

# Barriers and facilitators in healthcare accessibility for street medicine patients in the Netherlands: A mixed-methods approach exploring street medicine professionals' perspectives

Author: Marieke van Dijk<sup>1</sup> (s1004994)

Supervisors: Prof. dr. Jeanine Suurmond<sup>1</sup> and Prof. dr. Maria van den Muijsenbergh<sup>2</sup>

Date: 26 September 2025

Word count main text: 3500

Word count abstract: 222

<sup>1</sup>Department of Primary and Community Care, Radboud University Medical Center, Nijmegen, The Netherlands.

<sup>2</sup>Netherlands Streetdoctors Group, the Netherlands

## Table of Contents

Abstract.....	3
Introduction .....	4
Methods.....	5
Study design and approach.....	5
Setting .....	5
Study population.....	5
Data collection .....	5
Data analysis .....	6
Ethics statement.....	6
Results.....	7
Quantitative .....	7
Qualitative.....	11
Person-centred care.....	11
Competencies of care providers .....	12
Healthcare organisation.....	13
Discussion.....	14
Comparison with existing literature.....	15
Strengths and limitations .....	15
Recommendations .....	15
Conclusion.....	16
References.....	17
Appendices.....	19
Appendix 1. Survey participant information letter .....	19
Appendix 2. Interview participant information letter .....	21
Appendix 3. Survey .....	23
Appendix 4. Interview guide .....	41
Appendix 5. Supplementary figure from survey .....	45

## Abstract

**Background:** The homeless population in the Netherlands is growing. Homeless people experience more health problems and have a lower life expectancy compared to the general population. However, they encounter barriers in accessing healthcare services. Consequently, they make use of street medicine initiatives, rather than visiting a general practitioner. This study aims to gain insight into healthcare accessibility for this population in the Netherlands, with a focus on barriers and facilitators.

**Methods:** This study used a mixed-method explanatory sequential design, combining an online survey among Dutch street medicine professionals (N=33) with semi-structured interviews (N=6). Descriptive statistical analysis was conducted in SPSS; thematic analysis in ATLAS.ti.

**Results:** Most survey respondents perceived patient-related barriers (patients' behaviour (perceived by 91%), lack of health insurance (91%) and stable housing (85%)), as well as provider-related barriers (lack of knowledge (82%) and cooperation (76%)). Qualitative findings were structured around three barriers in (1) Person-centred care, (2) Competencies of care providers, and (3) Healthcare organisation. Low-threshold services, aligned with patients' contexts was identified as a key facilitator. Professionals' knowledge, attitudes, and skills could be enhanced through training. Professional networks and collaboration were also essential facilitators.

**Conclusion:** Healthcare accessibility for patients engaged in street medicine in the Netherlands is hindered by both patient- and provider-level barriers. Therefore, person-centred care, improvement of care providers' competencies, and stronger networks and collaboration are needed.

## Introduction

Between 2022 and 2024, the number of homeless people in the Netherlands has increased from 22 thousand to 33 thousand, estimated by Statistics Netherlands(1). This population consists of individuals lacking proper housing, as defined by the ETHOS classification. However, since they are typically not included in official registries, the extent of this population is likely underestimated(2).

In general, this population is more at risk of health problems and has a life expectancy 15 years shorter than the general population(3, 4). A systematic review from the US and Europe found a higher mortality rate and morbidity from as infections, mental health problems, cardiovascular and respiratory conditions(3). A Dutch study found a 3.5 times higher mortality rate among homeless people in Rotterdam than in the general population(4). The Dutch homeless population encounters problems such as problematic financial debts and loneliness, which can both negatively impact their health. They also suffer from health problems due to living on the street, such as respiratory problems, dental problems, musculoskeletal problems and pain(5). Almost all Dutch homeless service users have health problems across multiple health domains (mental, physical, and social)(6). They also perceive unfulfilled healthcare needs(5).

Given the large burden of health problems, it is important that homeless people can access healthcare tailored to their needs. Consistent with the theory of the Inverse Care Law(7), care for this group, with the highest needs, is the least accessible, even in countries like the Netherlands, with universal health coverage and a strong primary care system where every person is entitled to register with a general practitioner (GP) and can visit the GP for free, even when uninsured(8, 9). Homeless people face barriers to accessing care, such as the lack of money and health insurance, the inability to register, and the fear of stigma when registering with general practitioners, dentists, or psychologists(5). Healthcare systems in Europe lack flexibility in delivering care to people experiencing homelessness(10, 11).

To reduce at least some of the existing barriers in access to care for homeless people, care should be tailored to the needs of this group and outreaching(10). So called 'street medicine' practices aim to provide primary care tailored to the needs of homeless individuals, uninsured persons, and others who lack access to a GP. The Netherlands Streetdoctors Group (NSG) is an independent foundation which unites and supports street medicine professionals in the Netherlands and thereby aims to improve access and quality of care for homeless people(12).

Over the past 10 years, people experiencing homelessness have been interviewed about their experiences(5, 13), but little is known about the experiences of street medicine professionals regarding the accessibility of the Dutch healthcare system for people experiencing homelessness and their suggestions and wishes for support and improvement. Therefore, this study aims to gain insight into the experiences of street medicine professionals in the Netherlands regarding barriers and facilitators to access healthcare for the "street medicine population". Having this insight may improve healthcare accessibility for this population.

# Methods

## Study design and approach

This study had an explanatory sequential design(14), combining a quantitative approach of a cross-sectional online survey of street medicine professionals followed by an in-depth qualitative study of semi-structured interviews with a purposive sample of the same population. The survey aimed to quantify the frequency of experiences and identify overall patterns among street medicine workers. The interviews were conducted to provide a deeper interpretation of the survey results.

## Setting

The study was commissioned by the NSG, which approached the researchers at Radboud University Medical Centre Nijmegen with the request to perform this study as well as a study on the nature and extent of the care provided in Dutch street medicine practices.

