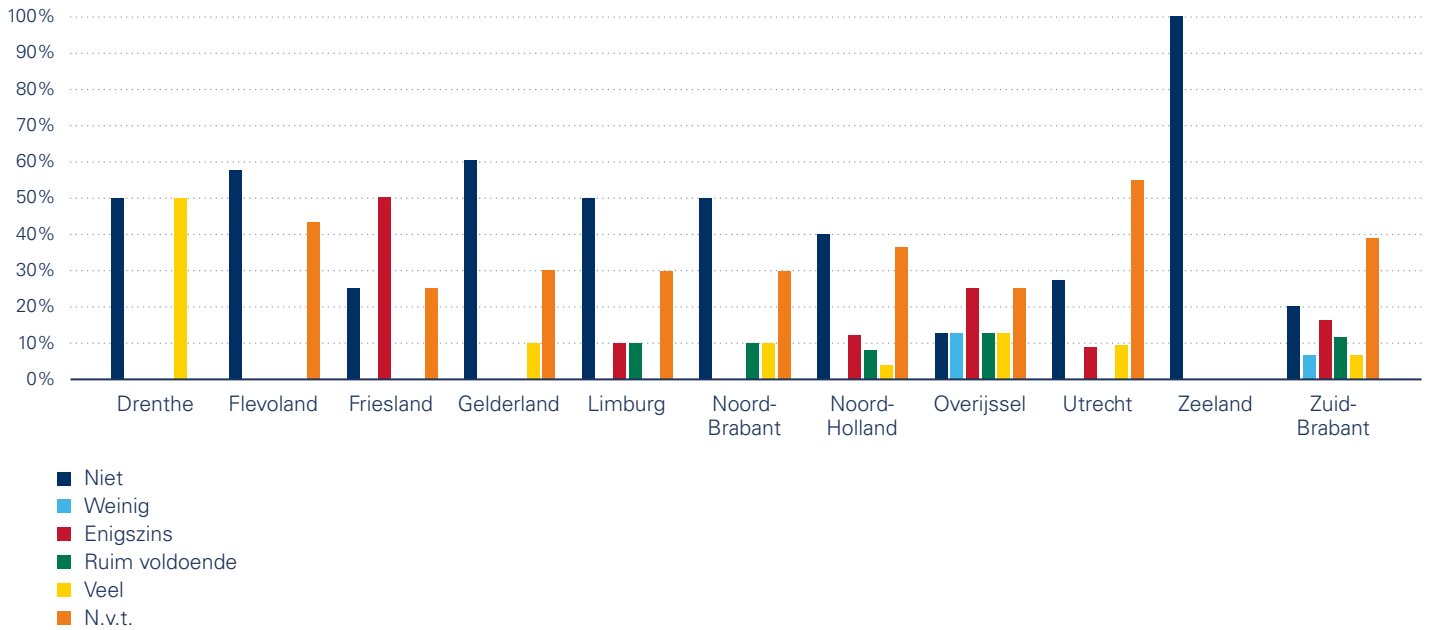
5.2 Mogelijkheid om voldoende gekwalificeerd personeel aan te trekken

Uit de telefonische enquête blijkt dat het aantrekken van voldoende gekwalificeerd personeel voor veel van de respondenten niet van toepassing is. Van degenen die deze vraag wél hebben beantwoord, geeft meer dan een derde aan hier veel moeite mee te hebben.

In drie van de verdiepende interviews blijkt dit punt van toepassing. Hieruit ontstaat een wisselend beeld: één respondent geeft aan dat het aantrekken van gekwalificeerd personeel prima lukt via mond-tot-mondreclame, de andere twee respondenten geven aan dat dit lastig is. Eén respondent geeft aan specifiek moeite te hebben met het niveau van afgestudeerde verzorgenden.



Figuur 24 Beoordeling van de mogelijkheid om voldoende gekwalificeerd personeel aan te trekken (n=142).

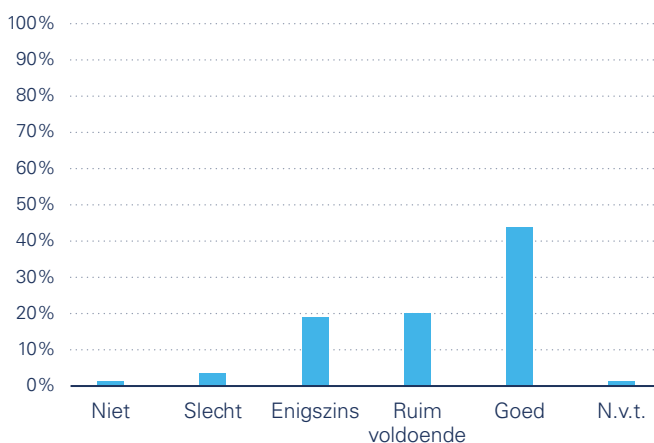


Figuur 25 Beoordeling van de mogelijkheid om voldoende gekwalificeerd personeel aan te trekken per provincie (n=142).

Wanneer we kijken naar de mogelijkheid om voldoende gekwalificeerd personeel aan te trekken per provincie, zien we dat door respondenten in de landelijke gebieden vaker wordt aangegeven dat het hen niet lukt. In de provincies Zuid-Holland, Gelderland, Noord-Brabant, Utrecht en Overijssel wordt het meest aangegeven dat het aanbieders goed lukt.

5.3 Verplichtingen waar zorgaanbieders in het algemeen aan moeten voldoen

Uit de telefonische enquête blijkt dat het merendeel van de respondenten een overwegend positief antwoord geeft op de vraag ‘In hoeverre bent u bekend met de verplichtingen waar zorgaanbieders in het algemeen aan moeten voldoen?’. 44% geeft aan hier ‘zeer goed’ van op de hoogte te zijn. Hierin is ook een uitsplitsing gemaakt naar oprichtingsdatum en wijze van zorg verlenen, maar hierin werden geen opzienbarende verschillen gevonden. Deze grafieken zijn terug te vinden in bijlage 3.



Figuur 26 De mate waarin zorgaanbieders zicht hebben op de verplichtingen waar zij als zorgaanbieder in het algemeen aan moeten voldoen per wijze van zorg verlenen (n=142).

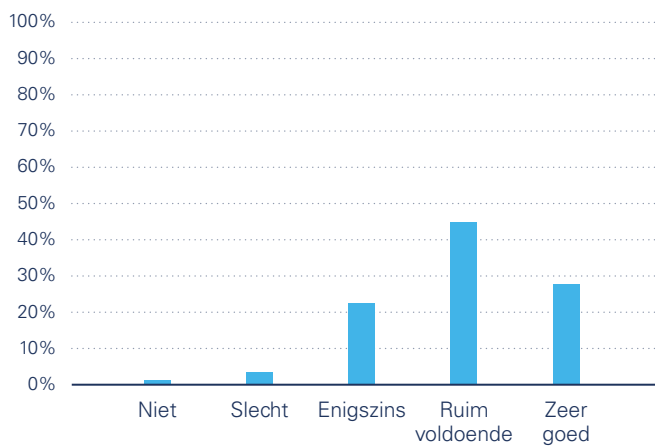
Uit de verdiepende gesprekken ontstaat het beeld dat de grote meerderheid van de gesprekspartners van zichzelf vindt dat hij/zij goed op de hoogte is van de verplichtingen waar hij/zij over het algemeen aan moet voldoen. Slechts twee respondenten vinden dat zij ‘deels’ weten waar ze aan moeten voldoen en één respondent geeft aan hiervan niet op de hoogte te zijn.

Veel respondenten geven aan dat zij bij de start van hun onderneming moesten zoeken naar de informatie over deze verplichtingen, maar toen dit eenmaal was gevonden het ‘niet moeilijk’ was hieraan te voldoen. Men spreekt in de antwoorden op deze vragen met name over het hebben van een KVK-inschrijving, een VOG, het voldoen aan de WTZi en de Wkkgz en het voeren van een goede boekhouding. Op de vraag wat een lastige eis is om aan te voldoen, wordt wisselend geantwoord. De meerderheid geeft aan ‘geen’ lastige verplichtingen te hebben gezien. Wanneer zorgverleners hierbij wel een antwoord gaven, ging het om ‘het bijhouden van een goede boekhouding’, ‘belastingaangifte’ en ‘een kwaliteitssysteem’.

