

Journal of Social Intervention: Theory and Practice –
2013 – Volume 22, Issue 2, pp. 149–166
URN:NBN:NL:UI:10-1-114587

ISSN: 1876-8830

URL: <http://www.journalsi.org>

Publisher: Igitur publishing, in cooperation
with Utrecht University of

Applied Sciences, Faculty of Society and Law

Copyright: this work has been published under a
Creative Commons Attribution-Noncommercial-No
Derivative Works 3.0 Netherlands License

Drs. C.G.M. Robbe-Ansems is senior lecturer
Sociology at Avans University of Applied Sciences,
's-Hertogenbosch. With a special interest for
interpersonal relations and new labour patterns, she now
works on her thesis on the subject of the self-employed
healthcare professional – patient dyad.

Dr. W. de Lange is professor HRM at Avans University
of Applied Sciences, 's-Hertogenbosch and Breda. In
addition, he is an independent researcher in the field of
HRM and editor-in-chief of "Tijdschrift voor HRM".

Professor dr. M.J.D. Schalk is a faculty member
of the Department of Human Resource Studies
at Tilburg University and holds a special chair
in Policy and Aging at Tilburg University. He is
extraordinary professor at the Faculty of Economic
and Management Sciences and the Workwell
Research Unit for People, Policy and Performance
at the Potchefstroom Campus of North West
University in South Africa. His research focuses on
organizations and employees, with a special interest
for psychological contracts, international differences,
policy issues, and aging.

Correspondence to: C.G.M. Robbe-Ansems, P.O. Box
732, 5201 AS, 's-Hertogenbosch, the Netherlands

E-mail: cgm.robbe-ansems@avans.nl,

wam.delange@avans.nl, m.j.d.schalk@uvt.nl

Received: 1 October 2012

Accepted: 13 May 2013

Category: Theory

INEKE ROBBE-
ANSEMS, WILLEM
DE LANGE, RENE
SCHALK

DE ZELFSTANDIGE ZORGPROFESSIONAL: EEN VERKENNING

ABSTRACT

The self-employed healthcare professional: exploring a new phenomenon

In home care, the number of *self-employed* healthcare professionals is growing. This is a new and hardly investigated phenomenon. Why do healthcare professionals choose to be self-employed? And since they are not employees in a healthcare organization, how should we define their relationship with a patient/client? Exploring these questions guided by the concepts of *care* and *labour* has led to some preliminary results. Discontentment with the introduction of free market

DE ZELFSTANDIGE ZORGPROFESSIONAL: EEN VERKENNING

principles in healthcare and/or new opportunities due to this introduction may be reasons why healthcare professionals decide to become self-employed. The dyad self-employed healthcare professional – patient (that can be described as a interpersonal, professional care relationship) appears to be part of two triads: a care triad and a healthcare market triad. A framework for future research concludes this article.

Keywords

Self-employed healthcare professional, dyad self-employed healthcare professional – patient/client, care-triad, health market-triad

SAMENVATTING

De zelfstandige zorgprofessional: een verkenning

Zelfstandige zorgprofessionals zijn een nieuw, in aantallen groeiend, maar nog nauwelijks onderzocht fenomeen. Waarom kiezen zorgprofessionals voor het zzp'erschap? En hoe moeten we de relatie van deze niet aan een zorgorganisatie verbonden zorgprofessional met een zorgvrager eigenlijk typeren? Met als leidraad de begrippen *zorg* en *arbeid* heeft onze verkenning enkele voorlopige resultaten opgeleverd. Onvrede over de gevolgen van de marktwerking in de zorg, maar ook mogelijkheden als gevolg van diezelfde marktwerking zouden de keuze van zelfstandige zorgprofessionals kunnen verklaren. De dyade zelfstandige zorgprofessional – zorgvrager, die we als een inter-persoonlijke, professionele zorgverleningrelatie kunnen omschrijven, lijkt deel uit te maken van twee triades: een zorgtriade en een zorgmarkttriade. Het artikel wordt besloten met een ontwerp waarmee de dyade zelfstandige zorgprofessional – zorgvrager nader bestudeerd kan worden.

Trefwoorden

Zelfstandige zorgprofessional, relatie zelfstandige zorgprofessional – zorgvrager, zorgtriade, zorgmarkttriade

INLEIDING

In de zorg en meer in het bijzonder in de care¹, is een tamelijk nieuw en in aantallen groeiend fenomeen herkenbaar: de zelfstandige zorgprofessional. Met de zelfstandige zorgprofessional bedoelen wij de veelal ervaren, niet aan enige zorgorganisatie verbonden verpleegkundige en/

of verzorgende die in de eigen thuissituatie van een zorgvrager zorg biedt, vaak als aanvulling op, dan wel ondersteund door mantelzorgers en/of andere professionele zorgverleners. Over deze zelfstandige zonder personeel (zzp'er)² in de zorg, die we vanwege haar middelbare, dan wel hogere opleidingsniveau als *professional* kunnen typeren (De Feijter, 2010; Dekkers & Kösters, 2010; Kösters, 2009; PricewaterhouseCoopers, 2009), is echter nauwelijks iets bekend. Zijn dit misschien verpleegkundigen die, volgens de statistieken althans, ver voor hun pensioengerechtigde leeftijd het vak verlaten (Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), 2012; Van der Velde & Van der Wind, 2009)? Maar als dat het geval is hebben zij niet hun vak verlaten, maar alleen hun dienstverband met de zorginstelling opgezegd. Zorgorganisaties overigens, die nu al kampen met een tekort aan gekwalificeerd personeel (Hellenthal, 2012; NEXT-Study, 2010); een problematiek die naar verwachting tot 2040 alleen maar groter zal worden vanwege een toenemende en wezenlijk andere zorgvraag en een afnemend aanbod van zorgpersoneel (Eggink, Oudijk, Woittiez & Ross, 2010; Raas, 2010; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), 2010a, 2010b; Vermeend & Van Boxtel, 2010; Zorginnovatieplatform, 2009). Mogelijke oplossingen hiervoor richten zich nu vooral op de geïnstitutionaliseerde zorg, en op de praktische uitwerking van concepten zoals de inzet van mantel- en buurtzorg.

Of ook zelfstandige zorgprofessionals hieraan hun bijdrage (kunnen) leveren en welke bijdrage dat dan kan zijn, is echter nog niet onderzocht. Daarvoor zullen we eerst moeten weten waarom zij buiten de geïnstitutionaliseerde zorg werken. En moeten we ook meer inzicht krijgen in de rol en positie die deze zelfstandige zorgprofessionals nu in de zorg innemen. Het "gat" in onze kennis over zelfstandige zorgprofessionals vraagt om opvulling.