## Study population

Survey respondents were recruited through convenience sampling: All street medicine professionals from the network of the NSG were invited to complete the online survey. The link was distributed through various media, including WhatsApp, the NSG newsletter, and LinkedIn. Additionally, reminders were sent to increase the response rate. Respondents received an information letter (Appendix 1) and gave informed consent prior to completing the survey. At the end, they were asked to give permission to be approached by the research team for interviews. Subsequently, a purposive sample of survey respondents were contacted to participate in interviews. Participants received an information letter (Appendix 2) and provided both written and verbal consent.

## Data collection

The survey (Appendix 3), based on literature and suggestions from five street medicine experts, included an estimate of the nature and scope of respondents' patient population, barriers in healthcare access, their causes and facilitators to improve accessibility. Questions were in Dutch, as participants were Dutch-speaking. The survey was pilot-tested by nine individuals (street medicine experts, researchers and students) – both familiar and unfamiliar with the topic – to evaluate clarity, comprehensibility, interpretation, and potential technical problems. After testing, formulations of the questions and settings were adapted. In July 2025, the survey was launched via LimeSurvey, generating mainly numerical or ordinal data.

During August 2025, six semi-structured interviews were conducted (three in person, three online via Microsoft Teams, with an average duration of 65 minutes (range: 51-86 min). The interviews followed an interview guide (Appendix 4) based on the results from the survey, street medicine experts' experience, and previous studies(10, 15). It covered the participants' role in street medicine and patient population, healthcare accessibility, and perceived barriers and facilitators. Interviewee characteristics were noted. Interviews were in Dutch, as both the interviewer and participants were Dutch speaking. After two interviews, insights were discussed with the research team and street medicine experts.

All interviews were audio-recorded and transcribed verbatim using aTrain using the Large-v2 model(16), then controlled, adapted and anonymized prior to analysis. Illustrative excerpts were translated to English.

## Data analysis

Data from the online survey was descriptively statistically analysed using SPSS 29.00 and Microsoft Excel 2408, with results rounded to one decimal place. For the 4-point Likert item, scores were summed according to respondents' rankings, with weights of three, two, and one point assigned to first, second, and third place, respectively.

Thematic analysis was applied using inductive coding of the answers to the open-ended questions and the interviews transcripts, based on the six step iterative process as defined by Braun and Clarke(17), using ATLAS.ti 24.0.0. The first two transcripts were independently coded by a second research intern (Department of Primary and Community Care at Radboudumc, sixth-year medical student), the third and fourth transcripts were independently coded by a professor of the same department. After each of the first four transcripts, codes were compared and the codebook was revised by consensus. Categories and themes were discussed with the research team.

## Ethics statement

The Medical Ethics Review Committee (METC) Oost-Nederland has declared that the study was not subject to the Medical Research Involving Human Subjects Act (WMO) (Project number: 2025-1845).

# Results

## Quantitative

A total of 33 street medicine professionals completed the online survey. They were based in 16 geographically dispersed cities throughout the country, including both major and smaller towns. 23 respondents worked in a city that did not have a dedicated street medicine practice, whereas 10 did. Table 1 shows an overview of the characteristics of the participants of this study. Overall, the responses of the survey varied considerably, as indicated by the descriptive statistics and the wide standard deviation, suggesting substantial diversity among the respondents' experiences.

Respondents estimated that of their street medicine population 68% were male, 83% had own living space, and 73% were uninsured, of whom 36% were considered uninsurable. Among the respondents, 64% reported conducting consultations with street medicine patients in shelter settings, 19% encountered patients during outreach activities, and 17% conducted consultations within a general practitioner (GP) practice. An overview of the estimated street medicine population is presented Table 2.

	Mean	SD	Median
<b>Street medicine patients (N/year)</b> <sup>1</sup>	595,5	979,6	200
<b>Street medicine patients (%)</b> <sup>2</sup>	51,5	38,0	40
<b>Patient characteristics</b>			
Male (%)	67,7	21,3	70
Female (%)	28,5	20,7	25
Children (%)	3,8	5,6	0
No living space (%)	82,9	16,1	90
With living space (%)	17,1	16,1	10
Uninsured (%)	72,7	22,4	80
Insurable within the NL (%)	39,2	29,5	30
Uninsurable (%)	35,8	22,3	20
Insurable within the EU (%)	25,0	30,6	20
Insured (%)	27,3	22,4	20
<b>Consultation location</b>			
Shelter settings (%) <sup>3</sup>	64,4	34,7	80
Outreach (%)	19,1	29,5	5
GP practice (%)	16,5	27,5	0

Table 2. Survey respondents' estimation patient population in street medicine. NL = The Netherlands, EU= European Union, GP = general practitioner.

<sup>1</sup>Estimation of the number street medicine patients seen by a street medicine professional per year

<sup>2</sup>Estimation of the share of street medicine patients within the total patient population seen by a street medicine professional

<sup>3</sup>Homeless shelters or organisations specialised in other vulnerable populations

		<b>N (%)</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Median</b>	
	<b>Total survey respondents</b>	33 (100)				
<b>Gender</b>	Female	22 (67)				
	Male	10 (30)				
	Non-binary	1 (3)				
<b>Function</b>	Nurse	12 (36)				
	General practitioner	10 (30)				
	Also in regular GP practice	6 (18)				
	Care provider, other <sup>1</sup>	5 (15)				
	GP nurse	1 (3)				
	Ophthalmologist	1 (3)				
	Gynaecologist	1 (3)				
	Elderly Care Physician	1 (3)				
	Physician specialised in intellectual disability care	1 (3)				
	Volunteer doctor	1 (3)				
	<b>Setting</b>	Practice specifically for street care	12 (36)			
		Public Health Services	7 (21)			
		GP practice which also provides street care	6 (18)			
Other		12 (36)				
Organisations <sup>2</sup>		8 (24)				
(Home) care organisation		2 (6)				
Local authority		1 (3)				
<b>Education</b>	Yes	24 (73)				
	NSG CME	20 (61)				
	Conferences	14 (42)				
	Part of GP education	3 (9)				
	Other	4 (12)				
	Part of nursing school	1 (3)				
	No	9 (27)				
<b>Cities</b>	No dedicated street medicine practice	23 (70)				
	With dedicated street medicine practice	10 (30)				
<b>Experience in street medicine (years)</b>			8,2	8,7	5	
	<b>Total interview participants</b>	6 (100)				
<b>Function</b>	Street doctor	3 (50)				
	Street nurse	1 (17)				
	Practice Nurse in GP	1 (17)				
	Outreach worker	1 (17)				
<b>Cities</b>	No dedicated street medicine practice	4 (67)				
	With dedicated street medicine practice	2 (33)				
<b>Gender</b>	Female	4 (67)				
	Male	2 (33)				
<b>Nationality</b>	Dutch	6 (100)				
<b>Age (years)</b>			51,0	11,6	48,5	
<b>Experience in street medicine (years)</b>			11,1	5,3	10,3	