Ondersteuning ontvangen respondenten van verschillende externe partijen. Hierin worden ZZP Nederland en SoloPartners genoemd als partijen die zorgverleners ‘op weg helpen’ en ‘helpen bijblijven’. Daarnaast wordt circa de helft van de respondenten ondersteund door een accountant. Zorgverleners geven tot slot aan behoefte te hebben aan ondersteuning in de boekhouding, specifiek op een manier die past bij hun budget. De kosten voor een professionele boekhouder zijn volgens hen niet in verhouding tot de omzet als zzp’er in de zorg.

5.4 Verplichtingen waar zorgaanbieders in de wijkverpleging aan moeten voldoen

Uit de telefonische enquête blijkt dat het merendeel van de respondenten een overwegend positief antwoord geeft op de vraag 'In hoeverre bent u bekend met de verplichtingen waar zorgaanbieders specifiek in de wijkverpleging aan moeten voldoen?'. 45% geeft aan hier 'zeer goed' van op de hoogte te zijn.



Figuur 27 De mate waarin zorgaanbieders zich hebben op de verplichtingen waar zij als zorgaanbieder in de wijkverpleging aan moeten voldoen (n=142).

Uit de verdiepende gesprekken blijkt echter dat wanneer wordt gevraagd naar verplichtingen om aan te voldoen in de wijkverpleging, specifiek het Kwaliteitskader, de helft van de respondenten hiermee niet bekend is. Voor vier gesprekspartners komt het Kwaliteitskader 'bekend voor' of zij geven aan zich er eerder in te hebben verdiept, maar kunnen geen aspecten noemen. Drie respondenten geven aan bekend te zijn met het Kwaliteitskader en noemen bijvoorbeeld 'goed registreren', 'goed met MIC-meldingen omgaan', en 'op de hoogte zijn van protocollen rond hygiëne'. Zorgverleners vinden van zichzelf dat zij een goede beoordeling kunnen maken van wat goede zorg is.



BIJLAGE 1 Telefonische enquête

Introductie

Goedemorgen/middag, u spreekt met van onderzoeksbureau I&O Research.

Spreek ik met de eigenaar van organisatie <xxx>?

1. Ja → Ik bel over het onderzoek waarover u onlangs een brief heeft gekregen. Heeft u ongeveer 15 minuten de tijd om mee te werken aan een telefonisch interview?
 - a. Indien geen brief ontvangen/niet gelezen, korte uitleg onderzoek*:
Tijd om interview af te nemen → door naar Screeningsvraag 1
 - b. Geen tijd om interview af te nemen → Wanneer zou het u uitkomen? → afspraak maken
 - c. Geen medewerking aan interview

2. Nee → Is er iemand anders aanwezig die ik van het bedrijf zou kunnen spreken?
 - a. Ja → zie hierboven
 - b. Nee → gesprek afronden

*Korte uitleg onderzoek:

De sector wijkverpleging is de laatste jaren flink in ontwikkeling. Het aantal cliënten neemt toe en de zorgvraag wordt steeds complexer. In de afgelopen jaren zijn veel nieuwe zorgaanbieders gestart in de wijkverpleging. Er is behoefte aan meer inzicht in de achterliggende redenen van deze nieuwe zorgaanbieders om in deze sector te starten. Dat is de reden dat VWS een onderzoek is gestart naar de motieven van startende zorgaanbieders in de sector wijkverpleging. Met dit onderzoek wordt landelijk in kaart gebracht hoe de sector wijkverpleging zich ontwikkelt, en wat motieven zijn voor nieuwe zorgaanbieders om te starten in de wijkverpleging. Het onderzoek wordt uitgevoerd door onderzoeksbureau Berenschot in samenwerking met I&O Research.

Screeningsvraag

1. Levert u wijkverpleging?

Definitie wijkverpleging: Verpleging en persoonlijke verzorging thuis vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) / Wet langdurige zorg (Wlz), dus geen Hulp bij Huishouden of begeleiding vanuit de Wmo.

Ja → 1a

Nee, ik lever geen wijkverpleging maar andere zorg/ondersteuning → Screen out (valt niet onder de doelgroep) – afsluitende tekst

Nee, ik ben inmiddels weer gestopt met het leveren van wijkverpleging → 1b

1a. Levert u wijkverpleging vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) of Wet langdurige zorg (Wlz)?

1. Vanuit de Zvw, ik lever (meerdere opties mogelijk):
 - a. Algemene wijkverpleging (wondverzorging, medicijnen, stomazorg, katheteriseren)
 - b. Kinderen (ernstige aandoeningen vanuit Zvw)
 - c. Palliatieve zorg
 - d. Casemanager dementie
 - e. Assistentie bij Dagelijkse Levensverrichtingen

2. Vanuit de Wlz, ik lever (meerdere opties mogelijk):
 - a. Volledig Pakket Thuis (VPT)
 - b. Modulair Pakket Thuis (MPT)

1b. Leverde u wijkverpleging vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) of Wet langdurige zorg (Wlz)?

- A. Vanuit de Zvw, ik leverde (meerdere opties mogelijk):
 - a. Algemene wijkverpleging (wondverzorging, medicijnen, stomazorg, katheteriseren)
 - b. Kinderen (ernstige aandoeningen vanuit Zvw)
 - c. Palliatieve zorg
 - d. Casemanager dementie
 - e. Assistentie bij Dagelijkse Levensverrichtingen

- B. Vanuit de Wlz, ik leverde (meerdere opties mogelijk):
 - a. Volledig Pakket Thuis (VPT)
 - b. Modulair Pakket Thuis (MPT)

Na 1b vervolgvragen over redenen stoppen.

**** specifieke vraag voor organisaties die ook weer gestopt zijn met het leveren van wijkverpleging****

- A. Wat is voor u de reden geweest om te stoppen (meerdere antwoorden mogelijk)?
 - a. Een eigen onderneming kost meer tijd / geld dan verwacht (sloot niet aan bij verwachtingen)
 - b. Ik had onvoldoende cliënten / uren
 - c. Ik was niet in staat om voldoende personeel aan te trekken
 - d. Anders
- B. Bent u nu weer in loondienst gegaan ergens anders?
 - a. Ja, volledig in loondienst
 - b. Ja, deels in loondienst
 - c. Nee

2. Op welke wijze levert u zorg?

- a. Zorg in natura
- b. Zorg via pgb
- c. Als particulier / private partij
- d. Anders

Start vragenlijst

3. Wat is de voornaamste reden dat u als zorgaanbieder bent gestart?

Open vraag --> interviewer indelen

A. Werkinhoudelijk:

1. Behoeftte aan meer autonomie (zelf bepalen hoe ik mijn werk doe / meer vrijheid / minder regels / geen leidinggevende)
2. Opleidings- en doorgroeimogelijkheden
3. Meer samenwerking met andere disciplines

B. Werkomstandigheden:

1. Behoeftte aan meer flexibiliteit rondom roosters (incl. diensten)
2. Hogere beloning
3. Lagere werkdruk

C. Overige redenen:

1. Vanwege de gunstige markt met veel vraag naar wijkverpleging
2. Op basis van goede voorbeelden om me heen (zelfversterkend effect)
3. Persoonlijke omstandigheden

D. Anders

4. Wat voor organisatievorm heeft uw onderneming?

- a. Ik heb een eenmanszaak met eigen cliënten
- b. Ik heb een eenmanszaak die wordt ingehuurd door andere zorgaanbieders om diensten op te vangen (geen eigen cliënten)
- c. Ik heb professionals in loondienst en eigen cliënten
- d. Een combinatie van bovenstaande
- e. Anders

5. Is het machtigsbeleid van zorgverzekeraars van invloed geweest om als zorgaanbieder te starten?

1. Ja, dat heeft me aangespoord om als zorgaanbieder te starten
2. Ja, dat heeft me ontmoedigd om als zorgaanbieder te starten
3. Nee dat is niet van invloed geweest
4. Weet ik niet

