

Signalement straat zorg

Actuele feiten en bevindingen over de straatzorgpopulatie
en hun toegang tot passende zorg



NEDERLANDSE
STRAATDOKTERS
GROEP



Inhoudsopgave

Inleiding	03
Geraadpleegde bronnen	04
Straatzorgpopulatie	05
Gezondheid dak- en thuisloze mensen	07
Zorggebruik	08
Zorgbehoefte	10
Zorg niet altijd goed toegankelijk	11
Conclusies	14
Aanbevelingen	16
● Aanbevelingen voor de politiek en financiering van de zorg	16
● Aanbevelingen voor straatzorgverleners	17
● Aanbevelingen voor verder onderzoek	18
Tot slot	20
Referenties	21

Inleiding

De [Nederlandse Straatdokters Groep](#) (NSG) is een zelfstandige stichting die de straatzorg wil verbeteren. Ze ondersteunt het netwerk van straatzorgverleners en bundelt de krachten om werkbare, goede zorg toegankelijk te maken voor dak- en thuisloze mensen. Eén van haar doelen is om de kennis te vergaren die hiervoor nodig is.

Dit Signalement Straatzorg is het eerste van een meerjarige reeks waarin de NSG steeds de nieuwste inzichten deelt.

Straatzorgpraktijken verlenen eerstelijnszorg aan mensen die dak- of thuisloos zijn en die niet een reguliere huisartsenpraktijk bezoeken. Mensen zonder dak of thuis ontwikkelen door hun leefomstandigheden vaak andere gezondheidsproblemen en zorgbehoeften dan mensen die wel een eigen woonplek hebben. Velen van hen zijn onverzekerd voor ziektekosten en stellen doktersbezoek vaak zo lang mogelijk uit. Als niet tijdig zorg wordt verleend voor bepaalde gezondheidsproblemen - zoals infecties, hart- en vaatziekten of psychiatrische problematiek - kan dit leiden tot meer persoonlijk leed, maar ook tot latere, duurdere zorg en hogere maatschappelijke kosten.

Recent onderzoek van sociaalgeneeskundige beroepsverenigingen laat tevens zien dat veel arbeidsmigranten steeds vaker in kwetsbare leef- en werkomstandigheden terechtkomen, waarbij verlies van werk snel leidt tot verlies van huisvesting en zorgtoegang.

Inzicht in wie de dak- en thuisloze mensen zijn, en hoe het staat met hun gezondheid, zorgbehoeften, toegang tot zorg en zorggebruik is daarom van belang voor beleidsmakers, financiers van zorg, en straatzorgverleners. Onderzoek naar deze aspecten is echter sporadisch en versnipperd, waardoor een betrouwbaar landelijk beeld ontbreekt. Deze kennislacunes belemmeren zowel beleidsvorming als uitvoering. Verder onderzoek is essentieel om keuzes beter te onderbouwen en zorg toegankelijker en effectiever te maken.

Dit eerste signalement beschrijft wat er anno 2026 bekend is over het aantal dak- en thuisloze mensen in Nederland, hun kenmerken, gezondheid, toegang tot en gebruik van gezondheidszorg.

Geraadpleegde bronnen

Beschikbare onderzoeken

Voor dit signalement gebruikten we de meest recente Nederlandse onderzoeken. Deze inzichten vulden we aan met – nog relevant – ouder Nederlands onderzoek. Waar geen Nederlands onderzoek beschikbaar is, maakten we gebruik van buitenlands onderzoek dat van toepassing zou kunnen zijn op de Nederlandse situatie. Alle in dit signalement aangehaalde studies zijn te raadplegen in de onlinebibliotheek van de NSG.

 Raadpleeg [NSG Kennisbank](#)

Onderzoeken uit 2025, speciaal voor dit signalement

Voor de ontwikkeling van dit signalement zijn in 2025 - met financiële steun van VWS - in opdracht van de NSG twee onderzoeken verricht door de afdeling eerstelijnszorg van het Radboudumc.

Het eerste onderzoek (Guikers 2025¹) beschreef welke dak- en thuisloze mensen de onderzochte straatzorgpraktijken bezochten, welke gezondheidsproblemen de straatdokter noteerden, en welke zorg ze verleenden. Guikers onderzocht voor de jaren 2023 en 2024 alle gegevens in de patiëntendossiers van 8 straatzorg-huisartsenpraktijken verdeeld over Nederland. Van deze 8 praktijken richten de straatzorgpraktijken in Amsterdam en Rotterdam zich volledig op dak- en thuisloze patiënten, waarbij de praktijk in Amsterdam nagenoeg alleen ongedocumenteerde patiënten ziet. Bij de overige 6 praktijken wordt de straatzorg verleend vanuit een reguliere huisartsenpraktijk, meestal met spreekuren op lo-

caties waar veel dakloze mensen komen. De aantallen en kenmerken van patiënten variëren aanzienlijk tussen de 8 praktijken.

Het tweede onderzoek (van Dijk 2025²) richtte zich op de ervaringen van straatzorgverleners met de toegang tot vervolgzorg. Van Dijk onderzocht met een vragenlijst en interviews met straatzorgverleners welke barrières in toegang tot vervolgzorg zij tegenkomen in hun werk, en ook wat juist helpt om goede toegang en kwaliteit van zorg te organiseren.

De toegang tot zorg voor onverzekerde mensen werd in 2025 ook onderzocht door het Erasmus MC (van Dongen 2025³) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ, 2025⁴). De NSG was bij beide onderzoeken betrokken.

Verzamelde kennis en lacunes

Dit signalement schetst wat we nu weten, maar laat ook zien waar nog belangrijke kennislacunes bestaan. De NSG wil de komende jaren via vervolgonderzoek de ontbrekende kennis aanvullen.

Referenties

Alle referenties in dit signalement zijn terug te vinden in de referentielijst.



Straatzorgpopulatie

Kenmerken veranderden

De populatie dak- en thuisloze mensen is heel divers en de afgelopen jaren sterk veranderd.

Tien jaar geleden waren het voornamelijk Nederlandse mannen met psychiatrische en/of verslavingsproblematiek die dakloos waren. Anno 2025 gaat het om veel arbeidsmigranten (afhankelijk van de regio 10-20% EU-burgers en 3-32% migranten van buiten de EU zonder rechtmatig verblijf) die door verlies van werk dakloos zijn geworden. Steeds vaker raken mensen dak- of thuisloos die wel werk hebben, maar die geen onderdak kunnen vinden vanwege de woningnood.