Voor een eerste verkenning van dit nog vrijwel onontgonnen onderzoeksgebied zijn we allereerst nagegaan of de literatuur ons inzicht kan geven in de vraag waarom een zorgprofessional voor het zzp'erschap zou kiezen. Vervolgens hebben we ons – vanwege het ontbreken van een dienstverband – afgevraagd hoe de dyade zelfstandige zorgprofessional – zorgvrager in de care kan worden getypeerd. Welke componenten spelen daarin een rol, en welke (omgevings)factoren zijn daarop van invloed?

In onze zoektocht naar antwoorden hebben twee begrippen als leidraad gediend: *zorg*, als de kern van het vak van de zelfstandige zorgprofessional, en *arbeid*, als omschrijving van de werkzaamheden die zij tegen betaling verricht. Na een schets van de context waarbinnen de zelfstandige zorgprofessional functioneert, gaan we nader in op mogelijke beweegredenen van zorgprofessionals om voor het zzp'erschap te kiezen. Motieven die we hebben afgeleid

DE ZELFSTANDIGE ZORGPROFESSIONAL: EEN VERKENNING

uit relevante literatuur en uit de resultaten van onderzoek dat al in de institutionele (thuis)zorg is verricht. Vervolgens beschrijven we hoe we vanuit het vigerend economisch perspectief, in combinatie met een meer sociologisch en filosofisch perspectief op zorg en arbeid, meer inzicht hebben gekregen in de dyade zelfstandige zorgprofessional – zorgvrager. Gebaseerd op de gevonden resultaten besluiten we onze verkenning met een onderzoeksontwerp voor verdere bestudering van deze dyade.

DE CONTEXT ROND DE ZELFSTANDIGE ZORGPROFESSIONAL: ZORGSECTOR EN ARBEIDSMARKT

Waar de overheid zich tot ongeveer 1940 (nachtwakersstaat) nog nagenoeg afzijdig hield van de zorg, en vanaf 1945 in de zogenoemde conservatief/corporatieve verzorgingsstaat (Esping-Andersen, 1990) vrijwel volledig de verantwoordelijkheid voor de zorg en de professionalisering daarvan op zich nam, besluit deze vanaf de jaren '90 weer een stap terug te doen. In wat we nu een liberale participatiemaatschappij (Macionis, Peper, Leun & Geluk, 2010) kunnen noemen, voerde zij in 2006 het principe van de gereguleerde marktwerking in (Rijn, 2011): zorg als een (gedeeltelijk) vrije markt van vraag en aanbod dus. Op deze markt waarborgt de overheid het recht van iedere burger op kwalitatief goede, bereikbare en betaalbare zorg en treedt zij alleen daar op waar dat nodig is. De zorgmarkt bestaat overigens niet uit één, maar uit drie nauw met elkaar verbonden deelmarkten: de *zorginkoopmarkt* (zorginkopende zorgverzekeraars en zorgaanbieders), de *zorgverzekeringsmarkt* (zorgvragers en zorgverzekeraars) en de *zorgverlenersmarkt* (zorgvragers en zorgverleners) (Rijn, 2011, p.11). Naast de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)³, een verzorgingsarrangement dat zich nog richt op de collectieve welvaart en het collectieve welzijn (Trommel & Van der Veen, 2004, p.23) en de Zorgverzekeringwet (Zvw)⁴, zijn er inmiddels ook regelingen ontwikkeld die tot doel hebben de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van mensen met een beperking te bevorderen: het Persoonsgebonden Budget (PGB)⁵ en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).⁶ Binnen de AWBZ en de Wmo kan de burger daarbij kiezen voor zorg in natura (ZiN) of voor via een PGB zelf te regelen zorg. Daarnaast kan een zorgvrager natuurlijk ook de gewenste zorg volledig uit eigen middelen betalen. Dit komt echter weinig voor.

Zelfstandige zorgprofessionals en zorgvragers hebben alleen op de zorgverlenersmarkt direct contact met elkaar. In geval van verzekerde zorg (Zvw en AWBZ) is er voor de zorgvrager de zorgverzekeringsmarkt: daar waar hij elk jaar een keuze kan maken uit de voor hem geschikte zorgverzekering; voor de zelfstandige zorgprofessional is er de zorginkoopmarkt: daar waar zij sinds het Besluit zorgaanpak AWBZ (Rijksoverheid, 2011) zelfstandig contracten af kan sluiten

met zorgverzekeraars. Voor wat betreft het recht op een PGB in het kader van de Wmo waarbij het om een voorziening gaat, is het de zorgvrager die dit bij zijn eigen gemeente moet aanvragen. Gemeenten sluiten niet zoals zorgverzekeraars contracten af met zelfstandige zorgprofessionals.

Momenteel is nog onduidelijk welke gevolgen een aantal door de overheid geformuleerde beleidsvoornemens met betrekking tot het PGB, en de vrijwel zekere transitie van een aantal onderdelen van de AWBZ naar de Wmo in 2014/2015, zullen hebben voor zorgvragers en zorgaanbieders, waaronder de zelfstandige zorgprofessional.

Niet alleen in de zorgsector, maar ook op de arbeidsmarkt hebben zich de afgelopen decennia grote veranderingen voorgedaan. De vijftig jaar geleden nog dominante industriële economie is nu vervangen door overwegend een diensteneconomie. Die vraagt om een meer flexibele arbeidsmarkt, andere arbeidsvormen en andere organisatievormen. Processen van (vrouwen) emancipatie, toenemende individualisering en de verhoging van het opleidingsniveau hebben ook bijgedragen aan een veranderende visie op arbeid waarbij men "vanuit een gewenste balans tussen werk en privé... andere eisen stelt dan 50 jaar geleden" (Ten Have, Dorenbosch, Moonen & Oeij, 2010, p. 10). Werkzekerheid lijkt nu te prevaleren boven baanzekerheid. Werk dat men op diverse manieren kan/wil verrichten, afhankelijk van de persoonlijke levensomstandigheden en de levensfase waarin mensen zich bevinden (Kluijtmans, 2008b; Wilthagen, 2010). Naast de vaste, dan wel flexibele arbeidsrelatie tussen werkgever en werknemer *binnen* een arbeidsorganisatie zijn er nu ook duidelijk andere arbeidspatronen te herkennen, zoals bijvoorbeeld zzp'ers: zij die betaalde arbeid verrichten zonder een dienstverband aan te gaan met een organisatie (Hardjono, Brakel & Kroon, 2010; Huiskamp, 2003; Vroonhof, Overweel & Muijnck, 2001; Wilthagen, 2010).