Toelichting machtigsbeleid: Een machtigsvereiste houdt in dat een verzekerde die zorg wil van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder daarvoor vooraf aan de zorgverzekeraar om toestemming moet vragen. Zorgverzekeraars mogen die eis stellen. Deze eis om vooraf toestemming te vragen draagt bij aan een efficiënt zorggebruik, omdat de zorgverzekeraar daarmee kan voorkomen dat de zorgaanbieder onnodig veel uren zorg gaat besteden. Een machtiging kan bijvoorbeeld nuttig zijn voor niet-gecontracteerde wijkverpleging nu onderzoek heeft aangetoond dat wijkverpleegkundige zorg verleend door niet-gecontracteerde zorgaanbieders gepaard gaat met hogere kosten voor de zorgverzekeraars²⁸. Bij een machtiging kan een medisch deskundige van de zorgverzekeraar de diagnose of indicatie met de zorgverlener bespreken om te beoordelen of deze rechtmatig en doelmatig vastgesteld is. Deze aanpak past bij de rol van zorgverzekeraars. Door middel van machtigingen weet de patiënt van te voren waar hij aan toe is; daarmee kan de zorgverzekeraar voorkomen dat de patiënt achteraf voor verrassingen komt te staan, bijvoorbeeld omdat de zorg niet vergoed wordt of de hij moet bijbetalen, of dat hij minder goede zorg ontvangt

6. Wat is de voornaamste reden dat u specifiek in de sector wijkverpleging actief bent?

Open vraag --> interviewer indelen

- a. Beter in staat kwaliteit te leveren dan in een instelling
- b. Groeiende markt vanwege toenemende vraag naar wijkverpleging
- c. Het is relatief eenvoudig om met wijkverpleging te starten
- d. Het is aantrekkelijk / leuk werk in de wijkverpleging
- e. Om een specifieke groep te bedienen vanuit culturele overwegingen
- f. Omdat ik voorheen ook actief was in de wijkverpleging
- g. Vanwege persoonlijke omstandigheden, bijvoorbeeld zorg leveren aan een familielid
- h. Anders

7. Wat zou de voornaamste reden zijn om in loondienst te gaan bij een zorginstelling?

Open vraag --> interviewer indelen

A. Werkinhoudelijk:

1. Behoeft aan meer kaders / leidinggevende
2. Opleidings- en doorgroeimogelijkheden
3. Meer samenwerking met andere disciplines

B. Werkomstandigheden:

1. Zekerheid omtrent uren / vast salaris
2. Lagere werkdruk
3. Secundaire arbeidsvoorwaarden (o.a. pensioen)
4. Een team van collega's
5. Geen administratieve lasten gerelateerd aan ondernemen

C. Overige redenen:

1. Vanwege de gunstige markt met veel vraag naar wijkverpleging
2. Op basis van goede voorbeelden om me heen
3. Persoonlijke omstandigheden

D. Geen reden

E. Anders

8. Hoe zou u uw achtergrond beschrijven?

- a. Ik ben voornamelijk zorgprofessional
- b. Ik ben voornamelijk ondernemer
- c. Ik ben beiden (50 | 50)
- d. Anders

9. Hoeveel cliënten heeft u op dit moment?

Getal opvragen

10. Heeft u de ambitie om meer cliënten te bedienen dan nu?

- a. Ja ik heb ambitie om te groeien
- b. Nee ik heb geen ambitie om te groeien
- c. Weet ik (nog) niet

11. In hoeverre werkt u samen met:

- a. Het sociaal domein, zoals de gemeente (1 niet - 5 veel)
- b. De huisarts (1 - 5)
- c. Collega wijkverpleegkundigen (1 - 5)
- d. Andere zorgprofessionals (1 - 5)

12. Wat is het voornaamste knelpunt dat u heeft ervaren om als zorgaanbieder te starten?

Open vraag --> interviewer indelen

A. Werkinhoudelijk:

1. Het binnenhalen/werven van werk is moeilijk
2. Voor werk sterk afhankelijk van één of enkele opdrachtgevers

B. Werkomstandigheden:

1. Zelf moeten zorgen voor pensioenvoorziening
2. Administratieve taken gerelateerd aan het hebben van een eigen onderneming
3. Ik moet als ondernemer aan veel wet- en regelgeving voldoen
4. Laag maandinkomen

C. Overige redenen:

1. Hoge verzekeringskosten
2. Onzekere inkomenssituatie bij onvoldoende werk
3. Onzekere inkomenssituatie bij ziekte/ arbeidsongeschiktheid
4. Ongunstige belastingregelingen

D. Geen knelpunten

E. Anders

13. In hoeverre slaagt u er in om voldoende gekwalificeerd personeel aan te trekken?

Vijfpuntschaal 1 - 5 (1 = helemaal niet goed - 5 = heel goed) + Niet van toepassing

14. In hoeverre bent u bekend met de verplichtingen waar zorgaanbieders in het algemeen aan moeten voldoen?

Transparantie eisen voor bijvoorbeeld administratie (toezicht), beschikken over een klachtenregeling, hebben van een geldige BIG-registratie en herregistratie hiervan, het bijhouden van een medisch dossier (combinatie Wet toelating zorginstellingen en wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg).

Vijfpuntschaal (1 = helemaal niet – 5 = volledig)

15. In hoeverre bent u bekend met de specifieke verplichtingen waar zorgaanbieders in de wijkverpleging aan moeten voldoen: het kwaliteitskader wijkverpleging?

Toelichting kwaliteitskader wijkverpleging: De inspectie ziet er op toe dat de zorg thuis van goede kwaliteit en veilig is. Wat goede zorg thuis is staat beschreven in het nieuwe kwaliteitskader Wijkverpleging. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd heeft haar manier van toetsen aangepast aan dit kwaliteitskader. Het toetsingskader bestaat uit een aantal normen en daarbij horende toetsingscriteria. Die zijn gebaseerd op wetten, richtlijnen en beroepsnormen. Bij de keuze van de normen is ook gekeken naar wat betrokken partijen zoals beroepsgroepen, brancheorganisatie(s) en cliëntvertegenwoordigers belangrijk vinden. Het cliëntenperspectief is het uitgangspunt van ons toezicht. Daarnaast kijken we naar de thema's Integrale zorg, Veilige zorg thuis, Professionele autonomie wijkverpleegkundige en Sturen op kwaliteit.

Vijfpuntschaal (1 = helemaal niet – 5 = volledig)

Afsluitende vraag: wilt u meewerken aan een verdiepend face-to-face interview?

Het betreft een face-to-face interview van ongeveer een uur bij u op locatie. Deze gesprekken zullen plaatsvinden in week 8, week 9 of week 10. Indien akkoord zal Berenschot u hiervoor benaderen voor 14 februari.

- a. Ja, hoe kunnen we u hier het beste voor benaderen?
- b. Nee

[outro: Dit waren de vragen. Namens Berenschot en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hartelijk dank voor uw medewerking en tijd. Ik wens u nog een fijne dag verder.]

BIJLAGE 2 Interviewleidraad

Beste mevrouw, meneer,

Allereerst dank dat u bereid bent om met ons in gesprek te gaan. In dit memo vindt u meer achtergrondinformatie bij het onderzoek dat Berenschot uitvoert en de bedoeling van het gesprek dat gepland staat.

Achtergrondinformatie

Berenschot voert in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dit onderzoek uit. Het onderzoek is erop gericht beter zicht te krijgen op wat motieven zijn van startende zorgaanbieders binnen de wijkverpleging in Nederland. Deze informatie helpt in het komen tot beleid op dit gebied.

Gespreksonderwerpen

Hieronder vindt u de gespreksonderwerpen en bijbehorende vragen waarover we het graag met u willen hebben. Daarnaast is er ook ruimte om zelf punten in te brengen die u belangrijk vindt voor dit onderzoek.