Landelijke sociaalgeneeskundige bevindingen bevestigen dat juist deze groep arbeidsmigranten vaker onverzekerd is en, bij verlies van werk, direct een beroep moet doen op voorzieningen buiten de reguliere zorg. Dit

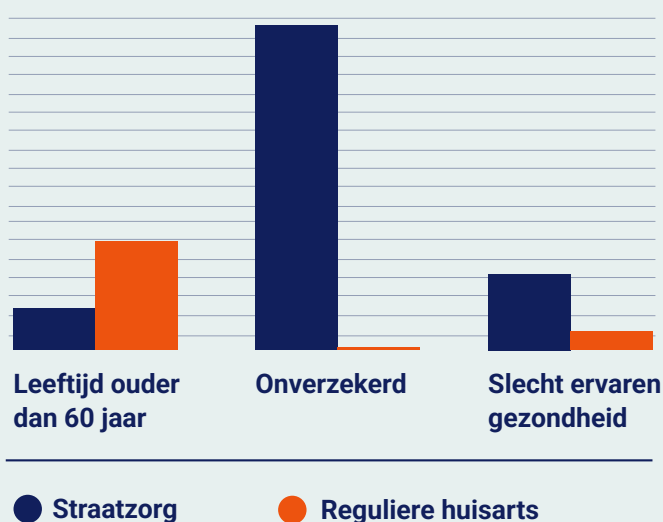
sluit aan bij wat straatzorgpraktijken in toenemende mate in hun eigen populatie terugzien.

Volgens de Ethos-tellingen is minstens 30% vrouw en 14% onder de 18 jaar. Het merendeel (63%) is tussen de 18 en 50 jaar. Slechts zo'n 6% is ouder dan 60 jaar. Hiermee is deze populatie veel jonger dan gemiddeld in Nederland, waar in 2025 21% ouder was dan 65 jaar.

i Raadpleeg [CBS Dashboard Bevolking Leeftijd](#)

De uitkomsten van de Ethos-tellingen komen overeen met de gegevens over de populatie die in 2023 en 2024 één van de acht straatzorgpraktijken bezocht (Guikers 2025¹). Deze bestond merendeels uit mannen (63%) tussen de 20 en 45 jaar (61%). De overgrote meerderheid (87%) was onverzekerd.

Kenmerken straatzorgpopulatie vergeleken met reguliere huisartsen praktijk populatie



Omvang slechts bij benadering bekend

De potentiële straatzorgpopulatie bestaat uit mensen die niet een reguliere huisarts bezoeken omdat zij dak-of thuisloos zijn. Hoeveel mensen zonder dak of thuis er precies zijn in Nederland is niet bekend.

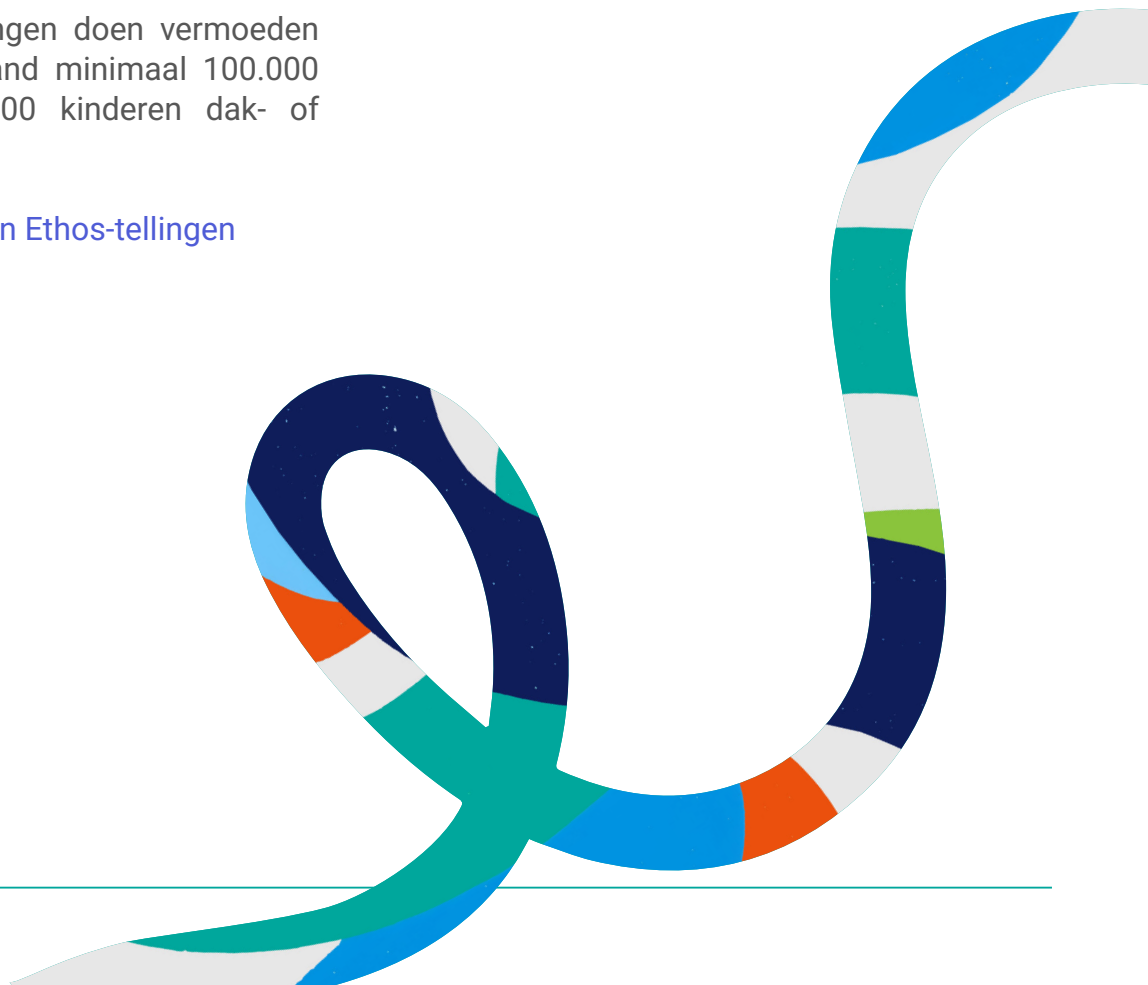
Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2025⁴) spreekt van 33.000 daklozen. Een aantal categorieën is daarbij niet meegeteld: mensen jonger dan 18 of ouder dan 65 jaar en mensen die niet geregistreerd zijn in de Basisregistratie Personen (ongedocumenteerden, veel arbeidsmigranten). Ook zogenaamde bankslapers, mensen die bij familieleden of kennissen op de bank slapen, vallen buiten de CBS-telling. De cijfers van het CBS onderschatten dus het dakloosheidsprobleem.

De recente Ethos-tellingen doen vermoeden dat er in heel Nederland minimaal 100.000 volwassenen en 16.000 kinderen dak- of thuisloos zijn.