Van het begrip zzp'er bestaat geen eenduidige wettelijke definitie. Maar we kunnen de zelfstandige zorgprofessional, de zzp'er die in onze verkenning centraal staat, wel een nieuwe zelfstandige noemen: "Dat zijn zelfstandigen die ongeveer dezelfde werkzaamheden verrichten onder vergelijkbare omstandigheden als personen in loondienst. Zij hebben geen medeondernemers en bieden voornamelijk hun eigen arbeid of vaardigheden aan" (De Vries & Braams, 2012, p. 13). "De kwalificatie nieuw heeft geen betrekking op een recent ontstaan, maar wel op de recente opmars en politieke aandacht voor zzp'ers" (De Vries & Braams, p. 18). Om voor de Belastingdienst (2011) als zzp'er aangemerkt te kunnen worden moet zij voor minimaal drie verschillende cliënten per jaar een opdracht uitvoeren; geen gezagsverhouding hebben of aangaan met cliënten of bemiddelaar; minimaal 1225 uur per jaar besteden aan de eigen onderneming; en minimaal 50% van de werkbare uren besteden aan de eigen onderneming.

DE ZELFSTANDIGE ZORGPROFESSIONAL: EEN VERKENNING

De zorg als een markt van vraag en aanbod, en de arbeidsmarkt met diverse arbeidspatronen, vormen de directe context waarbinnen de zelfstandige zorgprofessional functioneert. Kernwaarden (Williams, 1970) van de huidige liberale participatiemaatschappij zoals individuele (keuze)vrijheid en verantwoordelijkheid, zelfredzaamheid, zelfsturing en vrij ondernemerschap zijn naast een decentrale sturing van de overheid, op beide markten herkenbaar.

MOGELIJKE BEWEEGREDEKEN VAN EEN ZORGPROFESSIONAL VOOR HET ZZP'ER-SCHAP

We nemen aan dat een zelfstandige zorgprofessional niet alleen een bewuste keuze maakt voor haar vak: de zorg maar ook, en dat is nog tamelijk ongebruikelijk, voor de manier waarop zij dat vak uitoefent, namelijk als zzp'er. Relevante literatuur over eigen opvattingen over zorg en arbeid zoals die uit onder zorgprofessionals verricht onderzoek naar voren komen, bevat mogelijk aanwijzingen waarom een aantal van hen voor het zzp'erschap kiest.

In de zorg blijken er onder zorgprofessionals vooral veel gevoelens van onvrede te heersen over de daar ingevoerde marktwerking. Steijn en Groeneveld (2009, p. 202) en ook Hoogland en Faber-Zijlstra (2011) wijzen expliciet op de effecten die de meer bedrijfsmatige New Public Managementbenadering heeft op de motivatie van werknemers in de zorg. Zij constateren dat deze professionals het idee hebben te weinig toe te komen aan de werkzaamheden waarvoor zij dit beroep feitelijk hebben gekozen. Een "diepgaand gevoel van vervreemding" (Hoogland & Faber-Zijlstra, 2011, p. 19) en "in de knel gekomen professionele waarden van verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg" (Kunneman & Slob, 2007, p. 13) als gevolg van de marktwerking en de daarmee gepaard gaande productiedruk, zijn opmerkingen die we ook bij Grotendorst (2011) terug zien. Zorgprofessionals zijn op zich niet tegen marktwerking, maar wijzen op de elementen die de kwaliteit van mensgerichte zorg in de weg staan. Dat zij niet langer de zorg kunnen leveren die zij willen bieden is volgens De Feijter (2010) voor veel verpleegkundigen en verzorgenden de reden om het vak vroegtijdig te verlaten; en volgens De Veer en Francke (2009b, p. 35) is onvrede met de huidige baan als gevolg van de marktwerking en de door overheid en verzekeraars opgelegde bureaucratie vaak de aanleiding "om de stap naar het werken als zelfstandige te overwegen".

Claassen, die "geen logische contradictie" (2006, p. 7) tussen markt en zorg wil poneren, en ook Canoy (2009) wijzen daarentegen juist op de kansen die marktwerking in de zorg aan zorgprofessionals biedt, en op de ruimte die het creëert voor vormen van ondernemerschap. Want al is een zorgverlener weliswaar "meestal niet een ondernemer in de economische zin", daarom

kan zij nog wel "heel goed een "ondernemend persoon" zijn" (Claassen, 2006, p. 28). En omdat ondernemerschap zelfsturende zorgprofessionals "veel meer in de genen (zit) dan menigeeen zich realiseert" (Canoy, 2009, p. 175), biedt marktwerking zorgverleners in de thuiszorg bijvoorbeeld de mogelijkheid "het ondernemerschap te ontdekken [...] als zorgende ondernemer dan wel ondernemendezorger" (Canoy, p. 177). Marktwerking in de zorg hoeft volgens hen dan ook niet noodzakelijkerwijs tot doemscenario's te leiden.

De in de zorg ingevoerde marktwerking kan dus een reden (geweest) zijn voor zorgprofessionals om de zorgorganisatie voortijdig te verlaten. Maar dat wil nog niet zeggen dat al deze "uittreders" als *zelfstandige* zorgprofessional verder gaan. Marktwerking kan ook kansen creëren voor vormen van ondernemerschap. Maar wat beweegt dan de ene zorgprofessional om die kansen wel, en de andere om die niet te grijpen?

Uit enkele van de zojuist aangehaalde onderzoeksresultaten valt, hoewel minder expliciet, ook af te leiden dat zorgprofessionals zelf willen bepalen *wanneer* en *hoeveel* zij werken. Zoals De Veer en Francke concludeerden: "verpleegkundigen en verzorgenden (willen) graag meer dan nu het geval is, zelf [...] bepalen wanneer ze werken, hoeveel tijd ze aan een cliënt besteden en welke zorg ze geven" (De Veer & Francke, 2009b, p. 35). De op de huidige arbeidsmarkt geconstateerde voorkeur voor werkzekerheid boven baan zekerheid, waarbij een zelfstandige zorgprofessional bovendien de mogelijkheid heeft dat werk zelf te organiseren, zou een reden kunnen zijn waarom zij voor het zzp'er-schap kiezen. Een keuzemogelijkheid die zij hebben als gevolg van, en die wellicht ook versterkt is uit onvrede over, de marktwerking in de zorg.