Table 1. Participant characteristics. GP = General practitioner, NSG CME = Netherlands Streetdoctors Group Continuing Medical Education

<sup>1</sup>Field workers, outreach workers from for example Salvation Army

<sup>2</sup>Working in homeless shelters or for organisations specialised in other vulnerable populations

As illustrated in Figure 1, all most all respondents (91%) perceived patient uninsurance and patient behaviour as barriers in healthcare accessibility, 88% cited unstable housing and 82% reported language barriers as perceived barriers. 76% perceived a lack of cooperation from professionals or institutions as a barrier – including refusal of patients. The incidence of care refusal by healthcare professionals was estimated at 26 times annually (SD = 24.40; Median = 20, not in figure). Fewer respondents perceived barriers within street medicine professionals themselves, including lack of time (24%), overinvolvement, stress or frustration (24%), and insufficient knowledge (9%). Notably, patient uninsurance was ranked as the most urgent barrier (Appendix 5), even though only 36% of uninsured patients were considered uninsurable (Table 2). Other urgent barriers included unstable housing, patients’ behaviour, language barriers, and lack of cooperation and knowledge among other professionals and institutions.

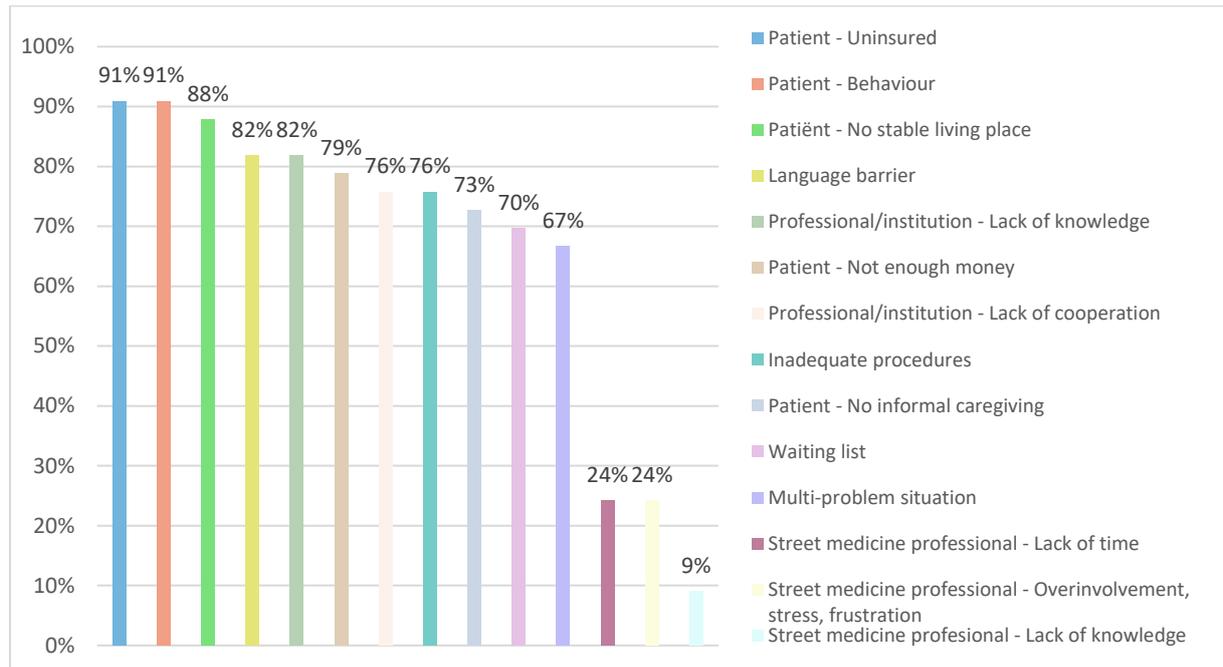


Figure 1. Perceived barriers in health accessibility

Respondents were asked to report the frequency with which they experienced barriers to accessing various healthcare sectors. As shown in Table 3, the highest mean scores were observed for physiotherapy (M = 3.5), health aids (M = 3.48), medical rehabilitation (M = 3.48), long-term care (M = 3.32), and dental care (M = 3.26).

	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Median</i>	<i>No answer (N)</i>
<b>Physiotherapy</b>	3,5	0,9	4	9
<b>Health aids</b>	3,5	1,0	4	4
<b>Medical rehabilitation</b>	3,5	1,0	4	10
<b>Mental healthcare</b>	3,5	0,7	4	2
<b>Long-term care</b>	3,3	0,9	4	2
<b>Dental care</b>	3,3	1,1	4	2
<b>Addiction care</b>	3,1	1,0	3	1
<b>Home care</b>	3,1	1,1	3	7
<b>Care for chronic diseases</b>	3,0	1,0	3	1
<b>Speech and language therapy</b>	2,7	1,4	3	15
<b>Dietetics</b>	2,7	1,2	3	12
<b>Palliative care</b>	2,6	1,1	3	8
<b>Pharmaceutical care</b>	2,4	0,9	2	1
<b>Acute hospital care</b>	2,3	1,0	2	1

Table 3. Frequency of perceived barriers in different healthcare sectors. Descriptive statistics of a 4-point Likert scale question, answer options: 1: Never or rarely; 2: Occasionally; 3: Regularly; and 4: Frequently.

Figure 2 demonstrates that 94% of the respondents perceived both patient accompaniment and their network and connections with other healthcare providers as facilitators of healthcare accessibility.