 Raadpleeg [Resultaten Ethos-tellingen](#)

‘Ongedocumenteerd’ worden de migranten van buiten de EU genoemd die langer dan drie maanden zonder verblijfsvergunning - en dus illegaal - in Nederland verblijven. Zij hebben geen recht op het afsluiten van een ziektekostenverzekering, legaal werk of huur. Deze leefomstandigheden beïnvloeden hun gezondheid en zorggebruik. Volgens de laatste officiële schatting van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum uit 2020 zou het gaan om tussen de 27.000 en 74.000 mensen (van der Heijden 2020⁶). Schattingen van ondersteunende organisaties liggen vele malen hoger.

Volgens de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd zijn waarschijnlijk zo’n 100.000 mensen niet verzekerd tegen ziektekosten en hun aantal blijft stijgen (IGJ, 2025⁷).



Gezondheid dak- en thuisloze mensen

Dak- en thuisloze mensen voelen zich vaker ongezond

Dat dakloosheid slecht is voor de gezondheid blijkt uit zowel Nederlands als internationaal onderzoek (Aldridge 2018⁸). Bijna 20% van onderzochte dakloze mensen ervaren hun gezondheid als slecht (van Everdingen 2025, Verheul 2020⁹). Dat is het dubbele van de 10% bij laagopgeleide niet-dakloze mensen. Van alle mensen in Nederland benoemt minder dan 5% de eigen gezondheid als slecht.

i Raadpleeg [CBS Gezondheid en zorggebruik: persoonskenmerken](#)

Een scala aan klachten, vaak gerelateerd aan sociale omstandigheden

Hoewel veel dakloze mensen niet spontaan klachten noemen (Verheul 2020⁹), rapporteert meer dan 90% van hen desgevraagd een scala aan gezondheidsklachten. Meer dan de helft klaagde over moeheid; een derde meldde pijn; twee derde vertelde angstig te zijn; de helft was somber (Van Everdingen 2025, Verheul 2020^{9,10}). Somberheid en angst lijken sterk gerelateerd aan sociale problemen. Twee derde van 157 geïnterviewde dakloze mensen klaagde over financiële stress en de helft voelde zich eenzaam; zij linkten hun somberheid aan deze sociale omstandigheden (Verheul 2020⁹).

Een kwetsbaarder groep

Mensen zonder dak of thuis gaan 14-16 jaar eerder dood dan andere mensen en overlijden vaak aan een niet natuurlijke oorzaak (Sloc- kers, 2018, Nusselder, 2014^{11,12}).

Deze slechte gezondheid kan deels het gevolg zijn van aandoeningen die mede de dakloos- heid veroorzaakt hebben zoals verslavingen of chronische psychiatrische ziekte. De belang- rijkste oorzaak ligt echter in de ongunstige leefomstandigheden die zowel een groter risi- co op ziekten leveren als de toegang tot ade- quate zorg in de weg staan. Bij ongeveer 30% van de dakloze mensen zijn aanwijzingen voor een verstandelijke beperking (Reifenschwei- ler, 2016; Van Straaten, 2014^{13,14}). Zij zijn extra kwetsbaar voor uitbuiting op straat, en minder goed in staat hulp te vinden.

Door verhoogde kwetsbaarheid en hogere infectiedruk hebben dakloze mensen een grotere kans op infectieziekten die in andere populaties weinig voorkomen: bijvoorbeeld TBC, hepatitis, scabiës en klierluis (Aldridge, 2018⁵).

Zorggebruik

Minder consulten in de straatzorg dan in de reguliere praktijk

Guikers onderzocht de zorg die in 2023 en 2024 geleverd is door 8 straatzorgpraktijken. In twee jaar tijd hadden in deze praktijken in totaal 10.723 patiënten 50.000 contacten (Guikers 2025¹). Dit betekent dat zij minder vaak op het spreekuur komen dan patiënten in de reguliere huisartsenpraktijk: gemiddeld 2,5 keer per jaar vergeleken met 4,5 consulten per jaar in de reguliere praktijk voor de leeftijdsgroep 45-65 jaar (Terpstra 2025¹⁵).

Waarschijnlijk zoeken dakloze patiënten, ondanks hun slechtere gezondheid en leefomstandigheden, alleen in hoge nood zorg.

Het lijkt er dus niet op dat het verlenen van zorg tot een aanzuigende werking voor onnodige hulpvragen leidt. Wel is mogelijk sprake is van ongewenst uitstelgedrag. Patiënten komen dan in een te laat stadium met hun klachten bij een arts. Dat is een risico voor henzelf, en vergroot tevens de kans op extra hoge zorgkosten.

Psychiatrische of mentale problemen zelden reden voor straatzorgbezoek

Hoewel bekend is dat een groot deel van de daklozenpopulatie psychiatrische of mentale problemen heeft (van Everdingen 2025, Verheul 2020^{9, 10}), is dit zelden de reden voor hen om straatzorg te zoeken. Psychiatrische problemen werden geregistreerd bij slechts 5% van de patiënten in de Amsterdamse praktijk die vooral ongedocumenteerde migranten ziet, en bij 29% van de patiënten in een van

de kleinere praktijken buiten de Randstad waar vooral Nederlandse dakloze patiënten komen. Deze kleinere praktijken registreerden ook vaker verslaving (20% vergeleken met 5% onder de ongedocumenteerde patiënten in Amsterdam). Ter vergelijking: in reguliere huisartsenpraktijken wordt een chronisch psychiatrische aandoening geregistreerd bij 8% van de patiënten, en verslaving bij 2% (Terpstra 2025¹⁵).

Infectieziekten en verwondingen het vaakst aanleiding tot hulpvraag

In de 8 straatzorgpraktijken was de meest voorkomende reden voor contact een infectieziekte: bij 27% van de patiënten (en in sommige praktijken zelfs bij 55% van de patiënten). Dit is een heel ander beeld dan de reguliere praktijk geeft. Daar waren in 2023 en in 2024 de meest voorkomende redenen voor contact met de huisarts bij mannen hypertensie zonder orgaanschade (2,4%) en diabetes mellitus (2,4%), en bij vrouwen urineweginfecties (3,7%) (Terpstra 2025¹⁵). De tweede meest voorkomende reden voor een consult in straatzorgpraktijken was een verwonding: bij 18% van de patiënten. Dit probleem komt niet voor in de top-tien van meest voorkomende problemen in de reguliere praktijk (Terpstra 2025¹⁵).