TYPERING VAN DE DYADE ZELFSTANDIGE ZORGPROFESSIONAL – ZORGVRAGER

De zorg is georganiseerd als een markt van vraag en aanbod. Het ligt voor de hand om eerst te bekijken of dit vigerend economisch perspectief op zorg ook mogelijkheden biedt de dyade zelfstandige zorgprofessional – zorgvrager eenduidig te typeren.

Vanuit een economisch perspectief

Als uitgangspunt nemen we de definitie van de Belastingdienst. Wanneer deze een zelfstandige zorgprofessional als zzp'er beschouwt kunnen we haar relatie met een zorgvrager niet als een *arbeidsrelatie* typeren. De binnen de definitie van een arbeidsrelatie genoemde aspecten

DE ZELFSTANDIGE ZORGPROFESSIONAL: EEN VERKENNING

van ruil (zorgverlening in ruil voor geld) en samenwerking zijn weliswaar herkenbaar; maar het daarin eveneens genoemde gezagsaspect ontbreekt hier (De Lange, 1989; Huiskamp, 2003; Kluijtmans, 2008a). Een typering als *producent/consumentrelatie* is evenmin hierop van toepassing: de zelfstandige zorgprofessional biedt niet een product aan, maar haar arbeid. En vooral vanwege onze vraagtekens bij de onafhankelijke keuzevrijheid die voorwaarde is bij een *dienstverleningsrelatie* (Van Dam, z.j.; Prottas, 1979) kunnen we de dyade zelfstandige zorgprofessional – zorgvrager ook niet als zodanig typeren. Weliswaar hebben zorgvragers die de zorg uit eigen middelen betalen of die de beschikking hebben over een PGB in principe die vrijheid wel. Maar of dat ook geldt voor de zorgvrager die recht heeft op zorg ingevolge de Zvw of de AWBZ is voor ons nog de vraag. Hier moeten we eerder van een triade (Wynstra, Robbe, Rooks, Sumo, Hülya & Valk, 2012) dan een dyade spreken omdat het niet de zorgvrager zelf is die de zorg inkoop, maar zijn zorgverzekeraar. Deze zorginkopende zorgverzekeraar verleent noch ontvangt zelf zorg, maar vervult een intermediaire rol. Binnen deze door ons als “zorgmarkt” te omschrijven triade blijken zorginkopers zich bovendien nog terughoudend op te stellen ten aanzien van het contracteren van zelfstandige zorgprofessionals (Van den Elsen, 2011). Ook dat kan de keuzevrijheid van beiden beïnvloeden. Of zorgvragers tenslotte, vanwege hun fysieke en/of mentale toestand altijd in staat zijn zelf een vrije, onafhankelijke keuze te maken uit het zorgaanbod, is ook nog de vraag. Bij kinderen of dementerende ouderen bijvoorbeeld is het aannemelijk dat mantelzorgers en/of eventuele andere professionele zorgverleners invloed uitoefenen op, of de keuze bepalen van de zorgvrager. Hier maakt de dyade dan onderdeel uit van wat wij voorlopig een “zorg”triade tussen zelfstandige zorgprofessional – zorgvrager – mantelzorg willen noemen, waarbij de mantelzorg een intermediaire rol vervult.

Vanuit een sociologisch perspectief

Om de dyade zelfstandige zorgprofessional – zorgvrager nu te kunnen onderscheiden van de andere relaties binnen beide triades, biedt het sociologisch perspectief op zorg zoals Knijn (2004) en Knijn en Kremer (1998) dat hanteren mogelijkheden. De *aard* van de directe relatie tussen beiden kunnen we dan als een inter-persoonlijke, professionele, zakelijke, betaalde, formele *zorgverleningsrelatie* omschrijven.

Hiermee kunnen we op de eerste plaats het verschil duidelijk maken tussen deze directe zorgverleningsrelatie en andere, binnen de *zorgtriade* voorkomende *zorgrelaties*. Er kunnen andere, aan een organisatie verbonden zorgverleners aanwezig zijn. Hoewel ook zij “betaalde” zorg verlenen, dragen zij niet zelf, maar hun organisatie daardoor de verantwoordelijkheid.

Duidelijk anders is de mantelzorgrelatie. Die heeft volgens Knijn en Kremer veel meer een persoonlijk, familiaal, emotioneel en informeel karakter. Ook Verhagen (2005) die zorgrelaties definieert in vier zogenoemde zorglogica's, laat zien dat er een discrepantie bestaat tussen een professionele en een familiale zorglogica. Hij constateert ook dat er tussen deze beide zorglogica's en de door hem als dominant omschreven economische en politieke zorglogica's niet of nauwelijks een relatie bestaat. Een constatering die vrijwel overeenkomt met de hiervoor al door ons geciteerde onderzoek naar de ervaringen van zorgprofessionals met de marktwerking. Maar dat er niet of nauwelijks aandacht zou zijn voor de mantelzorg is een conclusie die Duyvendak (2011) niet deelt. Gebaseerd op de resultaten van zijn eigen onderzoek naar de effecten van de Wmo bekritiseert hij "de dezer dagen al te populaire gedachte dat het wel wat minder kan met professionals in de wereld van zorg & welzijn" omdat "mensen dan (zouden) opbloeien in en door hun "eigen kracht" (Duyvendak, 2011). Hij benadrukt dat zorgprofessionals mantelzorgers niet kunnen (en willen) vervangen, maar juist een eigen rol vervullen.

De als zorgverleningrelatie omschreven dyade zelfstandige zorgprofessional – zorgvrager onderscheidt zich daarmee tegelijk ook van de relaties die beiden ieder afzonderlijk nog kunnen hebben binnen de *zorgmarkttriade*. Hier heeft de zelfstandige zorgprofessional een zorgverkoop/-inkooprelatie met de zorginkopende zorgverzekeraar; tussen zorgvrager en zorgverzekeraar bestaat er een verzekeringnemer/-geverrelatie.

Hoe, en in welke mate omgevingsfactoren precies van invloed zijn op deze zorgverleningrelatie tussen zelfstandige zorgprofessional en zorgvrager is nog onduidelijk. Maar dat er van externe beïnvloeding sprake zal zijn is aannemelijk omdat deze dyade vrijwel altijd onderdeel is van een zorgtriade en/of een zorgmarkttriade.