- Wat is uw achtergrond:
 - Hoe lang werkt u al in de zorg?
 - Waar werkte u hiervoor?
 - Wat voor zorg levert u?
 - Is dit het eerste bedrijf dat u start?
- Verdieping op de door u gegeven antwoorden in de telefonische enquête.
- Wat zijn uw reden(en) om te starten in de wijkverpleging en wat is uw ervaring hierin;
 - Wat is uw reden om als zorgaanbieder te starten? Wat zijn daarbij de afwegingen?
 - Wat is uw reden om ook weer te stoppen? Waarom denkt u dat mensen weer zouden stoppen?
 - Wat betekent 'autonomie' voor u?
 - Heeft u de ambitie om te groeien als zorgaanbieder, en waarom?
 - Wat verstaat u onder groeien (aantal cliënten – aantal uren etc.)?
- Keuzes in zorgverlening;
 - Waarom heeft u gekozen voor deze organisatievorm?
 - Wat zijn uw meningen en achterliggende overtuigingen;
 - Verleent u bewust zorg aan specifieke doelgroepen? Zijn dit de dezelfde cliënten als hiervoor / zelfde groepen?
 - Levert u bewust andere zorg?
 - Bent u zich gaan specialiseren?
 - Waarom bent u in de wijkverpleging gestart? (Is dit al dan niet bewuste keuze)
 - Is er samenhang tussen de redenen om als zorgaanbieder te starten en de gekozen organisatievorm?
 - Wat zijn uw verwachtingen, behoeften en drijfveren bij het leveren van zorg in de wijkverpleging?
 - Hoe ziet u de toekomst voor u (denk aan groei, of verwacht u bijvoorbeeld dat er belemmeringen gaan komen)?
 - Zou u nu weer dezelfde keuzes maken?
- Knelpunten
 - Welke knelpunten heeft u ervaren (of juist niet) om als startende ondernemer in de zorg aan de gang te kunnen gaan.
 - Hoe makkelijk of moeilijk is het geweest om te beginnen in de wijkverpleging?
 - Wat maakte het zo makkelijk of moeilijk?
 - Hoe komt u aan uw cliënten/patiënten?
 - Waarom kiest u ervoor om wel of geen eigen cliënten/patiënten te hebben?
 - Wanneer eindigt de zorgverlening aan een cliënt/patiënt?
- Eisen wijkverpleging
 - Hoe ervaart u als startende zorgaanbieder de samenwerking met andere zorgprofessionals/zorgorganisaties/het sociaal domein?
 - Wat valt onder andere zorgaanbieders?
 - Bent u in staat om (voldoende) gekwalificeerd personeel aan te trekken?
 - Bent u bekend met de verplichtingen waar zorgaanbieders in het algemeen aan moeten voldoen?
 - Bent u bekend met de eisen vanuit het Kwaliteitskader wijkverpleging? Hoe gaat u hiermee om?

- Welke eisen / verplichtingen vond u lastig om aan te voldoen of moeilijk om in het vizier te krijgen?
- Hoe borgt u het voldoen aan deze eisen?
 - Heeft u daarbij hulp / ondersteuning van een (externe) partij?

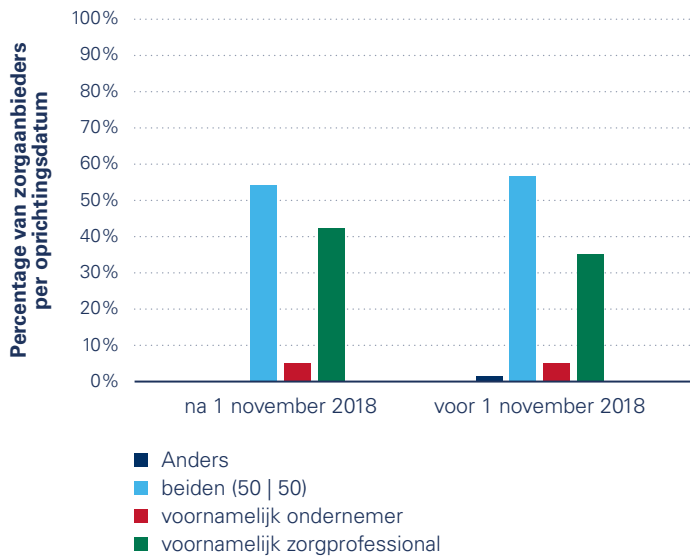
Tot slot

Het gesprek zal maximaal een uur duren. Bij de start van het gesprek lichten we deze informatie nog even toe. Mochten er zaken onduidelijk zijn kunnen we hier dan op ingaan, zodat we met elkaar een prettig gesprek kunnen voeren. Mocht u vooraf vragen hebben, dan kunt u altijd contact opnemen met Véronne de Vrind (v.devrind@berenschot.nl) of Lonneke Taks (l.taks@berenschot.nl) van Berenschot.

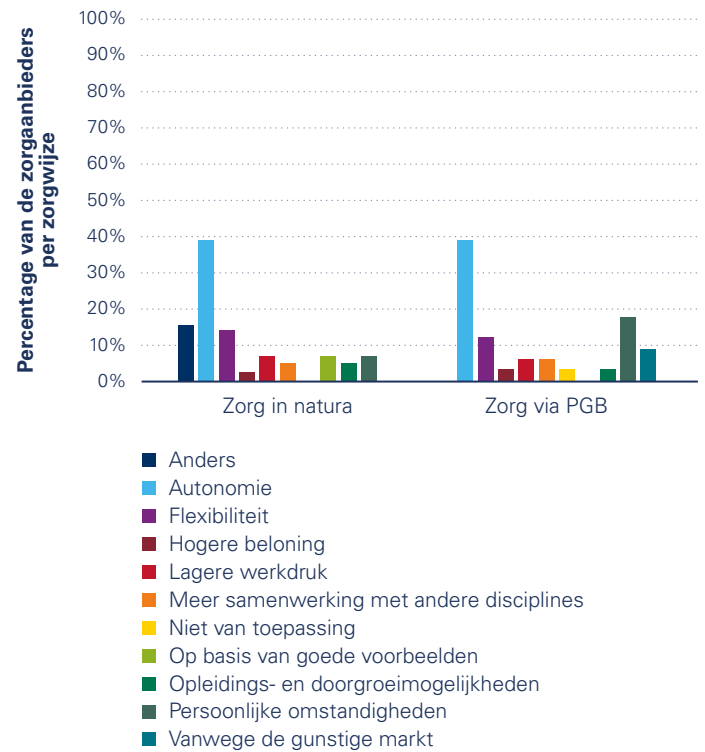
Met vriendelijke groet, namens Berenschot,

Bram Berkhout
Lonneke Taks
Véronne de Vrind
Emma Zwaveling

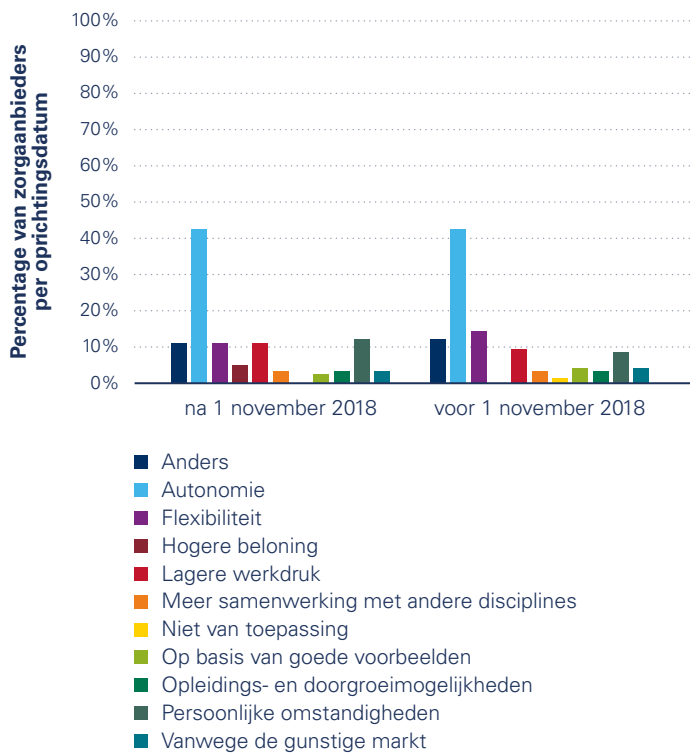
BIJLAGE 3 Overige resultaten enquête



Figuur 28 Achtergrond van ondernemers uitgesplitst naar oprichtingsdatum



Figuur 30 Motieven om te starten als zorgaanbieder uitgesplitst naar de zorgwijze waarmee zorg geleverd wordt.



Figuur 29 Motieven om te starten als zorgaanbieder uitgesplitst naar oprichtingsdatum.