Onder-registratie chronische ziekten

Bij gemiddeld 15% van de dak- en thuisloze patiënten werd een chronische aandoening geregistreerd (diabetes, COPD, hoge bloeddruk en andere hart- en vaataandoeningen). Zeer waarschijnlijk zijn er meer patiënten met chronische ziekten. Deze ziekten waren echter geen reden voor contact, en resulteerden

evenmin in een recept of verwijzing. Een dergelijke onder-registratie geldt ook voor andere problemen waarvoor patiënten geen hulp vragen aan de straatzorgpraktijk: een verstandelijke beperking of psychiatrische aandoening, roken of het gebruik van verdovende middelen.

Grote verschillen tussen ongedocumenteerde en andere dak- en thuisloze mensen

Opvallend is het grote verschil tussen de Amsterdamse straatzorgpraktijk - die vooral ongedocumenteerde migranten ziet - en andere praktijken. Onder de ongedocumenteerden werd slechts bij 5% psychiatrische problematiek geregistreerd, terwijl dat bij de Nederlandse bezoekers van de andere straatzorgpraktijken om 29% ging. Ongedocumenteerde patiënten kwamen ook minder vaak met verwondingen op het spreekuur. Dit kan wijzen op een ander gezondheidsprofiel van ongedocumenteerde patiënten vergeleken met Nederlandse dakloze patiënten, of een ander hulpzoekgedrag. Uit eerder onderzoek was bekend dat veel ongedocumenteerde mensen wel psychische klachten hebben, maar deze toeschrijven aan de stressvolle leefsituatie en hiervoor geen hulp zoeken (Teunissen 2016¹⁶).



Zorgbehoefte

Zorgbehoefte is groter dan ontvangen zorg

Uit interviews met 157 dakloze mensen in 2017 bleek dat velen wel behoefte aan zorg hadden, maar deze niet ontvingen (Verheul 2020⁹). Zo vertelde 30% van hen dat ze geen toegang tot een huisarts hadden, terwijl ze dat wel graag zouden willen. Van deze mensen klaagde 43% over gebitsklachten, waarvoor meer dan de helft van hen geen zorg ontving. In die tijd had nog 80% van deze groep een zorgverzekering (Verheul 2020⁹).

In 2023-2025 bleek 87% van de straat-zorgpopulatie niet verzekerd (Guikers 2025¹).

De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd concludeerde in haar onderzoek onder onverzekerde mensen in 2025 dat:

“Vele tienduizenden mensen zonder zorgverzekering krijgen vaak geen goede medische hulp als dat wel nodig is. Ze weten de weg niet of durven geen hulp te vragen. Of artsen en andere zorgverleners weten niet dat en hoe ze de zorg kunnen declareren. Het gaat vooral om dak- en thuisloze mensen, EU-arbeidsmigranten en mensen zonder een verblijfsvergunning.”

- IGJ 2025



Zorg niet altijd goed toegankelijk

Dak- en thuisloze mensen ervaren op meerdere niveaus belemmeringen in hun toegang tot zorg. Ook volgens professionals in de straatzorg is zorg voor deze mensen niet altijd goed toegankelijk.

Voor een deel komt dat door de levensomstandigheden van mensen zonder dak of thuis. Ze hebben bijvoorbeeld geen verzekering, onderkennen vaak communicatieproblemen door psychiatrische of verslavingsproblematiek of verstandelijke beperking, en ze zijn bang voor afwijzing. Vaak hebben ze een gebrekkige kennis van het zorgsysteem, en beperkt vertrouwen in anderen én in zichzelf. Andere belemmeringen liggen juist bij zorginstellingen en het zorgsysteem: complexe toelatingseisen, gebrek aan passende vervolgplekken en onbekendheid met wettelijke verplichtingen.

Door een combinatie van factoren ontvangen veel mensen met duidelijke zorgbehoeften niet op tijd de juiste zorg. Aandoeningen die aanvankelijk goed behandelbaar zijn – zoals diabetes of een botbreuk – kunnen zonder tijdige zorg ernstig verslechteren, soms zelfs onomkeerbaar (van Dongen, 2025³).

In de volgende paragrafen worden de knelpunten en hun gevolgen verder uitgewerkt.

Doorverwijzen is vaak lastig

Het verwijzen van dak- en thuisloze patiënten naar vervolgzorg is soms erg ingewikkeld. Uit de inventarisatie van Van Dijk (2025²) blijkt

dat iedere straatzorgverlener gemiddeld zo'n 26 keer per jaar meemaakt dat een patiënt geweigerd wordt door een instantie: door gebrek aan verzekering of adres, of door dubbeldiagnostiek. Vooral lastig is de toegang tot GGZ/verslavingszorg, fysiotherapie, hulpmiddelen, revalidatie en langdurige zorg.

Patiënten worden soms na een langdurige opname terug naar straat ontslagen door gebrek aan passende opvang. Dit zorgt voor terugval, onveiligheid en onnodige heropnames (van Dongen, 2025³).

Toegang tot palliatieve zorg is erg moeilijk voor dak- en thuisloze mensen (Klop 2018¹⁷).

Onbekendheid van plichten en financiële regelingen

Zorgverleners en zorginstanties zijn niet altijd op de hoogte van hun wettelijke plichten om zorg te verlenen. Ook (vermeende) financiële barrières of weerzin tegen - eveneens vermeende - administratieve hoepels maken dat patiënten geweigerd worden.

Weigering vervolgzorg door complexiteit

Complexe combinaties van fysieke, verslavings- en psychiatrische ziektebeelden met ingewikkeld gedrag maken dat patiënten toegang tot zorg wordt ontzegd. Zo verlangt de GGZ eerst ontwenning, terwijl de verslavingszorg juist eerst inzet op behandeling van mentale problematiek. Veel instellingen stellen daarnaast een stabiele woon- of thuissituatie als voorwaarde. Of ze wijzen af vanwege

gedrag van de patiënt, onverzekerdeheid, multi-problematiek of taalbarrières. Ook praktische factoren als het ontbreken van een postadres spelen mee. Soms is er simpelweg weinig bereidheid om complexe casuïstiek op te pakken: cherry picking of angst voor gedoe rond door- en uitstroom blijft helaas een rem op toegang tot de juiste zorg. Hoewel straatzorgverleners duidelijke barrières ondervinden in de toegang van hun patiënten tot vervolgzorg, ontdekken sommigen van hen in de praktijk hoe ze die hindernissen kunnen omzeilen (Van Dijk 2025²).

Toegang wordt vergemakkelijkt als ze iemand mee laten gaan naar het ziekenhuis. Maar wat in hun ervaring vooral belangrijk is: een goed lokaal netwerk en persoonlijk contact met de tweedelijnszorg.