Vanuit een filosofisch perspectief

De vraag die nog resteert is: welke componenten zouden *binnen* deze zorgverleningrelatie een rol kunnen spelen? Een relatie waarin "zorg" vanzelfsprekend centraal staat, maar waarin "het verlenen van die zorg" voor de zelfstandige zorgprofessional tegelijk ook betekent: arbeid verrichten om daarmee in haar levensonderhoud te voorzien. Arbeid die zij anders dan haar collega's van zorgorganisaties, volledig zelf moet organiseren.

De zorgethiek is een goed vertrekpunt om de door ons gezochte componenten te vinden. Tronto's (1993) brede visie op zorg bijvoorbeeld, waarin zij de directe zorgrelatie binnen een

DE ZELFSTANDIGE ZORGPROFESSIONAL: EEN VERKENNING

brede maatschappelijke verantwoordelijkheid plaatst, lijkt in theorie bruikbaar voor de door ons omschreven zorgverleningrelatie. Betrokkenheid op en verantwoordelijkheid voor de behoefte van de zorgvrager zijn hierin belangrijke componenten. Maar haar aanname dat zorgvragers (altijd) afhankelijke personen zouden zijn, impliceert niet alleen dat elke zorgrelatie daarmee een asymmetrische relatie is; het staat ook haaks op de visie op zorg binnen de huidige maatschappelijke context, waarin men uitgaat van eigen verantwoordelijkheid, zelfredzaamheid en zelfsturing van iedere burger, dus ook zorgvragers. Een visie die Tronto dus duidelijk niet deelt. Wel meer in lijn daarmee is de Principebenadering zoals uitgewerkt door Beauchamp en Childress (1994), die expliciet uitgaat van de autonomie van de zorgvrager. Hoe en welke rol autonomie speelt in een zorgrelatie is echter niet duidelijk omdat zij zich niet op die relatie richten, maar op de gevolgen die de autonomie van de zorgvrager kan hebben voor de medische (artsen)praktijk. Deze zo tegenover elkaar staande benaderingen lijken bij elkaar te komen in het zogenaamde "vriendschapsmodel/ingenieursmodel" (Graste & Bauduin, 2000). Dat gaat ervan uit dat een zorgvrager niet altijd volledig afhankelijk, of volledig autonoom is. Als gevolg daarvan kan een zorgrelatie dus ook variëren van symmetrisch naar asymmetrisch, waarbij er grenzen kunnen zijn aan de verantwoordelijkheid van zowel de zorgvrager als de zorgverlener.

Bezien vanuit het *zorg*aspect lijken betrokkenheid, verantwoordelijkheid en autonomie dus een rol te spelen in een zorgrelatie. Om te kunnen achterhalen of en hoe dat ook geldt voor de door ons omschreven zorgverleningrelatie, zullen we een verbinding moeten zoeken tussen dat *verzorgings*aspect en het *arbeids*aspect. Mogelijkheden daartoe kunnen we vinden in de filosofische noties van Heidegger en Foucault voor wie zorg een veel ruimere betekenis heeft dan alleen verpleging en verzorging, en in samenhang daarmee in die van Arendt ten aanzien van arbeid.

Voor Heidegger omvat zorg niet alleen de zorg voor het (zich) zelf (*Selbstsorge*), maar ook en tegelijk de zorg voor *de* ander (*Fürsorge*) en *het* andere om ons heen (*Besorgen*) (Heidegger & Wildschut, 2007, p. 165). In de zorg voor *de* ander maakt hij daarbij een onderscheid tussen twee uitersten: de "inspringende" zorg, waarbij de een de zelfzorg van de ander volledig overneemt, en die volgens hem slechts tot afhankelijkheid en beheersing leidt; en de "vooruitspringende" zorg waarbij de een de ander ondersteunt en begeleidt in het voor zichzelf zorgen. Omdat deze vorm voor beiden tot vrijheid van keuzes leidt geeft Heidegger hier de voorkeur aan (Heidegger & Wildschut, p. 164). Hoewel de drie aspecten van zorg onlosmakelijk met elkaar verbonden, en met elkaar in balans zouden moeten zijn, merkt Heidegger op dat in het leven van alledag de zorg voor *het* andere prioriteit lijkt te krijgen boven de zorg voor zichzelf en dus ook voor *de* ander. Daarmee wordt arbeid belangrijker dan sociale interactie, en ligt de nadruk meer op instrumenteel dan op communicatief handelen.

Expliciet nog dan Heidegger benadrukt Foucault (2009) dat men alleen voor een ander kan zorgen, wanneer men tegelijk vooral ook eerst voor zichzelf kan zorgen. Zorg als "zorg voor zichzelf" is dan ook tweeledig: een verantwoordelijkheid om het eigen leven in vrijheid bewust vorm te geven, en tegelijk ook de betrokkenheid om tevens de ander daartoe in staat te stellen. Zijn notie van zorg vertoont dus grote verwantschap met Heidegger's vooruitspringende zorg. Foucault is er zich van bewust dat "zorg voor zichzelf" tegenwoordig meer een egocentrische betekenis heeft. Dat is volgens hem het gevolg van de christelijke notie van zorg die "zelfverloochening als voorwaarde voor verlossing stelt" waardoor we "eerder geneigd (zijn) om de zorg voor onszelf als immoreel te beschouwen" (Foucault, p. 119; p. 193). Maar zelfverloochening houdt feitelijk in dat men niet voor zichzelf zorgt, en daarmee dus ook niet voor de ander kan zorgen. Anders dan Heidegger maakt Foucault geen onderscheid in vormen van zorg voor de ander. Zorg behoort tot het menselijk samenleven. Daarom zal de mate van gelijkheid tussen actoren in een relatie afhankelijk zijn van de mate van vrijheid die ieder van hen heeft om hier het machtsspel te spelen. Want macht, als een neutraal op te vatten begrip, maakt volgens Foucault deel uit van elke menselijke relatie.