Ervaren knelpunten	Na 1 nov. 2018	Voor 1 nov. 2018
Geen knelpunten	31%	29%
Ik moet als ondernemer aan veel wet- en regelgeving voldoen	11%	16%
Onzekere inkomstensituatie bij ziekte/arbeidsongeschiktheid	9%	12%
Voor werk sterk afhankelijk van één of enkele opdrachtgevers	5%	9%
Ongunstige belastingregelingen	5%	8%
Het binnenhalen/werven van werk is moeilijk	3%	6%
Zelf moeten zorgen voor pensioenvoorziening	5%	6%
Administratieve taken gerelateerd aan het hebben van een eigen onderneming	15%	5%
Anders	8%	5%
Onzekere inkomstensituatie bij onvoldoende werk	6%	1%
Hoge verzekeringskosten	3%	1%
Niet van toepassing	0%	1%

Tabel 11 Ervaren knelpunten als startende ondernemer uitgesplitst naar oprichtingsdatum.

Reden om in de wijkverpleging te starten	Na 1 nov. 2018	Voor 1 nov. 2018
Beter in staat kwaliteit te leveren dan in een instelling	11%	16%
Het is aantrekkelijk / leuk werk in de wijkverpleging	15%	11%
Omdat ik voorheen ook actief was in de wijkverpleging	11%	6%
Groeiende markt vanwege toenevende vraag naar	5%	4%
Vanwege persoonlijke omstandigheden, bijvoorbeeld zorg	2%	6%
Anders	2%	6%
Niet van toepassing	0%	2%
Om een specifieke groep te bedienen vanuit culturele	0%	2%
Het is relatief eenvoudig om met wijkverpleging te starten	0%	1%

Tabel 12 Voornaamste reden om specifieke in de wijkverpleging te starten uitgesplitst naar oprichtingsdatum.

Reden om in de wijkverpleging te starten	Zorg in natura	Zorg via pgb
Beter in staat kwaliteit te leveren dan in een instelling	16%	16%
Het is aantrekkelijk / leuk werk in de wijkverpleging	14%	10%
Omdat ik voorheen ook actief was in de wijkverpleging	13%	4%
Groeiende markt vanwege toenevende vraag naar	3%	6%
Vanwege persoonlijke omstandigheden, bijvoorbeeld zorg	6%	3%
Anders	4%	3%
Om een specifieke groep te bedienen vanuit culturele	1%	1%

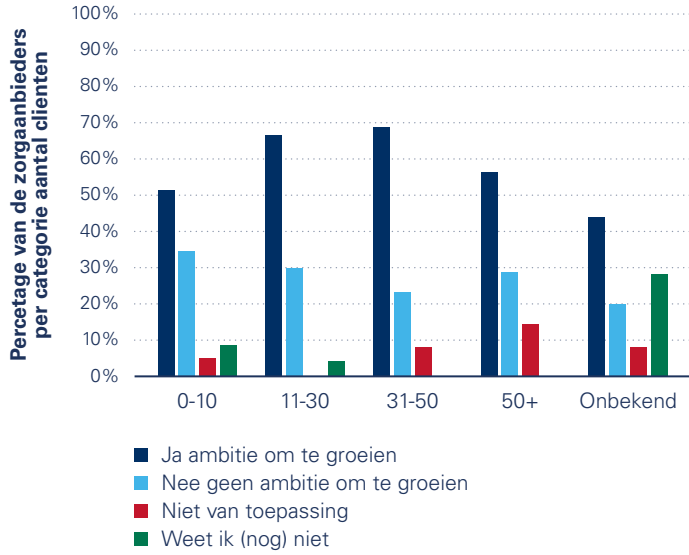
Tabel 13 Voornaamste reden om specifieke in de wijkverpleging te starten uitgesplitst naar zorgwijze.

Reden om in de wijkverpleging te starten	Landelijk	Randstad
Beter in staat kwaliteit te leveren dan in een instelling	11%	15%
Het is aantrekkelijk / leuk werk in de wijkverpleging	13%	13%
Omdat ik voorheen ook actief was in de wijkverpleging	7%	10%
Groeiende markt vanwege toenevende vraag naar	4%	5%
Vanwege persoonlijke omstandigheden, bijvoorbeeld zorg	2%	6%
Anders	3%	5%
Niet van toepassing	1%	1%
Om een specifieke groep te bedienen vanuit culturele	1%	1%
Het is relatief eenvoudig om met wijkverpleging te starten	1%	0%

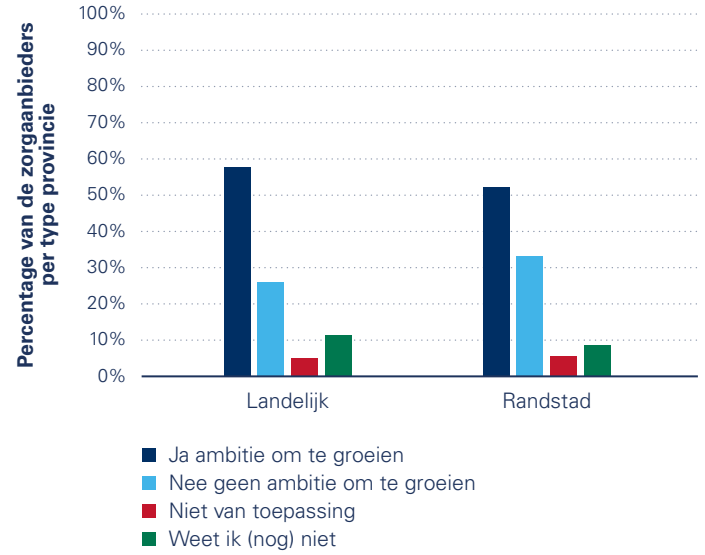
Tabel 14 Voornaamste reden om specifieke in de wijkverpleging te starten uitgesplitst naar type Randstad, waarbij Noord-Holland, Zuid-Holland en Utrecht tot Randstad zijn gecategoriseerd.

Ervaren knelpunten	Landelijk	Randstad
Geen knelpunten	32%	28%
Ik moet als ondernemer aan veel wet- en regelgeving voldoen	16%	11%
Onzekere inkomstsituatie bij ziekte/arbeidsongeschiktheid	13%	9%
Administratieve taken gerelateerd aan het hebben van een eigen onderneming	8%	11%
Het binnenhalen/werven van werk is moeilijk	6%	4%
Zelf moeten zorgen voor pensioenvoorziening	6%	5%
Voor werk sterk afhankelijk van één of enkele	5%	9%
Hoge verzekeringskosten	3%	1%
Ongunstige belastingregelingen	3%	9%
Anders	3%	9%
Onzekere inkomenssituatie bij onvoldoende werk	2%	5%
Niet van toepassing	2%	0%

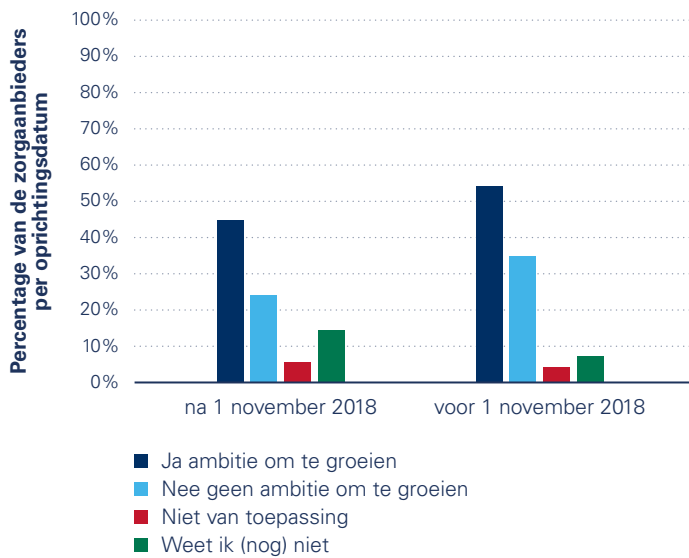
Tabel 15 Ervaren knelpunten als startende ondernemer uitgesplitst naar type provincie, waarbij Noord-Holland, Zuid-Holland en Utrecht tot Randstad zijn gecategoriseerd.