Verkeerde-bed-problematiek

Het niet kunnen ontslaan van patiënten door het ontbreken van een passende vervolgplek (zoals een Wlz-instelling, GGZ-voorziening, maatschappelijke opvang of revalidatie) zorgt voor 'verkeerde-bed-problematiek' en stagnerende doorstroom. Even vaak leidt het tot ontslag richting straat, of tot weigering van opname of behandeling omdat instellingen verwachten dat zij de patiënt later moeilijk kunnen plaatsen. Lokale overleggen tussen zorg- en hulpverleners hebben bovendien onvoldoende mandaat om vastgestelde urgentie daadwerkelijk om te zetten in een plaatsing.

Gemiste signalen

Vroege signalen worden geregeld over het hoofd gezien, vooral bij mensen met psychiatrische problematiek, een (lichte) verstandelijke beperking of bij groepen zoals

alleenstaande minderjarige asielzoekers en arbeidsmigranten.

Huisartsen en wijkteams raken soms niet, te laat of te beperkt betrokken, waardoor verslechtering onopgemerkt blijft.

Ook ontbreekt in veel situaties tijdige bemoeizorg of outreachend werken bij maatschappelijke teloorgang, waardoor interventies pas laat op gang komen.

Niet in alle centrumgemeenten is straatzorg beschikbaar

In een aantal gemeenten in Nederland is straatzorg beschikbaar: zorg specifiek voor deze doelgroep, laagdrempelig, vaak in opvanglocaties, door mensen die verstand hebben van de complexe combinaties van ziektebeelden en maatschappelijke problemen waar deze populatie vaak last van heeft, maar ook van manieren om deze zorg te financieren. In de tijd van het onderzoek van Verheul in 2017⁹ wisten nogal wat geïnterviewden niet van het bestaan van straatzorgpraktijken. Op dat moment was er in 33% van de gemeenten die verantwoordelijk zijn voor de maatschappelijke opvang (de 43 centrumgemeenten) geen straatzorg (Van Daalen 2018¹⁸). Sindsdien is het aantal straatzorgpraktijken toegenomen.

In een kwart van de centrumgemeenten ontbreekt het aan straatzorg.

 **Raadpleeg** [NSG Straatzorg in kaart](#)

Vergoeding straatzorg niet in proportie tot inzet en complexiteit

Volgens straatzorgverleners kost eerstelijns straatzorg aanzienlijk meer tijd dan reguliere huisartsenzorg (Van Dijk 2025²). Consulten duren langer vanwege complexe problematiek. Ze zijn vaak op locatie en dus veel tijdsintensiever. Patiënten komen regelmatig niet naar hun afspraak. Bij doorverwijzing zou eigenlijk altijd een begeleider mee moeten. Administratieve inschrijvingen duren langer (door taal/cultuurverschillen en het ontbreken van een medisch dossier). Overleggen met en adviesvragen van gemeente, GGD, verpleegkundigen, maatschappelijke opvang en andere zorgverleners kosten veel tijd, maar zijn ook essentieel voor succesvolle zorgverlening.

De complexiteit per patiënt en de tijd die nodig is om passende en duurzame zorg te bieden of te continueren, worden niet weerspiegeld in de huidige vergoeding.

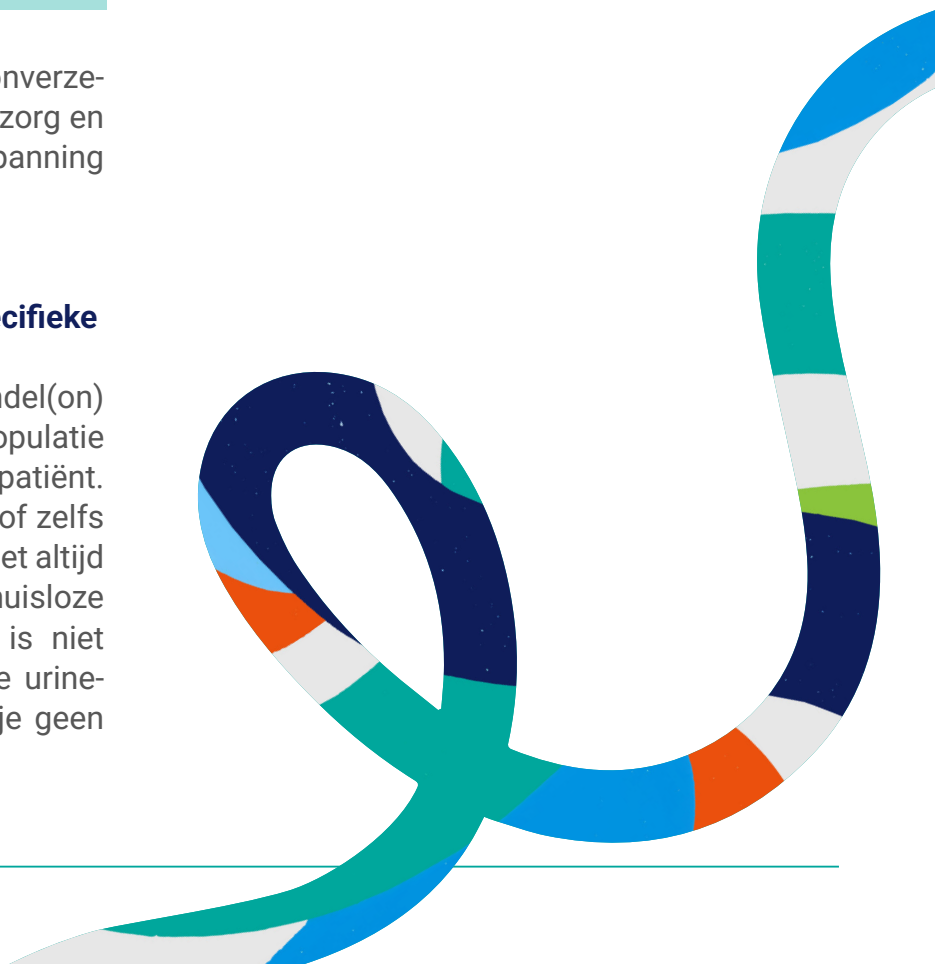
Dit geldt zowel voor verzekerde als onverzekerde patiënten. Ook in de tweedelijnszorg en langdurige zorg is de benodigde inspanning groter dan bij de gemiddelde patiënt.

Gebrek aan kennis over populatie-specifieke zorg

Zowel de epidemiologie als de behandel(on)mogelijkheden van de straatzorgpopulatie verschillen van die van de gemiddelde patiënt. Standaardbeleid is vaak niet mogelijk of zelfs onverstandig. Huidige richtlijnen zijn niet altijd toereikend in de zorg voor dak- en thuisloze mensen. Rust houden, bijvoorbeeld, is niet haalbaar. Diuretica (medicijnen die de urineproductie verhogen) zijn niet fijn als je geen

toilet hebt. Medicatie in de koelkast bewaren gaat niet. Driemaal daags iets innemen wordt lastig. Een wond schoonhouden is een uitdaging en dagelijkse verbandwissel een utopie. Interacties met drugs en psychofarmaca zijn ook een punt van aandacht, evenals verslavende medicatie. Aangezien deze populatie vaak niet geïnccludeerd is in studies, is er weinig evidence beschikbaar over wat effectieve behandelingen zijn.