Vanuit deze ruimere betekenis van zorg kunnen we het "verlenen van zorg" niet langer beschouwen als arbeid. Want arbeid hoort volgens Heidegger niet bij de zorg voor *de* ander, maar bij de zorg voor *het* andere. En volgens de hierop aansluitende noties van Arendt (2011), die een onderscheid maakt tussen drie menselijke activiteiten *arbeiden*, *werken* en *handelen*, kunnen we het niet alleen niet als arbeid beschouwen: het is ook *geen werken*. Arbeiden doen mensen in haar visie louter om in hun levensonderhoud te kunnen voorzien, en is daarmee essentieel voor de (zelfzorg van de) mens. Het produceren van hulpmiddelen om arbeid te kunnen verrichten noemt Arendt "werken". Beide activiteiten behoren tot de wereld van de (materiële) dingen om ons heen.

Waar de mens samen is met anderen, en waar dus ook de zorg voor de ander gesitueerd is, noemt Arendt de bijbehorende menselijke activiteit *handelen*. Want handelen "is de enige activiteit die zich rechtstreeks, en niet via dingen of materie, tussen mensen voltrekt" (Arendt, 2011, p. 15). Alleen via handelen, en dus niet via arbeiden of werken, gaan mensen relaties met elkaar aan, en geven zij iets van zichzelf bloot. Ook individuele vrijheid en "het in gang (kunnen) zetten van processen waarvoor geen precedent bestaat en waarvan de uitkomst onzeker en onvoorspelbaar blijft, of ze zich nu afspelen in de menselijke sfeer of op het gebied van de natuur" (Arendt, p. 213) zijn het gevolg van het vermogen van de mens tot handelen. In de westerse samenleving echter, zo stelt Arendt, heeft arbeiden, en in mindere mate werken, het handelen verdrongen: "...

DE ZELFSTANDIGE ZORGPROFESSIONAL: EEN VERKENNING

dit collectieve karakter van de arbeid [...] brengt [...] met zich mee dat in feite ieder beseft van de eigen individualiteit en identiteit verloren gaat" (Arendt, p. 196).

Vanuit dit bredere perspectief op zorg, in samenhang met een perspectief op arbeid, kunnen we nu duidelijker een aantal componenten afleiden die mogelijk een rol spelen in de door ons als zorgverleningrelatie omschreven dyade. Bezien vanuit het zorgaspect zijn dat *vrijheid, gelijkheid en macht*: voor zowel zelfstandige zorgprofessional als zorgvrager om zelf de relatie tussen beiden vorm te kunnen geven. *Verantwoordelijkheid*: van beiden, om voor zichzelf en tegelijk ook voor de ander te zorgen. Waar de noodzakelijke behoefte aan zorg de *vrijheid* van de zorgvrager belemmert is het de *verantwoordelijkheid* van de zelfstandige zorgprofessional te *handelen en inspringende* dan wel *vooruitspringende* zorg te verlenen. Dat vraagt *betrokkenheid* van de zelfstandige zorgprofessional op de zorgvrager. *Sociale interactie* en *communicatief* kunnen *handelen* lijken eveneens belangrijke componenten omdat de zorg voor de ander een activiteit is, die zich tussen mensen voltrekt.

Bezien vanuit het arbeidsaspect tenslotte lijkt *arbeid* niet alleen een belangrijke component omdat de zelfstandige zorgprofessional daarmee kan voldoen aan een essentiële voorwaarde om voor een ander te kunnen zorgen, namelijk *de zorg voor zichzelf*. Maar ook omdat dat verrichten van arbeid nauw verbonden is met die andere rol die zij speelt: die van zorgaanbieder binnen de zorgmarkttriade.

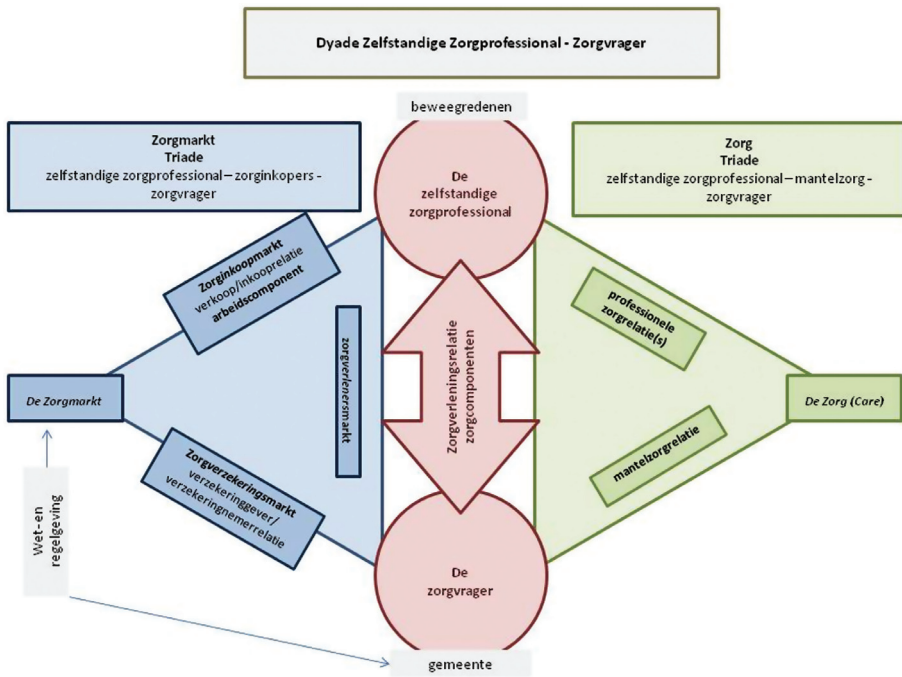
CONCLUSIES

In dit artikel hebben we geprobeerd een antwoord te vinden op twee vragen: 1) waarom zou een zorgprofessional kiezen voor het zzp'erschap?; en 2) vanwege het ontbreken van een dienstverband met een zorgorganisatie: hoe kunnen we de dyade zelfstandige zorgprofessional – zorgvrager in de care typeren? Welke componenten spelen daarin een rol, en welke (omgevings) factoren zijn daarop van invloed?

De marktwerking in de zorg kan voor een zorgprofessional op twee manieren een aanleiding vormen om voor het zzp'erschap te kiezen. Onvrede over de gevolgen daarvan zoals zij die binnen hun organisatie ervaren en waardoor zij zich niet vrij maar beperkt voelen. Voor een aantal van hen zou dat een reden kunnen zijn om als zzp'er verder te gaan. Voor anderen lijkt diezelfde marktwerking juist mogelijkheden te bieden tot een zorgend ondernemerschap. In dat geval lijkt de keuze voor het zzp'erschap eerder samen te hangen met de op de huidige arbeidsmarkt meer in het algemeen geconstateerde voorkeur voor werkzekerheid boven baanzekerheid. Niet (langer) verbonden aan een zorgorganisatie heeft de zelfstandige zorgprofessional dan bovendien de mogelijkheid dat werk ook zelf te organiseren en de eigen werktijden te bepalen. Wat

zorgprofessionals motiveert om daadwerkelijk het besluit te nemen zzp'er te worden hangt af van de vraag hoe zwaar een of meer van de genoemde redenen voor hen wegen.