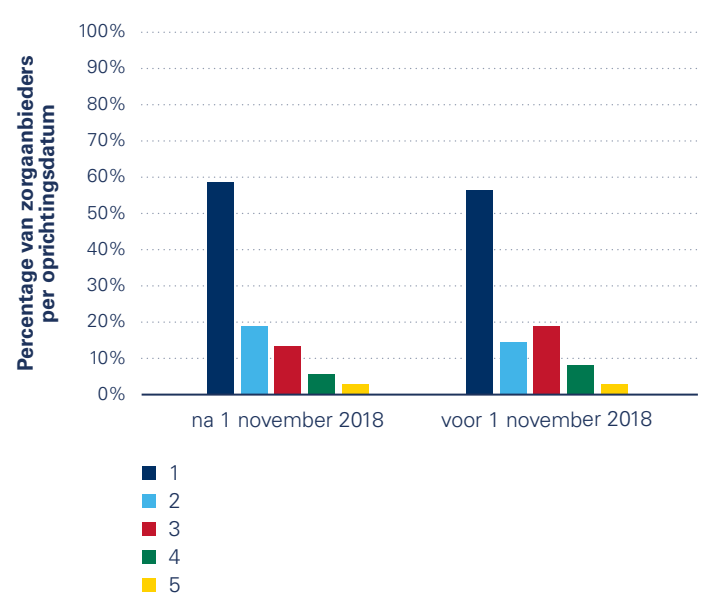
Figuur 31 De ambitie om te groeien uitgezet naar het aantal cliënten waar zorg aan wordt verleend.



Figuur 33 Ambitie om te groeien uitgesplitst naar type provincie, waarbij Noord-Holland, Zuid-Holland en Utrecht tot Randstad zijn gecategoriseerd.



Figuur 32 De ambitie om te groeien uitgesplitst naar oprichtingsdatum.



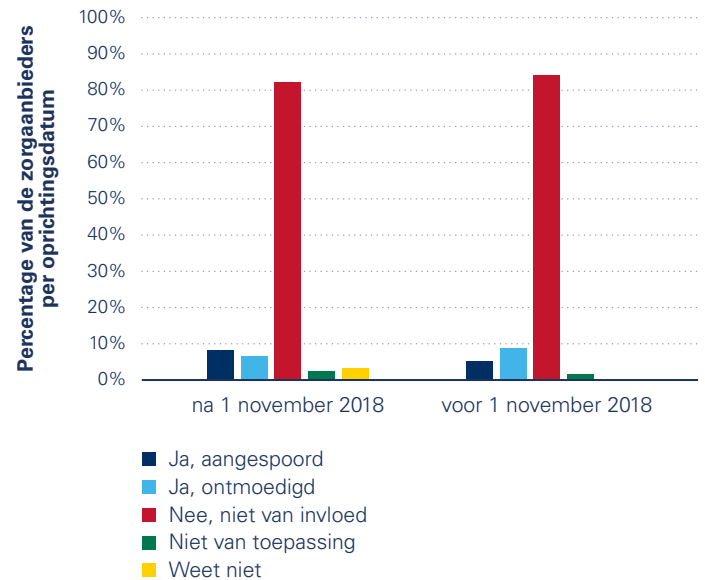
Figuur 34 Organisatievorm van de zorgaanbieders uitgesplitst naar oprichtingsdatum. 1: een eenmanszaak die wordt ingehuurd door andere, 2: een eenmanszaak met eigen cliënten, 3: combinatie van genoemde organisatievormen, 4: professionals in loondienst en eigen cliënten, 5: anders.

Reden om weer in loondienst te gaan	na 1 nov 2018	voor 1 nov 2018
Geen reden	25%	26%
Zekerheid omtrent uren / vast salaris	22%	16%
Secundaire arbeidsvoorwaarden (o.a. pensioen)	10%	12%
Opleidings- en doorgroeimogelijkheden	8%	8%
Geen administratieve lasten gerelateerd aan ondernemen	5%	7%
Op basis van goede voorbeelden om me heen	5%	1%
Lagere werkdruk	5%	5%
Een team van collega's	5%	5%
Persoonlijke omstandigheden	5%	7%
Vanwege de gunstige markt met veel vraag naar	3%	0%
Anders	3%	3%
Meer samenwerking met andere disciplines	3%	5%
Niet van toepassing	2%	4%

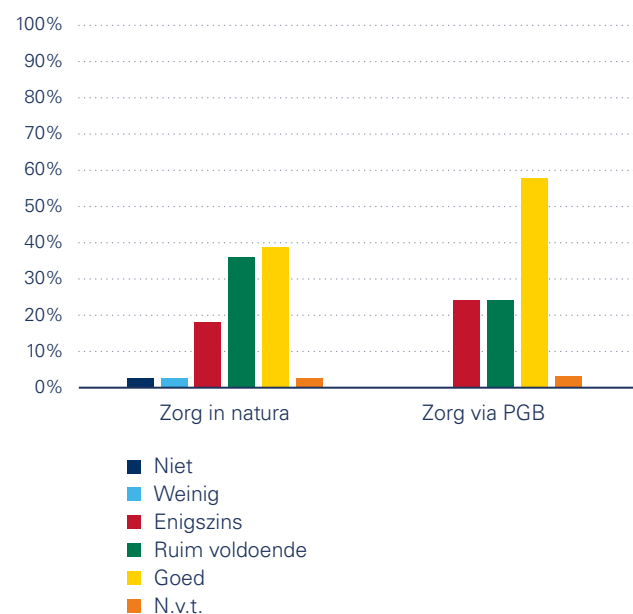
Tabel 16 Reden om weer in loondienst te gaan uitgesplitst naar oprichtingsdatum

Reden om weer in loondienst te gaan	Zorg in natura	Zorg via PGB
Geen reden	29%	27%
Secundaire arbeidsvoorwaarden (o.a. pensioen)	7%	20%
Geen administratieve lasten gerelateerd aan ondernemen	10%	10%
Zekerheid omtrent uren / vast salaris	19%	10%
Opleidings- en doorgroeimogelijkheden	7%	10%
Persoonlijke omstandigheden	2%	7%
Niet van toepassing	2%	7%
Vanwege de gunstige markt met veel vraag naar	0%	3%
Meer samenwerking met andere disciplines	5%	3%
Een team van collega's	7%	3%
Anders	2%	0%
Op basis van goede voorbeelden om me heen	5%	0%
Lagere werkdruk	5%	0%

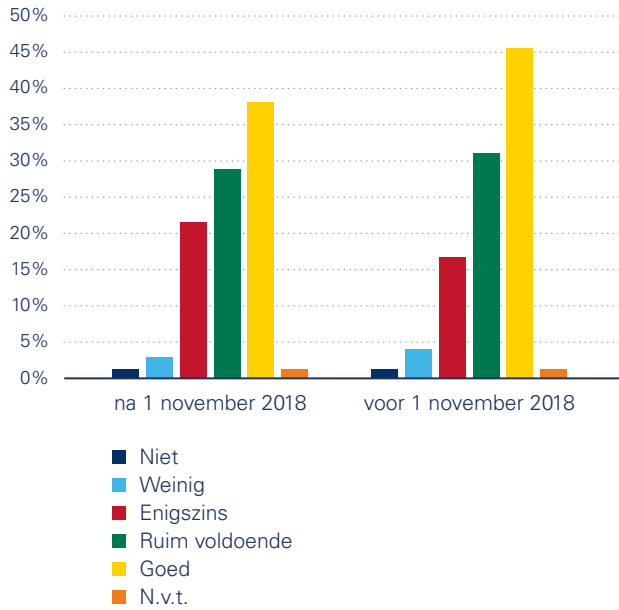
Tabel 17 Reden om weer in loondienst uitgesplitst naar zorgvorm



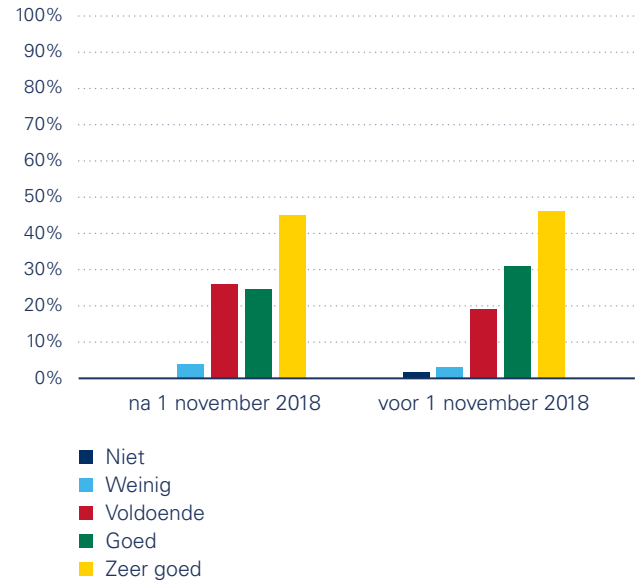
Figuur 35 Invloed machtingsbeleid per oprichtingsdatum.