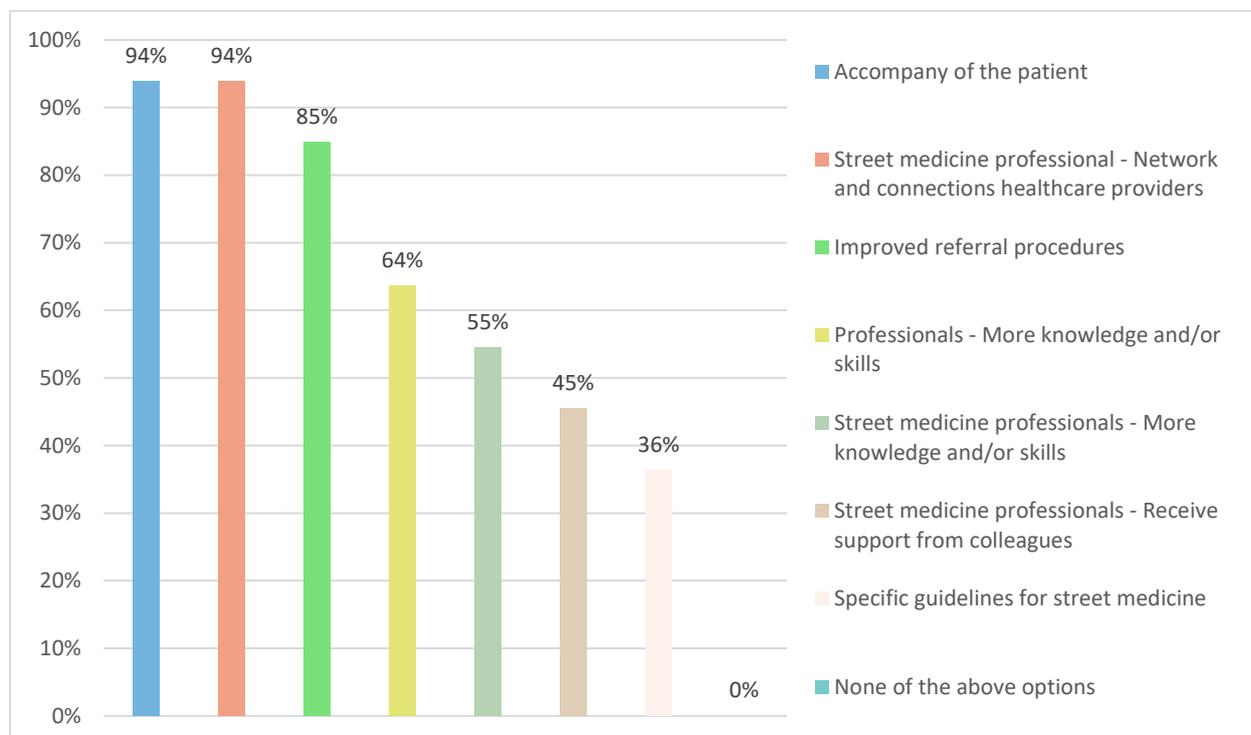


Figure 2. Perceived facilitators in healthcare accessibility

## Qualitative

Six interviews were conducted with street medicine professionals (SMP): three street doctors, a street nurse, a practice nurse in GP and an outreach worker, representing five different cities (Table 1). Three themes emerged describing barriers and facilitators for: person-centred care, competencies of care providers and healthcare organisation.

### Person-centred care

All participants identified the most important factor for adequate healthcare accessibility as care adapted to specific circumstances of homeless patients. According to the participants, this population is often experienced as challenging, due to various patient-related characteristics, including complex cases, patients' behaviour, difficulties in reaching patients, poor appointment adherence, language and cultural barriers, and lack of stable housing and health insurance.

*SMP2: "Sometimes healthcare is really hard to organize. If you're Polish, addicted, and also a psychiatric patient, it's really difficult for a GP to arrange care."*

Patients often do not have a mobile phone; devices are often lost, stolen, or uncharged. As a result, they are difficult to reach for healthcare providers, particularly for appointment scheduling. Furthermore, participants state that patients do not have a postal address, resulting in undelivered appointment letters. Even when appointments are successfully arranged, patients frequently miss them, as they are preoccupied with other challenges.

*SMP2: "They are dealing with day-to-day stuff, not thinking about where they're supposed to be tomorrow – and definitely not if the appointment is scheduled for next week."*

Participants described various approaches to making care more responsive to their patients. They emphasized the importance of low-threshold access to care. This includes ensuring that street medicine is well-known among patients, that care providers adapt communication to patients' linguistic and cognitive capacities, and that street medicine professionals remain engaged as intermediaries.

*SMP1: "The man was given a leaflet during his admission: "You need to be fasting tomorrow morning, because we're performing a test." And the next morning, he has eaten breakfast, so the test couldn't be done. He got really angry, because he 'was fasting' – he hadn't drunk any alcohol. [...] If we had been involved, there would have been a chance it could work, but it takes very intensive support. You really have to take him by the hand."*

Additionally, interviewees noted that the structure of care delivery can be made more accessible, particularly through walk-in consultations or flexible appointments options. Preferably, consultations are offered in locations already frequented visited by patients, such as homeless shelters.

*SMP3: "I started my open walk-in hours. Before, it used to be by appointment, but that just wasn't doable. I'd be waiting and getting frustrated. Their daily struggles always come first – and I get that, if you're homeless. So being able to just walk in is really nice."*

Furthermore, participants underscored the importance of establishing a trust-based relationship with patients, through small supportive acts of care, ongoing contact, and active assistance. Trust in the caregiver – such as an outreach professional familiar with the community – was deemed critical. While promoting patient autonomy, accompaniment to medical appointments was also considered beneficial. This not only ensures attendance but also assists the patient in navigating complex systems such as hospitals. Suggested companions were outreach workers, shelter personnel, or, ideally, volunteers from a dedicated organisation.

SMP1: *“We’ve found it’s more effective when we come along, because then you can think more broadly, and together you remember: “What was the outcome, what’s going to happen next?””*

SMP2: *“Setting up a volunteer network would actually be great. That way, we could call someone and say, “Hey, we’ve got someone, can you come along?””*

## Competencies of care providers

Participants consistently highlighted the value of improving care providers’ competencies. The limited awareness among professionals regarding street medicine and specific provisions was a recurring concern. One interviewee specifically linked this to staff turnover. This also applies to street medicine providers themselves, who often start with limited understanding and learn over time. Nevertheless, as one participant noted, they may remain unaware of procedural changes, since the systems often differ from mainstream healthcare.