De dyade zelfstandige zorgprofessional – zorgvrager hebben we omschreven als een interpersoonlijke, professionele, zakelijke, betaalde en formele zorgverleningrelatie. Omdat deze dyade onderdeel blijkt te zijn van twee triades, door ons zorgtriade en zorgmarkttriade genoemd, hebben we ook een onderscheid aan kunnen brengen tussen deze zorgverleningrelatie en de andere in beide triades voorkomende relaties. Hoewel nog niet duidelijk is hoe, en in welke mate omgevingsfactoren van invloed zijn op deze dyade, maakt de aanwezigheid van deze twee triades die externe invloed wel aannemelijk. Omdat de dyade zelfstandige zorgprofessional – zorgvrager zowel een zorg- als een arbeidsaspect omvat hebben we op basis daarvan tot slot een aantal componenten benoemd die binnen deze dyade een belangrijke rol lijken te spelen. In het volgende figuur worden de resultaten van onze verkenning schematisch weergegeven.



Figuur 1: Dyade zelfstandige zorgprofessional – zorgvrager.

DE ZELFSTANDIGE ZORGPROFESSIONAL: EEN VERKENNING

Vanwege het afstemmingsvraagstuk in de zorg is meer inzicht in de motieven van zelfstandige zorgprofessionals van belang. Nader onderzoek naar de relaties die zij hebben binnen beide triades is relevant vanwege de veranderingen in de (thuis)zorg.

NOTES

- 1 In de zorg maakt men een onderscheid tussen "care": gericht op langdurige verpleging, verzorging en begeleiding, en "cure": gericht op genezing.
- 2 De afkorting zzp'er geldt in dit artikel voor "zelfstandige zonder personeel" en niet voor "zelfstandige zorgprofessional".
- 3 Oorspronkelijk geïntroduceerd in 1968; wijzigingen en aanvullingen in 2003 en 2007.
- 4 Sociale Verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking, geïntroduceerd in 2005.
- 5 Een uit de AWBZ of Wmo gefinancierde subsidieregeling, geïntroduceerd in 1996.
- 6 Uitgevoerd door de gemeentelijke overheden.

REFERENTIES

- Arendt, H. (2001). *De menselijke conditie* [The human condition]. Amsterdam: Boom
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Belastingdienst (2011). *ZZP'er* [Self employer]. Retrieved October 4, 2011, from www.belastingdienst.nl/zzp.
- Canoy, M. (2009). Marktwerking in de zorg: ondernemende zorg of zorgende ondernemers [Healthcare market: entrepreneurial carer or caretaking entrepreneur]. *TPEdigitaal*, 3(2), 163–178.
- Claassen, R. (2006). *Markt en zorg. Filosofische grensverkenningen* [Market and care. Philosophical explorations]. Retrieved March 12, 2012, from <http://www.rutgerclaassen.nl/wp-content/uploads/2011/02/Claassen-Markt-en-zorg-Cremerslezing1.pdf>.
- Dam, J. van (z.j.). *Waardecreatie op scherp* [Focus on value creation]. Retrieved July 14, 2012, from <http://www.pro-four.nl>.
- Dekker, R., & Kösters, L. (2010). *Zzp'ers in Nederland: de baanzekerheid voorbij?* [Self-employed in the Netherlands: beyond job security]. Den Haag: CBS.

- Duyvendak, J. W. (2011). *Thuis voelen in de langdurige zorg* [Feeling at home in long-term care] (Lecture). Retrieved May 1, 2012, from <http://www.zorgvisite.nl/wp-content/uploads/2011/10/Thuisvoelen-in-de-Langdurige-Zorg-Cordaanlezing-Duyvendak.pdf>.
- Eggink, E., Oudijk, D., Woittiez, I., & Ross, J. (2010). *Zorgen voor Zorg: Ramingen van de vraag naar personeel in de verpleging en verzorging tot 2030* [Ensure Care: Estimates of the demand for personnel in nursing and care up to 2030]. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Elsen, W. van den (2011). *Zzp'ers genegeerd door zorgkantoren* [Self-employed healthcare professionals ignored by healthcare offices]. Retrieved September 21, 2011, from www.zorgvisie.nl.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Feijter, C. de (2010). Vinden en vooral binden van personeel [Find and especially bind of personnel]. *V&VN Magazine*, 5(6), 4–6.
- Foucault, M. (2009). *Breekbare vrijheid. Teksten en interviews* [Fragile freedom. Texts & interviews]. Amsterdam: Boom/Parrèsia.
- Graste, J., & Bauduin, D. (2000). *Waardevol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg* [Valuable Work. Ethics in mental health]. Assen: Van Gorcum.
- Grotendorst, A. (2011). *Verplegenden en Verzorgenden 2020, Leren van de toekomst. Hoofdpijnen uit de rondetafelgesprekken van september t/m december 2010* [Nurses and Caretakers 2020, Learning from the future. Main lines from the round-table discussions of September until December 2010]. Utrecht: V&VN.
- Hardjono, T. W., Brakel, R. H., & Kroon, J.-J. C. (2010). *Ketensamenwerking: Duurzaam werken in ketens en netwerken* [Chain cooperation: sustainable work in chains and networks]. Leerdam: C3Group.
- Have, K. ten, Dorenbosch, L., Moonen, H., & Oeij, P. (2010). *Management door vertrouwen: naar zelfmanagement en innovatief gedrag* [Management by trust: towards self-management and innovative behavior]. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.
- Heidegger, M., & Wildschut, M. (2009). *Zijn en tijd* [Being and time]. Nijmegen: SUN.
- Hellenthal, A. (2012). *Verpleegkundigen aan het werk* [Nurses at work]. Den Haag: CBS.
- Hoogland, J., & Faber-Zijlstra, J. (2011). *Amateurs gezocht!: Over roepingsbesef in de professionele dienstverlening* [Amateurs wanted!: about vocation awareness in professional services]. Zwolle: Gereformeerde Hogeschool.
- Huiskamp, M. J. (2003). *Arbeidsrelaties en onderneming: Vernieuwing in theorie, empirie en praktijk* [Labour relations and Enterprise: innovation in theory, empiricism and practice]. Utrecht: Lemma.