Straatzorgverleners geven duidelijk aan behoefte te hebben aan richtlijnen - zowel als houvast in hun dagelijks werk als ter bescherming op juridisch vlak (bijvoorbeeld richting IGJ of tuchtrecht).



Conclusies

Dit signalement laat zien dat de straatzorgpopulatie omvangrijker is dan officiële schattingen doen vermoeden. Ook toont het dat dak- en thuisloze mensen kwetsbaarder zijn. Tegelijkertijd wordt de toegang tot passende zorg op meerdere niveaus belemmerd. De combinatie van complexe gezondheidsproblemen, onder-registratie, belemmerde toegang en ontoereikende organisatie en financiering van zorg leidt tot ondergebruik van noodzakelijke zorg en verergering van gezondheidsproblemen. In dit hoofdstuk vatten we de belangrijkste bevindingen samen. Daarna formuleren we aanbevelingen voor beleid, praktijk, scholing en verder onderzoek.

Straatzorgpopulatie is groter, jonger en meer divers dan gedacht

Het aantal dak- en thuisloze mensen is vele malen hoger dan de officiële schattingen van het CBS. De populatie is de afgelopen jaren veranderd, met meer EU-migranten en mensen met een baan. Hoewel nog altijd de meerderheid man is, blijkt toch ook zo'n 30% vrouw te zijn en zijn er ook kinderen thuisloos. Vergeleken met de gemiddelde leeftijd in Nederland is de populatie van mensen zonder dak of thuis jonger. De meerderheid is onverzekerd tegen ziektekosten.

Dak- en thuisloze mensen zijn ongezonder en leven korter

Vergeleken met andere mensen in Nederland ervaren dakloze mensen hun gezondheid veel vaker als slecht. Zij hebben veel lichamelijke, psychische en sociale problemen.

Hun levensverwachting is 14 jaar korter.

Uitgebreidere registratie bij zorggebruik kan inzicht vergroten

Vergeleken met de reguliere huisartsenpraktijk komen patiënten van straatzorgpraktijken half zo vaak op het spreekuur, en worden zij ook veel minder vaak doorverwezen naar vervolgzorg. Van de – vrij toegankelijke – straatzorg lijkt dus geen aanzuigende werking uit te gaan. Ook lijken straatzorgverleners veel problemen zelf op te lossen. Het relatief lage zorggebruik kan echter ook wijzen op ondergebruik van noodzakelijke zorg, zoals te weinig controle bij chronische ziekten. Straatzorg kost meer tijd per patiënt: door de taalbarrières, complexiteit van de problematiek en de moeite die het regelen van adequate vervolgzorg kost. Verder onderzoek is nodig om inzicht te krijgen in de effectiviteit van straatzorg en de (maatschappelijke) kosten en baten. Gezondheidsproblemen waarvoor geen hulp gezocht wordt, worden vaak niet geregistreerd. Hierdoor ontbreekt een goed inzicht in het aantal straatzorgpatiënten met chronische aandoeningen. Ook ontbreekt inzicht in de uitkomsten van zorg voor mensen met chronische aandoeningen zoals diabetes of hart- en vaatziekten. Nader onderzoek en aanbevelingen voor registratie in patiëntendossiers kunnen bijdragen aan beter inzicht in de toekomst.

Zorgbehoeften groter dan de toegang tot zorg

Ook in de tijd dat de meerderheid van de straatzorgpopulatie nog een zorgverzekering had (2017), had een aanzienlijk deel van hen onvervulde zorgbehoeften. Van hen had 20% geen huisarts terwijl ze dat wel wilden. Met name voor gebitsklachten konden zij geen zorg vinden. Deze onvervulde behoeften lijken

alleen maar te zijn toegenomen, in ieder geval voor de mensen zonder zorgverzekering. De toegang tot zorg voor dak- en thuisloze mensen kent een groot aantal barrières op individueel, interpersoonlijk, organisatorisch en systemisch vlak. Iedere straatzorgverlener maakt gemiddeld zo'n 26 keer per jaar mee dat een patiënt geweigerd wordt door een instantie, met name in GGZ/verslavingszorg, fysiotherapie, en langdurige zorg. We hebben gezien dat de samenstelling van de straatzorgpopulatie verandert. Dat geldt ook voor het Nederlandse zorglandschap (bijvoorbeeld door het gebrek aan huisartsenpraktijken). Een nieuwe inventarisatie van de ervaringen van dakloze mensen zelf - met hun gezondheid en toegang tot zorg - is dringend gewenst.

Oplossingen van de barrières liggen bij de politiek en bij de financiering van de zorg, op het gebied van voorlichting aan professionals maar vooral in het versterken van de lokale samenwerking.

Onderzoek naar goede voorbeelden en werkzame elementen alsmede naar oplossingen voor de verzekeringsproblematiek kan bijdragen aan een betere toegang tot zorg in de toekomst.



Aanbevelingen

AANBEVELINGEN VOOR DE POLITIEK EN FINANCIERING VAN DE ZORG

Pak onverzekerde aan

Zorg ervoor dat niemand onverzekerd raakt doordat hij of zij een adres of werk verliest. Dit gebeurt nu vaak bij EU-arbeidsmigranten, mensen die dakloos worden of ex-gedetineerden die hun verzekering na vrijlating niet opnieuw activeren. Maak het weer mogelijk om verzekerd te zijn zonder vast woonadres, zodat BRP-registratie geen drempel vormt voor zorg. Werk samen met gemeenten en zorgverzekeraars aan toegankelijke manieren om een verzekering af te sluiten en om te gaan met het eigen risico, zodat mensen niet buiten de zorg komen te staan.

Maak regels en financieringsmogelijkheden bekend

In Nederland is het recht op zorg in de wet vastgelegd. Ook onverzekerden of mensen zonder adres hebben recht op alle medisch noodzakelijke zorg. Dit is alle zorg volgens gangbare professionele richtlijnen en gewoonten. Financiering van deze zorg is al jaren mogelijk. Toch wordt nog steeds heel veel mensen noodzakelijke zorg geweigerd omdat zorgverleners, instanties of baliemedewerkers niet goed op de hoogte zijn. Voorlichting voor instanties zoals ziekenhuizen, GGZ-instanties en verpleeghuizen en voor professionals in alle lagen van de organisatie is gewenst. Deze zou ook onderdeel kunnen zijn van de medische basis- en vervolgopleidingen. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zou haar scope kunnen uitbreiden van toezicht op geleverde zorg, naar handhaven op onterecht niet-verleende zorg.