SMP6: *“I don’t really try to arrange things through the standard route. So I don’t know what’s covered in the basic package or not. Glasses definitely aren’t, I know that. But I’ve stopped trying for a lot of things, because some patients are undocumented and don’t have insurance. When things like glasses or orthopaedic insoles are needed, I go through a fund.”*

As previously outlined, street medicine patients are often perceived by healthcare professionals as a complex population. A lack of affinity with this group is considered hindering by participants, while empathy for the patient and their context was seen as a facilitator. As indicated by the interviewees, competencies such as initiative, perseverance, and motivation to explore opportunities contribute positively to healthcare accessibility.

SMP2: *“We once had someone from home care come along to observe. But as soon as she looked inside the shelter, she immediately ran back out and saying it wasn’t what she had in mind. So you really need people who understand the kind of group they’re working with.”*

SMP5: *“In the end, it really does take extra time and understanding to figure out why someone who comes from far away is sitting in front of you. So apart from the technical aspects like reimbursements and knowing what’s covered, it’s also just a whole different kind of challenge. We sometimes see people return to us after being referred to a regular GP, because we’re better at connecting with them, especially in terms of cultural sensitivity.”*

The participants noted that organizing care for street medicine patients demands substantial effort, requiring investment of time and energy. Commonly cited facilitating skills for care providers include a solution-focused approach, creative thinking, and collaboration. The previously noted skill of establishing a trusting relationship with the patients was also identified as a key enabler.

Training was consistently emphasized by participants as contributing to the development of the aforementioned competencies, and could make care more accessible.

SMP5: *“Telling stories, giving information, building understanding about things like psychological trauma and addiction, and everything that goes with it – so that everyone can see each other as a human again. Even if someone behaves wildly or looks unkempt or messy, they’re still a human being with human needs.”*

Interviewees often mentioned that the NSG can play a facilitating role in the organisation of training. Street care professionals themselves expressed a need to maintain up-to-date knowledge, particularly in relation to substance use and evolving social arrangements. One participant suggested integrating street medicine into educational curricula of future healthcare professionals.

SMP4: *“I believe there’s a role for universities and other educational programs in this. There’s already been some progress, like special rotations focused on social engagement.”*

## Healthcare organisation

Participants identified barriers and facilitators in healthcare organisation for the street medicine population. They reported frequent collaboration with various stakeholders, such as hospitals and municipal authorities. Effective cooperation was deemed essential to optimize person-centred care. Inter-organisational agreements – for example, contact lists indicating responsibilities – were considered helpful. A strong network, characterized by mutual acquaintance and accessibility, was identified as an essential facilitator. Participants expressed a need for clear agreements outlining roles and responsibilities. They underscored the role of national political bodies and the NSG, as well as organisations such as the GPs’ association. At the regional level, collaborative engagement between street medicine professionals, healthcare institutions, and municipalities also plays an enabling role.

SMP4: *“Last week, an internist called about a man and said, “We saw him at the outpatient clinic, but we lost track of him and we’re seriously concerned about what’s going to happen. He needs treatment.” We happened to have a consultation hour at the shelter, and the woman from the mailroom saw him walking by. So I went after him, and agreed with the internist that we would take over the treatment for his hypothyroidism. He also needed to see an ophthalmologist, so we called and he could go there right away.”*

Patient refusal by healthcare providers – especially in mental health and addiction institutions – was frequently cited as a barrier. Several factors may cause refusal, including lack of insurance (and limited institutional awareness of financial provisions), unstable housing, or complex health issues. A recurring obstacle is that mental health services often reject individuals with substance use disorders, while addiction services refuse those with psychiatric conditions. Participants experience frustration due to poor collaboration between these sectors. Suggested solutions include mandatory acceptance of dual diagnosis cases and accessible dedicated street medicine teams within these services. There is also a clear need for agreements regarding responsibilities between sectors.

SMP4: *“Over the past seventeen years, we’ve put a lot of energy into trying to get the addiction care and mental healthcare organisations on board. To this day, it still hasn’t happened. And honestly, I have no idea how we could get them to cooperate.”*

The absence of proper patient handover and information exchange also hinders access to care. Reported examples include unavailable or missing medical records, incomplete transitions from detention settings, and deficiencies in referral processes. In response, participants often provide supplementary information and share their personal contact details to support successful referrals.

According to the participants, continuity of care is often difficult to ensure, for instance, due to the unstable living conditions of the patients. In some cases, this even results in refusal to provide care, because services may not guarantee completion of treatment or may have concerns about discharge planning for unhoused individuals.

*SMP2: "Rehabilitation services are afraid, like, "What if they end up here and we never get rid of them?" [...] Rehabilitation especially, but also nursing home care. They worry that if someone starts treatment, they won't be able to discharge them."*

Continuity of care in primary care services was also perceived to be limited. Participants indicated that they were responding to patients' urgent needs, with limited capacity for preventive care like screening. In the words of one interviewee, their work often consists of 'putting out fires'. Proposed improvements included expanding the street medicine workforce by integrating practice nurses offering walk-in consultations on chronic conditions. The interviews revealed regional differences in street medicine organisation. For example, in some cities dental or ophthalmic professionals are directly involved in street medicine, improving access to these services.

## Discussion

This study explored street medicine professionals' experiences regarding healthcare accessibility for street medicine patients in the Netherlands, highlighting barriers and facilitators. The survey yielded estimations of patient characteristics (primarily male and uninsured individuals) and in combination with the interviews, revealed that patient-related factors – lack of insurance, unstable housing, and patients' behavior – were perceived as key barriers. To address this, respondents felt it was important to provide low-threshold care that aligns with the patient's circumstances and needs, for instance through walk-in consultations.