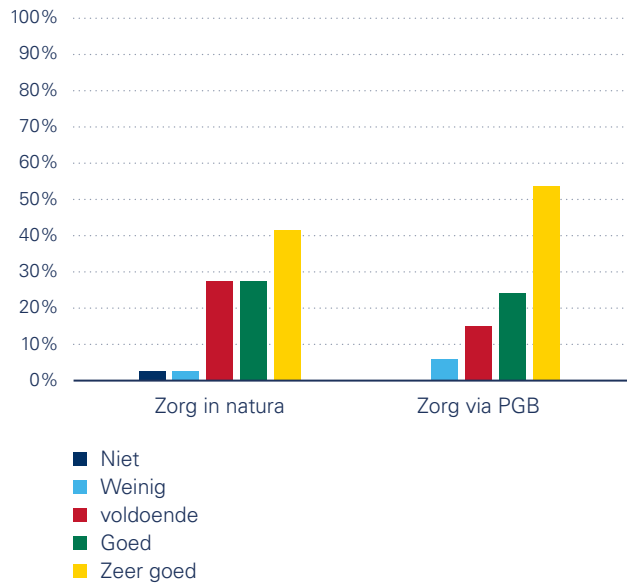
Figuur 36 De mate waarin zorgaanbieders zien hebben op de verplichtingen waar zij als zorgaanbieder in het algemeen aan moeten voldoen per wijze van zorg verlenen (n=77).



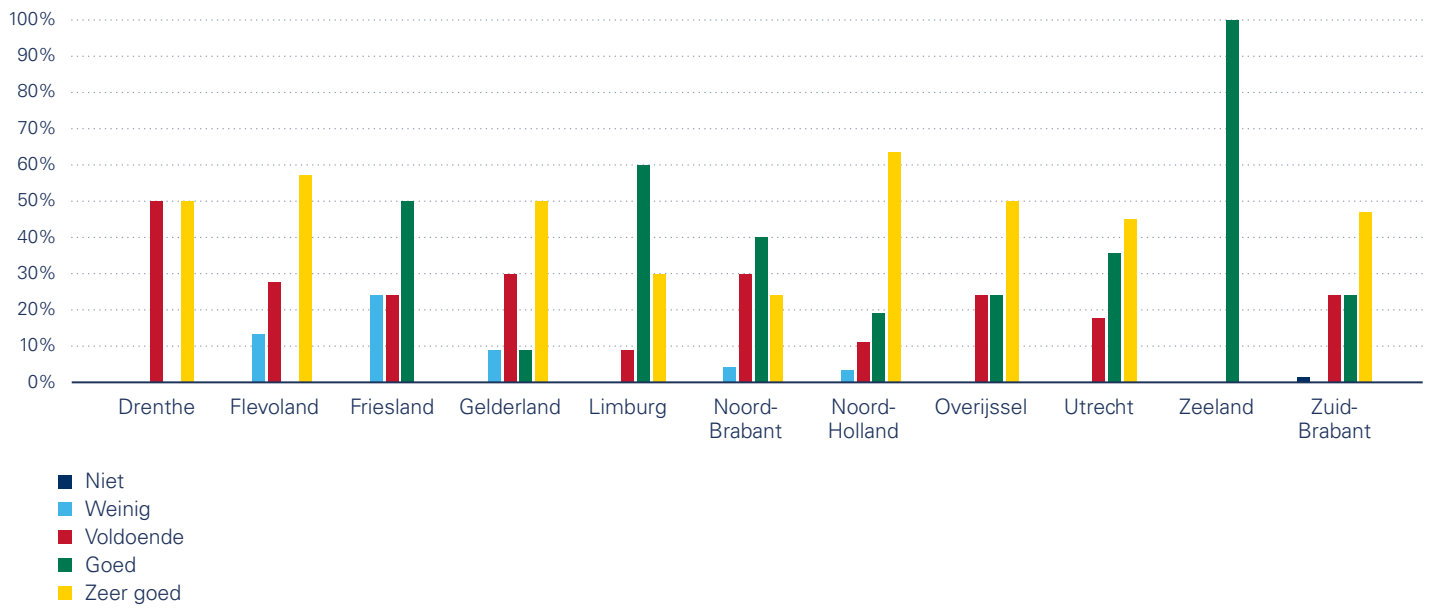
Figuur 37 De mate waarin zorgaanbieders zicht hebben op de verplichtingen waar zij als zorgaanbieder in het algemeen aan moeten voldoen naar groep van oprichtingsdatum (n=142).



Figuur 39 De mate waarin zorgaanbieders zicht hebben op de verplichtingen waar zij als zorgaanbieder specifiek in de wijkverpleging aan moeten voldoen naar oprichtingsdatum (n=142).



Figuur 38 De mate waarin zorgaanbieders zicht hebben op de verplichtingen waar zij als zorgaanbieder specifiek in de wijkverpleging aan moeten voldoen uitgesplitst naar wijze van zorg verlenen (n=77).



Figuur 40 De mate waarin zorgaanbieders zicht hebben op de verplichtingen waar zij als zorgaanbieder specifiek in de wijkverpleging aan moeten voldoen naar provincie (n=142).



BIJLAGE 4 Bestudeerde documenten deskresearch

Titel	Organisatie	Link
Nieuwsbericht Zorgverzekeraars: 'Rem op grote instroom kleine aanbieders wijkverpleging' (2019)	Zorgverzekeraars Nederland	https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=4222255104
Stand van zaken Toezicht op zorg thuis (2019)	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	https://www.igj.nl/documenten/brochures/2019/03/07/stand-van-zaken-toezicht-op-zorg-thuis
Kwaliteitseisen vaak niet bekend bij nieuwe of nog onbekende zorgverzekeraars (2018)	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	https://www.igj.nl/documenten/rapporten/2018/09/25/factsheet-kwaliteitseisen-vaak-niet-bekend-bij-nieuwe-of-nog-onbekende-zorgaanbieders
Onderzoek onder nieuwe zorgondernemers naar het bewustzijn van en kennis over de kwaliteitseisen in de zorg (2018)	Quatro	https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/03/01/onderzoek-onder-nieuwe-zorgondernemers-naar-het-bewustzijn-van-en-kennis-over-de-kwaliteitseisen-in-de-zorg
Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2018	Vektis	https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/09/03/ontwikkelingen-niet-gecontracteerde-wijkverpleging-2016-2018
De redenen waarom zzp'er in zijn in de zorg zo populair is geworden (2018)	SoloPartners	https://www.solopartners.nl/nieuws/de-redenen-waarom-zzper-zijn-in-de-zorg-zo-populair-is-geworden/
Dit is wat zzp'ers in de zorg te bieden hebben aan de zorgsector (2018)	SoloPartners	https://www.solopartners.nl/nieuws/dit-is-wat-zzpers-in-de-zorg-te-bieden-hebben-aan-de-zorgsector/
Kritische verhouding vast/flex onvermijdelijk gevolg van uitstroom professionals (okt. 2018)	SoloPartners	https://www.solopartners.nl/nieuws/kritische-verhouding-vast-flex-onvermijdelijk-gevolg-van-uitstroom-professionals/
Onderzoek: zzp'ers in de zorg doen het niet voor het geld (nov. 2018)	SoloPartners	https://www.solopartners.nl/nieuws/onderzoek-zzpers-in-de-zorg-doen-het-niet-voor-het-geld/
Achter iedere zzp'er zit een ervaren zorgprofessional. Zie jij hem ook? (juni 2019)	SoloPartners	https://www.solopartners.nl/nieuws/achter-iedere-zzper-zit-een-ervaren-zorgprofessional-zie-jij-hem-ook/
13.000 zorgverleners verwisselden in 2018 dienstverband voor ondernemerschap (jan..2019)	SoloPartners	https://www.solopartners.nl/nieuws/enorme-stijging-in-startende-zzpers-in-de-zorg/
Waarom ik als zzp'er in de zorg niet meer in loondienst wil (nov. 2019)	SoloPartners	https://www.solopartners.nl/nieuws/waarom-ik-als-zzper-in-de-zorg-niet-meer-in-loondienst-wil/
Waar hebben zorgprofessionals behoefte aan? (dec. 2018)	SoloPartners	https://www.solopartners.nl/nieuws/waar-hebben-zorgprofessionals-behoefte-aan/
Wanneer gaan we van #ikzorg naar #ikbeslis? (juni 2019)	SoloPartners	https://www.solopartners.nl/nieuws/wanneer-gaan-we-van-ikzorg-naar-ikbeslis/
Zorgprofessionals op ramkoers met zorgpolder (sep. 2019)	SoloPartners	https://www.solopartners.nl/nieuws/zorgprofessionals-op-ramkoers-met-zorgpolder/
De voornaamste redenen om als zzp'er te werken in de zorg (maart 2018)	SoloPartners	https://www.solopartners.nl/kennisbank/dit-zijn-de-voornaamste-redenen-om-zelfstandig-te-werken-de-zorg/
Redenen om geen contract aan te gaan in de wijkverpleging: een verdiepend onderzoek (aug. 2019)	Arteria Consulting	https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2019Z16859&did=2019D34979
Keuzevrijheid in de wijkverpleging (2018)	Arteria Consulting	https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/02/16/keuzevrijheid-in-de-wijkverpleging
Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen (2015)	Kiwa	https://www.eerstekamer.nl/overig/20151102/vraag_en_aanbod_van/document