DE ZELFSTANDIGE ZORGPROFESSIONAL: EEN VERKENNING

- Kluijtmans, F. (2008a). *Bedrijfskundige aspecten van HRM* [Business aspects of HRM]. Groningen/Houten: Noordhoff.
- Kluijtmans, F. (2008b). *Van verzorger naar spelverdeler. Over veranderende posities op het HR-speelveld* [From caregiver to playmaker. About changing positions on the HR playfield]. Heerlen: Open Universiteit.
- Knijn, T. (2004). *Het prijzen van de zorg: Sociaal beleid op het snijvlak van privé en publiek* [Praising of the care: social policy on the cuttingedge of private and public]. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Knijn, T., & Kremer, M. (1998). Voorzichtig vergelijken: zorgbeleid in Europese verzorgingsstaten [Carefully compare: care policy in European Welfare States]. *Sociale Wetenschappen*, 41(4), 42–57.
- Kösters, L. (2009). *Sterke groei zelfstandigen zonder personeel* [Huge growth in self-employed without staff]. Den Haag: CBS.
- Kunneman, H., & Slob, M. (2007). *Thuiszorg in transitie* [Home care in transition]. Bunnik: LSBK.
- Lange, W. de (1989). *Configuratie van arbeid: Vormgeven aan arbeidstijden, bedrijfstijden en arbeidstijdpatronen* [Configuration of labour: shaping working and business hours, and labour patterns]. Zutphen: Thieme.
- Macionis, J. J., Peper, B., Leun, J., & Geluk, H. L. C. (2010). *De samenleving: Kennismaking met de sociologie* [Society: introduction to sociology]. Amsterdam: Pearson Education.
- NEXT-Study: Nurses Early Exit Study (2010). *European NEXT-Study*. Retrieved July 15, 2011, from <http://www.next.uni-wuppertal.de/>.
- PricewaterhouseCoopers (2009). *Managing tomorrow's people: How the downturn will change the future of work*. London: PricewaterhouseCoopers.
- Prottas, J. M. (1979). *People-Processing*. Toronto: Lexington Books.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010a). *Gezondheid 2.0: U bent aan zet* [Health 2.0: it's up to you]. Den Haag: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010b). *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening* [Care for your health! Behavior and health: the new organization]. Den Haag: RVZ.
- Raas, G. (2010). Een zorgelijke arbeidsmarkt [A worrisome labour market]. *Tijdschrift voor HRM*, 1(3), 7–34.
- Rijksoverheid (2011). Besluit van 27 juni 2011, houdende wijziging van het Besluit zorgaanspraken AWBZ teneinde de mogelijkheid voor zelfstandige zorgverleners om zorg te verlenen, te vergroten [Decree of June 27, 2011, altering the decree regarding care entitlements, in order to increase the possibilities for self-employed healthcare professionals to provide care]. *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden*, 2011(346), 1–5.

- Rijn, A. B. (2011). *Het Nederlandse zorgstelsel in een notendop* [The Dutch healthcare system in a nutshell]. Deventer: Kluwer.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2012). *VeVeRa-III: Ramingen Verpleging en Verzorging 2005-2030* [VeVeRa-III: Nursing and care estimates 2005-2030]. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Steijn, A. J., & Groeneveld, S. (2009). *Strategisch HRM in de publieke sector* [Strategic HRM in the public sector]. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Trommel, W. A., & Veen, R. J. van der (2004). *De herverdeelde samenleving: De ontwikkeling en herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat* [The redistribution of society: the development and revision of the Dutch welfare State]. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Tronto, C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge: Chapman & Hall Inc.
- Veer, A. J. E. de, & Francke, A. L. (2009a). *Lonkt het perspectief van het werken als zelfstandige in de zorg? Resultaten van de peiling onder de leden van het Panel Verpleging & Verzorging* [Beckons the perspective of working as a self-employed care provider? Results of the survey among the members of the Panel Nursing & Care]. Utrecht: NIVEL.
- Veer, J. E. de, & Franke, A. L. (2009b). *Werken als zelfstandige, of toch maar niet? [Preferring self-employment, or not?]*. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 7(8), 34–35.
- Velde, F. van der, & Wind, W. van der (2010). *De lange termijn vraag naar en het aanbod van personeel in de zorg* [The long term demand for and supply of personnel in the care]. Utrecht: Prismant.
- Verhagen, S. (2005). *Zorglogica's uit balans: Het onbehagen in de thuiszorg nader verklaard* [Carelogics out of balance: unease in home care explained]. Utrecht: De Graaff.
- Vermeend, W., & Boxtel, R. H. L. M. van (2010). *Uitdagingen voor een gezonde zorg* [Challenges for a healthy care]. Amsterdam: Lebowski.
- Vries, N. de, & Braams, N. (2012). *Inkomen, vermogen en dynamiek van zelfstandigen zonder personeel* [Income, means and dynamics of self-employed]. Zoetermeer: Panteia/Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Vroonhof, P. J. M., Overweel, M. J., & Muijnck, J. A. (2001). *Zelfstandigen zonder personeel: Waarheden en mythes* [Self-employed without staff: truths and myths]. Zoetermeer: EIM.
- Williams, M. J. R. (1970). *American Society: A Sociological Interpretation*. New York: Knopf.
- Wilthagen, A. C. J. M. (2010). *Over de arbeidsmarkt gesproken: Voorstellen voor vernieuwing en verandering* [About the labour market: proposals for renewal and change]. Tilburg: Celsus juridische uitgeverij.

DE ZELFSTANDIGE ZORGPROFESSIONAL: EEN VERKENNING

Wynstra, F., Robbe, T., Rooks, G., Sumo, R., Hülya, T., & Valk, W. van der (2012). *Three is a crowd, but in which ways? Performance based contracting in buyer-supplier-customer triads.*

In E. Esposito, P. Evangelista, G. Pastore & M. Raffa (Eds.), *Purchasing & Supply Management in a Changing World, IPSERA 2012 Conference Proceedings* (pp. 1–17). Napels: Edizioni Scientifiche Italiane.

Zorginnovatieplatform (2009). *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025* [Care for people, people for the care. Labour market policies for the care sector towards 2025]. Retrieved February 10, 2011, from www.zorginnovatieplatform.nl.