Straatzorg in iedere centrumgemeente

In een kwart van de centrumgemeenten in Nederland is géén straat zorg aanwezig.

Raadpleeg [NSG Straatzorg in kaart](#)

Toegankelijke laagdrempelige zorg aan deze populatie is belangrijk. Er zijn verschillende opties voor het organiseren van straat zorg, die worden beschreven in de Gids voor starters en doorzetters in straat zorg, waarmee zorgverleners en beleidsmakers handvatten en richting krijgen bij het ontwikkelen van straat zorg.

Raadpleeg [Gids voor starters en doorzetters in straat zorg](#)

AANBEVELINGEN VOOR STRAATZORGVERLENERS

Registreer alle problemen op dezelfde wijze als de huisartsen

In de huidige patiëntendossiers van straatzorgpraktijken zijn zelden problemen geregistreerd waarvoor de patiënt geen zorg vroeg. Dit verhindert een nauwkeurig inzicht in de aard en omvang van hun problemen op het gebied van fysieke, mentale en sociale gezondheid. In Nederland bestaan diverse huisartsenregistratienetwerken, waarvan de systematiek van registreren gevolgd zou kunnen worden.

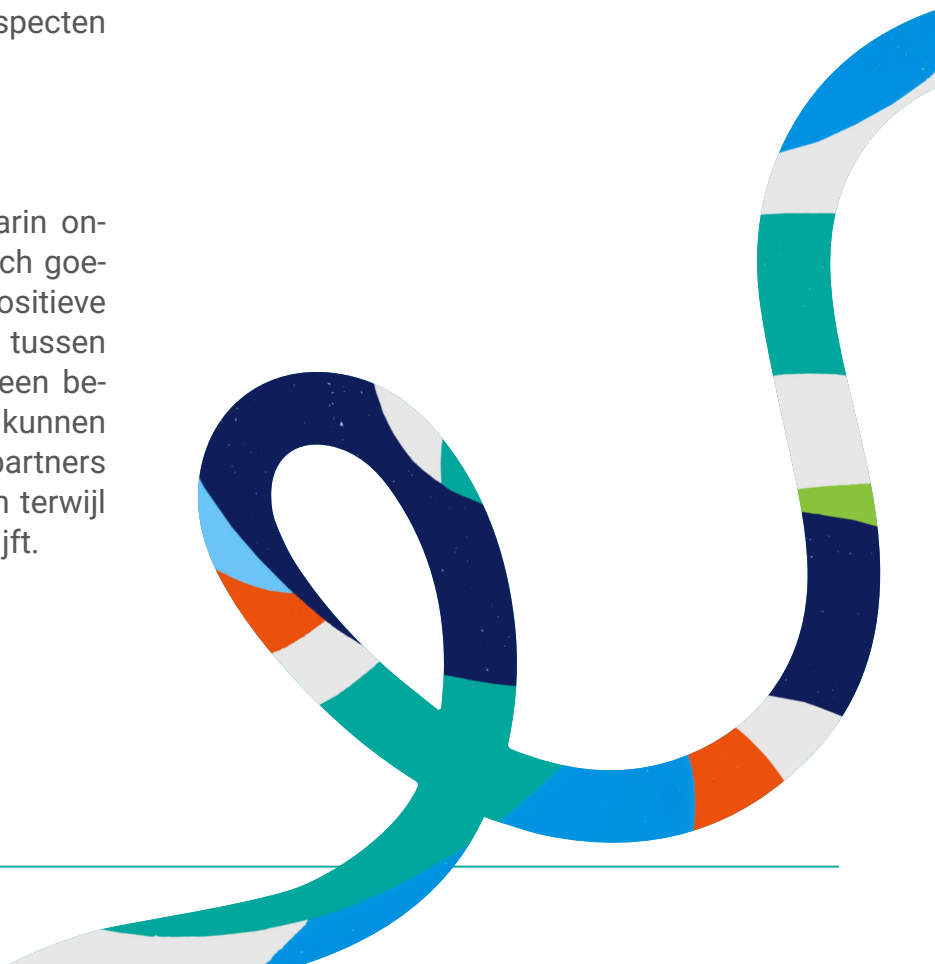
Ontwikkel en implementeer richtlijnen en scholing in de populatie-specifieke zorg

Zowel voor straatzorgverleners als voor andere professionals in de zorg dient kennis en scholing beschikbaar te zijn over de specifiek aan deze populatie gerelateerde aspecten van zorg.

Stimuleer samenwerking

Er zijn voorbeelden van situaties waarin ondanks de geconstateerde barrières toch goede zorg geleverd wordt. In al deze positieve voorbeelden speelt samenwerking tussen straatzorgpraktijk en lokale partners een belangrijke rol. Eerstelijns-verblijf-bedden kunnen soms de beddendruk op andere ketenpartners verminderen en doorstroom faciliteren terwijl een goede overdracht gewaarborgd blijft.

De aanbevelingen in dit signalement sluiten aan bij het rapport Arbeidsmigranten Veilig en Gezond (NVAB, NVVG & KAMG, 2026), dat o.a. pleit voor laagdrempelige tolkinzet, betere informatie over rechten en zorgroutes en versterkte samenwerking tussen publieke gezondheidszorg, bedrijfsartsen en andere domeinen¹⁹.



AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

Hoewel er de afgelopen jaren waardevolle inzichten zijn verzameld, bestaan er nog aanzienlijke kennislacunes die effectief beleid en passende zorgverlening in de weg staan. Voor een volledig en actueel beeld van de straatzorgpopulatie en haar zorgbehoeften is aanvullend onderzoek noodzakelijk.

INZICHT IN DE POPULATIE EN HAAR ZORGBEHOEFTE

Beter zicht op de gezondheid, zorgbehoeften en ervaringen van dak- en thuisloze mensen, inclusief degenen die geen straatzorgpraktijk bezoeken.

Meer kennis over verschillen tussen subgroepen, zoals ongedocumenteerden, EU-migranten en Nederlandse dakloze mensen.

INZICHT IN STRAATZORG PRAKTIJKEN

Vergelijkende gegevens over verwijzingen, recepten en andere zorgprocessen in straatzorgpraktijken ten opzichte van de reguliere huisartsenpraktijk.

Betere registratie van gezondheidsproblemen waarvoor géén zorg wordt gezocht, zodat de omvang van chronische aandoeningen beter zichtbaar wordt.

INZICHT IN ZORGUITKOMSTEN EN COMPLEXITEIT

Onderzoek naar het aantal patiënten met chronische aandoeningen (zoals diabetes en hart- en vaatziekten) en de uitkomsten van hun zorgtraject.