Another experienced barrier was insufficient competencies of healthcare providers. There was a difference between the results from the survey and from the interviews, where respondents in the survey did not perceive a lack of knowledge among street care providers as an important barrier, while interviews revealed a need for training to improve their knowledge. There may be several explanations for this: Survey respondents may have assessed the need for more knowledge as not important in relation to other, more prominent barriers, whereas in the interviews, this was addressed as a distinct topic. Furthermore, the missing responses in Table 3 may imply that street medicine professionals rarely engage with medical rehabilitation, speech and language therapy, dietetics, physiotherapy, and palliative care, potentially perceiving them as either accessible or inaccessible. To address this healthcare provider-related barrier, respondents felt that there was room for improvement of care providers' competencies – knowledge, attitudes, and skills –for example through training.

A final barrier was care refusal by providers. This was estimated at 26 times per year, reflecting a lack of cooperation within the healthcare system. Patient-related factors contributed to care refusal by institutions offering mental health and addiction treatment services, due to concerns about discharge and program completion. The need for agreements, regulations and improved cooperation was identified. Awareness about provisions could improve, for example by NSG's dissemination of overviews(18).

## Comparison with existing literature

The interviews revealed regional differences in the organisation of street medicine. Participants explained this by pointing out various needs among the population per city, aligning with previous US research indicating that street medicine models are adapted to local context(19). However, a Dutch study found no variation in medical issues and barriers across cities among the homeless population(5).

As homeless people are more at risk for health problems and have a lower life expectancy than general populations(3, 4), they are more in need of appropriate healthcare than the general population, but often not receive it, according to the theory of the Inverse Care Law(7). The high estimated rate of refusal of care by care providers, reflected insufficient collaboration. Consistently with previous literature, this study described a person-centred, tailored healthcare approach as a facilitator in healthcare accessibility for people experiencing homelessness, because inflexible policy of common healthcare services is not sufficient for this population(5, 10, 20)

Even though respondents felt that training is needed, there is no specific literature investigating the role of training regarding healthcare accessibility for the street medicine population. Studies about training professionals and medical students regarding other vulnerable populations, showed positive effects (21-26)

In this study, housing instability has emerged as a patient-related barrier. In line with the Housing First model, participants recognized access to housing for people experiencing homelessness as an important facilitator. Prior research has found health benefits of this model (27-29)

## Strengths and limitations

The mixed-method approach, which examined healthcare accessibility from street medicine professionals' perspectives, is novel and offers valuable insights into this field. Respondents were recruited through the NSG network and interviewees were purposefully selected from survey respondents, resulting in a geographically diverse sample from major and smaller cities, with and without dedicated street medicine practices. However, regions like Groningen and Limburg were not represented, and the limited number of interviews and ethnic diversity may restrict generalizability. Despite the small sample, thematic analysis revealed a consistent pattern. The recruitment strategy – conducted during the summer months – likely attracted highly engaged care providers with in-depth insights into street medicine. Nevertheless, this may have led to a higher level of competence and enthusiasm compared to possibly less-engaged non-respondents, potentially affecting the representativeness of the sample.

## Recommendations

In this study, the accessibility of healthcare for the street medicine population was investigated solely from street medicine professionals' perspectives. In order to develop a comprehensive overview, experiences of street medicine patients should be included(5, 19). In addition, future research should investigate regional differences in street medicine organisation across the Netherlands, to evaluate whether policy recommendations are broadly applicable or require region-specific adaptation.

Care providers' competencies can be enhanced through training(30). Organisations as the NSG, along with healthcare professions, could play a coordinating and organisational role in the development and implementation of such training. Furthermore, education on street medicine practices could be integrated into the curricula of formal healthcare education programmes, such as medical and nursing school.

Interview data suggest that street doctors may possess relevant competencies such as stronger affinity with the homeless population and trust-building skills. However, this strength may also present a risk. As illustrated by the seventh citation, street medicine professionals tend “to make do with what one has”, yet with this attitude, they could miss useful knowledge and opportunities. Therefore, training for street medicine professionals is also advised.

According to the interviewees, care providers should approach street medicine patients like any other, ensuring equal care standards. However, they also noted that this group requires a more tailored approach. Equal treatment may, in fact, result in unequal healthcare access, compared to the general population. The principle of proportionate universalism(31) should therefore be considered when developing policies tailored to specific needs, and should involve equity-oriented healthcare to improve access for patients engaged in street medicine(32).

## Conclusion

This study reveals that healthcare accessibility for patients engaged in street medicine in the Netherlands is hindered by both patient-related and provider-related barriers. Facilitators include easily accessible, person-centred care, enhancement of care providers’ competencies, and improvement of professional networks and institutional cooperation. The NSG, street medicine professionals, other care providers and institutions, national government, and regional municipalities all play an important role in improving healthcare accessibility. Future studies should involve patients engaged in street medicine and investigate regional differences, to evaluate the generalisability of the recommendations.