Titel	Organisatie	Link
Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019-2022 (2018)	ActiZ, Branchevereniging BTN (nu Zorgthuis.nl), Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, minister van VWS	https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/06/06/hoofdlijnenakkoord-wijkverpleging-2019-2022
Leidraad Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging	ActiZ, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, VNG, VWS, ZN en Zorgthuis.nl	https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/02/28/leidraad-herkenbare-en-aanspreekbare-wijkverpleging
Plan van aanpak Doorontwikkeling bekostigingsmodel wijkverpleging (2016)	Nederlandse Zorgautoriteit	https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2019/03/20/nza-werkt-aan-nieuwe-bekostiging-wijkverpleging
Voortgangsrapportage Doorontwikkeling bekostiging wijkverpleging (2019)	Nederlandse Zorgautoriteit	https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2019/03/20/nza-werkt-aan-nieuwe-bekostiging-wijkverpleging
Groeiend aantal zzp'ers in de zorg: 'Alleen zo hou ik dit werk nog vol' (2018)	Nieuwsuur	https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2246980-groeiend-aantal-zzp-ers-in-de-zorg-alleen-zo-hou-ik-dit-werk-nog-vol.html
Kamerbrief over wetsvoorstel bevorderen contracteren, 25 oktober 2019	Ministerie van VWS	https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/10/25/kamerbrief-over-wetsvoorstel-bevorderen-contracteren
Bekostiging en toekomstperspectief in wijkverpleging (2019)	Ministerie van VWS	https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/05/14/kamerbrief-over-bekostiging-en-toekomstperspectief-voor-de-wijkverpleging
Stand van zaken wijkverpleging (2019)	Ministerie van VWS	https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/09/05/kamerbrief-over-stand-van-zaken-wijkverpleging
Maatregelen om te bevorderen dat geld dat bedoeld is voor de zorg daadwerkelijk wordt besteed aan zorg (2019)	Ministerie van VWS	https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/10/17/kamerbrief-over-maatregelen-om-te-bevorderen-dat-geld-dat-bedoeld-is-voor-de-zorg-daadwerkelijk-wordt-besteeld-aan-zorg
2e Voortgangsrapportage rechtmatige zorg 2018-2021 - Aanpak van fouten en fraude (2019)	Ministerie van VWS	https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/09/26/kamerbrief-over-twee-de-voortgangsrapportage-rechtmatige-zorg-2018-2021
Rapport infrastructuur en applicatie wijkverpleging (2019)	Nictiz	https://www.nictiz.nl/rapporten/34849/
Wijkverplegers winnen zorgtijd met elektrische fiets (2019)	Fok	https://frontpage.fok.nl/nieuws/826155/1/1/50/wijkverplegers-winnen-zorgtijd-met-elektrische-fiets.html
5-minutenregistratie in de zorg blijkt hardnekkig (2019)	Volkskrant	https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/5-minutenregistratie-in-de-zorg-blijkt-hardnekkig~b0b7ac7b/
Verpleegkundigen worstelen met registratieplicht: 'Even overleggen met de huisarts, dat moeten we verantwoorden' (2019)	Volkskrant	https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/verpleegkundigen-worstelen-met-registratieplicht-even-overleggen-met-de-huisarts-dat-moeten-we-verantwoorden~b85747f4/?referer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F
Wijkverpleging gaat op de schop in Twente: organisaties slaan handen ineen (2019)	Tubantia	https://www.tubantia.nl/regio/wijkverpleging-gaat-op-de-schop-in-twente-organisaties-slaan-handen-ineen~a1882a36/?referrer=https://www.google.com/
Gebruik wijkverpleging laat grote regionale verschillen zien (2018)	Skipr	https://www.skipr.nl/nieuws/gebruik-wijkverpleging-laat-grote-regionale-verschillen-zien/
Zorgverzekeraars bevrijden wijkverpleging van lange controletermijn (2019)	Skipr	https://www.skipr.nl/nieuws/zorgverzekeraars-bevrijden-wijkverpleging-van-lange-controletermijn/

Titel	Organisatie	Link
PREM wijkverpleging	ActiZ	https://www.actiz.nl/nieuws/actiz-publiceert-infographic-prem-wijkverpleging
(Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek	Arteria Consulting	https://arteriaconsulting.nl/onderzoek-naar-gecontracteerde-zorg-wijkverpleging-jan-18/
Tekort aan wijkverpleegkundigen zorgt voor toename van zzp-wijkverpleegkundigen (2018)	Duobos	https://www.duobus.nl/nieuws/n:41:t:tekort-aan-wijk-verpleegkundigen-zorgt-voor-toename-van-zzp-wijkverpleegkundigen
Kamerbrief 'derde voortgangsrapportage Werken in de zorg', 20 december 2019	Ministerie van VWS	https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/12/20/kamerbrief-over-3e-voortgangsrapportage-werken-in-de-zorg
Kamerbrief 'stand van de wijkverpleging', 2 maart 2020	Ministerie van VWS	https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/02/kamerbrief-met-stand-van-zaken-wijkverpleging
Kamerbrief 'flexibilisering arbeidsmarkt in de zorg', 10 februari 2020	Ministerie van VWS	https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2020/02/10/kamerbrief-over-flexibilisering-arbeidsmarkt-in-de-zorg

Tabel 18 Bronnenlijst



Berenschot

Berenschot is een onafhankelijk organisatieadviesbureau met 350 medewerkers wereldwijd. Al 80 jaar verrassen wij onze opdrachtgevers in de publieke sector en het bedrijfsleven met slimme en nieuwe inzichten. We verwerven ze en maken ze toepasbaar. Dit door innovatie te koppelen aan creativiteit. Steeds opnieuw. Klanten kiezen voor Berenschot omdat onze adviezen hen op een voorsprong zetten.

Ons bureau zit vol inspirerende en eigenwijze individuen die allen dezelfde passie delen: organiseren. Ingewikkelde vraagstukken omzetten in werkbare constructies. Door ons brede werkerrein en onze brede expertise kunnen opdrachtgevers ons inschakelen voor uiteenlopende opdrachten. En zijn we in staat om met multidisciplinaire teams alle aspecten van een vraagstuk aan te pakken.

Berenschot Groep B.V.

Europalaan 40, 3526 KS Utrecht
Postbus 8039, 3503 RA Utrecht
030 2 916 916
www.berenschot.nl
[in /berenschot](https://www.linkedin.com/company/berenschot)