Inzicht in de effectiviteit van straatzorg en de maatschappelijke kosten en baten ervan.



INZICHT IN KENNIS EN HANDELINGS-MOGELIJKHEDEN VAN ANDERE ZORGVERLENERS

Meer inzicht in de kennis en ervaringen van zorgverleners buiten straatzorgpraktijken: wat weten zij over deze doelgroep, welke mogelijkheden hebben zij om zorg te verlenen, en hoe ervaren zij financiering en uitvoering?

ONDERBOUWING VOOR EEN MAAT-SCHAPPELIJKE KOSTEN-BATEN ANALYSE (MKBA)

De door KPMG ontwikkelde opzet voor een MKBA naar tijdige toegang tot zorg kan pas worden uitgevoerd als ontbrekende gegevens worden verzameld. Het is daarom wenselijk de komende jaren de benodigde data op te bouwen, met name voor aandoeningen zoals diabetes, hart- en vaatziekten en infectieziekten.

Meerjarig onderzoeksprogramma

Om deze kennislacunes systematisch op te vullen heeft de NSG, samen met het Radboudumc, een opzet ontwikkeld voor een meerjarig onderzoeksprogramma naar straatzorg. Doel hiervan is om de populatie, haar gezondheid en het gebruik en de kwaliteit van straatzorg over de tijd in kaart te brengen. Daarbij wordt aanbevolen aan te sluiten bij bestaande registratienetwerken in de huisartsenzorg (zoals FaMeD of de NIVEL Zorgregistratie) om vergelijkbaarheid en kwaliteit van de analyses te waarborgen.

Tot slot

De inzichten in dit signalement tonen aan dat tijdige, toegankelijke en passende zorg voor dak- en thuisloze mensen allesbehalve vanzelfsprekend is, terwijl de gezondheidswinst groot kan zijn.

Met gerichte beleidskeuzes, betere samenwerking in de keten, passende financiering en verdere opbouw van kennis kan deze zorg daadwerkelijk verbeteren.

De NSG blijft zich de komende jaren inzetten om – samen met straatzorgverleners, onderzoekers, gemeenten, zorginstellingen en het Rijk - de benodigde kennis te ontwikkelen en te vertalen naar betere zorg en betere uitkomsten voor deze groep mensen.



Referenties

- 1 Guikers, A. [The nature and extent of primary care provided in dutch street medicine practices](#). Research report Radboudumc Nijmegen dep Primary Care and Public Health, 2025
- 2 Van Dijk, M. [Barriers and facilitators in healthcare accessibility for street medicine patients in the Netherlands: A mixed methods approach exploring street medicine professionals' perspectives](#). Research report Radboudumc Nijmegen dep Primary Care and Public Health, 2025
- 3 Van Dongen, S.I., van Beek, E.F. [Onverzekerd en ziek in Nederland Casuïstiek- en panelstudie naar zorgen ondersteuningstrajecten, ervaren knelpunten en gevolgen](#). Erasmus MC, Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, CEPHIR, Academische werkplaats publieke gezondheid, Rotterdam-Rijnmond, Zeeland en Zuid-Holland Zuid, 2025
- 4 CBS. [Dakloze mensen; persoonskenmerken](#), 2023
- 5 Kansfonds [Resultaten ETHOS tellingen dak- en thuisloosheid 2025](#)
- 6 Van der Heijden, P.G.M., Cruyff, M.J.L.F., Engbersen, G.B.M., van Gils G.H.C. [Schattingen onrechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen 2017 – 2018](#). Utrecht 2020; Wetenschappelijk Referenties 25 Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- 7 Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd IGJ, Rapport [Stel zorgverleners in staat om medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden te bieden](#), 2025
- 8 Aldridge, R.W., Story, A., Hwang, S.W., Nordentoft, M., Luchenski, S.A., Hartwell, G., ... & Hayward, A.C. [Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in highincome countries: a systematic review and meta-analysis](#). The Lancet, 391(10117), 241-250, 2018
- 9 Verheul, M., Van Laere, I., Van Genugten, W., Van den Muijsenbergh, M. [Self-perceived health problems and unmet care needs of homeless people in the Netherlands: the need for pro-active integrated care](#). journal of social intervention: theory and practice. Volume 29; issue 1, 2020
- 10 Van Everdingen-Bongers, J. J. [Fair space: social pathways toward thriving for all](#). [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Maastricht University, 2025
- 11 Slockers, M.T., Nusselder, W.J., Rietjens, J., van Beeck, E.F. [Daklozen overlijden het vaakst door suïcide of moord](#), 2018
- 12 Nusselder, W.J., Slockers, M.T., Krol, L., Slockers, C.T., Looman, C.W., & van Beeck, E.F. [Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001–2010](#). PloS one, 8(10), e73979, 2013
- 13 Reifenschweiler, N., Wolf, J., Van den Muijsenbergh, M. [Suspected intellectual disability among homeless people in Nijmegen: What is the prevalence?](#) Research report, Radboudumc dep. Primary and Community Care Nijmegen, 2016
- 14 Van Straaten, B., Schrijvers, C.T.M., Van der Laan, J., Boersma, S.N., Rodenburg, G., Wolf, J.R.L.M., Van de Mheen, D. [Intellectual disability among Dutch homeless people: prevalence and related psychosocial problems](#). PLoS ONE. 2014;9(1):e86112, 2014
- 15 Terpstra, N., Heins, M., Weesie, Y., van der Hout, V., Baarda, E., Hasselaar, J., et al. [Zorg door de huisarts: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2024 en trendcijfers 2020-2024](#). Utrecht, 2025
- 16 Teunissen, E., Sherally, J., van den Muijsenbergh, M., Dowrick, C., van Weel-Baumgarten, E., van Weel, C. [Mental health problems of undocumented migrants \(UM\) in the Netherlands: a qualitative exploration of help-seeking behaviour and experiences with primary care](#). BMJ open 2014; 4.11 e005738
- 17 Klop et al. BMC Public Health. [Care avoidance among homeless people and access to care: an interview study among spiritual caregivers, street pastors, homeless outreach workers and formerly homeless people](#), 18:1095, 2018
- 18 Van Daalen, K., Kromwijk, E., van den Muijsenbergh, M., van Laere, I., Sassen B. [Sociaal medische zorg daklozen niet overal vanzelfsprekend](#). TVZ 04: 46-9, 2018
- 19 Werkgroep Arbeidsmigranten Veilig en Gezond. [Arbeidsmigranten veilig en gezond: Wat werkt in de praktijk – en wat dat vraagt van professionals, beleid en organisaties](#). NVAB, NVVG & KAMG, 2026