## References

1. Centraal Bureau voor de Statistiek. 33 duizend mensen dakloos begin 2024 [Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2025/05/33-duizend-mensen-dakloos-begin-2024>].
2. FEANTSA. ETHOS – European Typology of Homelessness and Housing Exclusion. Brussels; 2005.
3. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2018;391(10117):241-50.
4. Slockers MT. Mortality, Health Problems and Access to Care for Homeless People: Erasmus University Rotterdam; 2021.
5. Verheul M, Van Laere I, Van den Muijsenbergh M, Van Genugten W. 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*. 2020.
6. van Everdingen C, Peerenboom PB, van der Velden K, Delespaul P. Health Patterns Reveal Interdependent Needs of Dutch Homeless Service Users. *Front Psychiatry*. 2021;12:614526.
7. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7696):405-12.
8. CAK. Regeling onverzekerden: CAK; [Available from: <https://www.hetcak.nl/onverzekerden/>].
9. CAK. Regeling onverzekerbare vreemdelingen: CAK; [Available from: <https://www.hetcak.nl/zakelijk/onverzekerbare-vreemdelingen/>].
10. Carmichael C, Schiffler T, Smith L, Moudatsou M, Tabaki I, Doñate-Martínez A, et al. Barriers and facilitators to health care access for people experiencing homelessness in four European countries: an exploratory qualitative study. *Int J Equity Health*. 2023;22(1):206.
11. Bell L, Whelan M, Fernandez E, Lycett D. Nurse-led mental and physical healthcare for the homeless community: A qualitative evaluation. *Health Soc Care Community*. 2022;30(6):2282-91.
12. Groep NS. [Available from: <https://straatdokter.nl/>].
13. van Loenen T, Sow J, van den Muijsenbergh M. The collateral damage of the COVID-19 pandemic on homeless people in the Netherlands; a qualitative study on the impact of health and care. *Front Med (Lausanne)*. 2024;11:1305834.
14. Creswell JW, Creswell JD. *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Fifth ed. Los Angeles: SAGE Publications, Inc.; 2018.
15. Van Poel E, van Loenen T, Collins C, Van Roy K, Van den Muijsenbergh M, Willems S. Barriers and Enablers Experienced by General Practitioners in Delivering Safe and Equitable Care during COVID-19: A Qualitative Investigation in Two Countries. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(23).
16. Haberl A, Fleiß J, Kowald D, Thalmann S. Take the aTrain. Introducing an interface for the Accessible Transcription of Interviews. *Journal of Behavioral and Experimental Finance*. 2024;41.
17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3:77-101.
18. Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Nieuwe wegwijzer ondersteunt zorgaanbieders bij zorg aan onverzekerden 2025 [Available from: <https://www.skgz.nl/nieuws/nieuwe-wegwijzer-ondersteunt-zorgaanbieders-bij-zorg-aan-onverzekerden>].
19. Medellin T, Moczygamba LR, Thurman W. A Qualitative Study to Describe the Nature and Scope of Street Medicine Programs in the United States. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(12).

20. Ramirez J, Petruzzi LJ, Mercer T, Gulbas LE, Sebastian KR, Jacobs EA. Understanding the primary health care experiences of individuals who are homeless in non-traditional clinic settings. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):338.
21. Çinar R, de Klein M, Renkens J, Akkermans R, Latify M, Walewijn B, et al. Person-centred integrated primary care for refugees: a mixed-methods, stepped wedge design study to assess the impact. *Prim Health Care Res Dev*. 2025;26:e17.
22. Jager M, Leij-Halfwerk S, Akkermans R, van der Sande R, van den Muijsenbergh M. Cultural competence training of dieticians: development and preliminary evaluation. *Prim Health Care Res Dev*. 2024;25:e56.
23. Oudbier J, Boerboom T, Peerdeman S, Suurmond J. From unconsciously biased to bias awareness: a single site case study of the effectiveness of community-based implicit bias education amongst medical students. *BMC Med Educ*. 2025;25(1):464.
24. Shulman C, Hudson BF, Kennedy P, Brophy N, Stone P. Evaluation of training on palliative care for staff working within a homeless hostel. *Nurse Educ Today*. 2018;71:135-44.
25. Klop HT, de Veer AJE, Gootjes JRG, van de Mheen D, van Laere IR, Slockers MT, et al. Evaluating the perceived added value of a threefold intervention to improve palliative care for persons experiencing homelessness: a mixed-method study among social service and palliative care professionals. *BMC Palliat Care*. 2022;21(1):112.
26. Asgary R, Naderi R, Gaughran M, Sckell B. A collaborative clinical and population-based curriculum for medical students to address primary care needs of the homeless in New York City shelters : Teaching homeless healthcare to medical students. *Perspect Med Educ*. 2016;5(3):154-62.
27. Baxter AJ, Tweed EJ, Katikireddi SV, Thomson H. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Epidemiol Community Health*. 2019;73(5):379-87.
28. Movisie. Housing First: 'Stoppen met praten en gaan doen.' Utrecht2025 [Available from: <https://www.movisie.nl/artikel/housing-first-stoppen-praten-gaan-doen>].
29. Planije M, van Vugt M. Housing First onderzoek modelgetrouwheid en effecten. Utrecht: Netherlands Institute of Mental Health and Addiction; 2023.
30. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med*. 2002;77(5):361-7.
31. Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *Int J Equity Health*. 2015;14:81.
32. Purkey E, MacKenzie M. Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):101.

# Appendices

## Appendix 1. Survey participant information letter

### **INFORMATIEBRIEF BELEMMERENDE EN BEVORDERENDE FACTOREN IN TOEGANG TOT ZORG VOOR STRAATZORGPATIËNTEN IN NEDERLAND**

#### **Onderzoekers**

Prof. Dr. Jeanine Suurmond, Eerstelijngeneeskunde, Radboudumc

Prof. Dr. Maria van den Muijsenbergh, Nederlandse Straatdoktersgroep

Marieke van Dijk, masterstudent Geneeskunde, Radboudumc

#### **Inleiding**

Deze brief bevat belangrijke informatie over dit onderzoek en bijhorende regels.

Lees deze brief zorgvuldig door en stel eventuele vragen, alvorens in te stemmen met deelname.

### **WAT HOUDT HET ONDERZOEK IN?**

#### **Doel**

Het Radboudumc voert onder leiding van Prof. dr. Jeanine Suurmond, op verzoek van de Nederlandse Straatdoktersgroep (NSG), onderzoek uit naar de huidige belemmeringen in toegang tot en kwaliteit van de straatzorg in Nederland én wat helpt in die praktijk om deze toegang en kwaliteit te verbeteren. In dit project wordt deze toegang tot zorg vanuit de ervaringen van straatzorgverleners in kaart gebracht. Dit onderzoek is onderdeel van 'De Straatzorgmonitor', een overkoepelend onderzoek om de huidige situatie van straatzorg in Nederland in kaart te brengen.

#### **Duur**

Dit onderzoeksproject loopt van juni 2025 tot oktober 2025.

## **WAT HOUDT DEELNAME AAN HET ONDERZOEK IN?**

### **Online vragenlijst**

Deelname aan de online vragenlijst duurt ongeveer tien minuten.

### **Vrijwilligheid deelname**

Wij vragen uw toestemming voor deelname aan het onderzoek gedurende de looptijd van dit onderzoek. Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. U hebt het recht om niet deel te nemen aan deze studie. Als u tijdens het onderzoek besluit te stoppen met uw deelname, kan dit op elk moment zonder opgave van reden.

### **Vertrouwelijkheid gegevens**

Alle verzamelde informatie zal vertrouwelijk worden behandeld. Uw onderzoeksgegevens worden geanonimiseerd (dat wil zeggen dat alle informatie die aan u persoonlijk kan worden gekoppeld, permanent wordt verwijderd). Ook voor de onderzoekers zullen de gegevens anoniem zijn. De onderzoeksresultaten die worden gepubliceerd zijn anoniem, dus u kunt niet worden geïdentificeerd.

### **Opslagtermijn van de onderzoeksgegevens**

De geanonimiseerde onderzoeksgegevens zullen veilig worden opgeslagen voor een periode van 10 jaar. Alleen de onderzoekers hebben toegang tot deze gegevens. Wanneer de resultaten van dit onderzoek worden gepubliceerd of gepresenteerd op conferenties, wordt er geen informatie opgenomen die uw identiteit kan onthullen.

### **Dataverwerking**

Gegevens uit de vragenlijst worden geïmporteerd in SPSS 23.00 en met behulp van dit programma statistisch geanalyseerd. De gegevens worden opgeslagen op de beveiligde schijf van het Radboudumc.

### **Goedkeuring Ethische Toetsingscommissie**

De Medische Ethische Toetsingscommissie (METC) Oost-Nederland heeft verklaard dat dit onderzoek niet onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) valt.

### **Deelname**

Indien u deel wilt nemen aan dit onderzoek kunt u daarvoor toestemming geven door in de vragenlijst toestemming te geven.

### **Contact**

Voor vragen over dit onderzoek kunt u contact op nemen met onze onderzoekers:

Prof. dr. Jeanine Suurmond

[Jeanine.Suurmond@radboudumc.nl](mailto:Jeanine.Suurmond@radboudumc.nl)

Prof. dr. Maria van den Muijsenbergh

[Marie.vandenMuijsenbergh@radboudumc.nl](mailto:Marie.vandenMuijsenbergh@radboudumc.nl)

Marieke van Dijk

[Marieke.vanDijk@radboudumc.nl](mailto:Marieke.vanDijk@radboudumc.nl)

## Appendix 2. Interview participant information letter

### **INFORMATIEBRIEF INTERVIEW BELEMMERENDE EN BEVORDERENDE FACTOREN IN TOEGANG TOT ZORG VOOR STRAATZORGPATIËNTEN IN NEDERLAND**

#### **Onderzoekers**

Prof. Dr. Jeanine Suurmond, Eerstelijngeneeskunde, Radboudumc

Prof. Dr. Maria van den Muijsenbergh, Nederlandse Straatdokersgroep

Marieke van Dijk, masterstudent Geneeskunde, Radboudumc

#### **Inleiding**

Deze brief bevat belangrijke informatie over dit onderzoek en bijhorende regels.

Lees deze brief zorgvuldig door en stel eventuele vragen, alvorens in te stemmen met deelname aan het interview.

#### **WAT HOUDT HET ONDERZOEK IN?**

##### **Doel**

Het Radboudumc voert onder leiding van Prof. dr. Jeanine Suurmond, op verzoek van de Nederlandse Straatdokersgroep (NSG), onderzoek uit naar de huidige belemmeringen in toegang tot en kwaliteit van de straatzorg in Nederland én wat helpt in die praktijk om deze toegang en kwaliteit te verbeteren. In dit project wordt deze toegang tot zorg vanuit de ervaringen van straatzorgverleners in kaart gebracht. Dit onderzoek is onderdeel van 'De Straatzorgmonitor', een overkoepelend onderzoek om de huidige situatie van straatzorg in Nederland in kaart te brengen.

##### **Duur**

Dit onderzoeksproject loopt van juni 2025 tot oktober 2025.

## **WAT HOUDT DEELNAME AAN HET ONDERZOEK IN?**

### **Interviews**

Ter verdieping van de resultaten uit de vragenlijst zullen semigestructureerde interviews worden afgenomen. Een interview zal ongeveer 45-60 minuten duren. Van het interview wordt een audio-opname gemaakt.

### **Vrijwilligheid deelname**

Wij vragen uw toestemming voor deelname aan het onderzoek gedurende de looptijd van dit onderzoek. Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. U hebt het recht om niet deel te nemen aan deze studie. Als u tijdens het interview besluit te stoppen met uw deelname, kan dit op elk moment zonder opgave van reden. U bent niet verplicht op elke vraag antwoord te geven. Als blijkt van dank krijgt de geïnterviewde een VVV cadeaubon ter waarde van €50,-. Hiervoor wordt bij het interview apart uw adres genoteerd om deze naar u op te sturen.

### **Vertrouwelijkheid gegevens**

Alle verzamelde informatie zal vertrouwelijk worden behandeld. De transcripten van de interviews worden geanonimiseerd. De onderzoeksresultaten zullen niet te herleiden zijn naar de geïnterviewde, dus u kunt niet worden geïdentificeerd.

### **Opslagtermijn van de onderzoeksgegevens**

De geanonimiseerde onderzoeksgegevens zullen veilig worden opgeslagen voor een periode van 10 jaar. Alleen de onderzoekers hebben toegang tot deze gegevens. Wanneer de resultaten van dit onderzoek worden gepubliceerd of gepresenteerd op conferenties, wordt er geen informatie opgenomen die uw identiteit kan onthullen.

### **Dataverwerking**

De audio-opnames worden getranscribeerd en geanalyseerd met behulp van het programma ATLAS.ti. De gegevens worden opgeslagen op de beveiligde schijf van het Radboudumc.

### **Goedkeuring Ethische Toetsingscommissie**

De Medische Ethische Toetsingscommissie (METC) Oost-Nederland heeft verklaard dat dit onderzoek niet onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) valt.

### **Deelname**

Indien u deel wilt nemen aan het interview kunt u daarvoor toestemming geven door voorafgaand aan het interview schriftelijk toestemming te geven. Na het aanzetten van de audio-opname wordt nogmaals mondeling toestemming gevraagd voor opname van het interview.

### **Contact**

Voor vragen over dit onderzoek kunt u contact op nemen met onze onderzoekers:

Prof. dr. Jeanine Suurmond

[Jeanine.Suurmond@radboudumc.nl](mailto:Jeanine.Suurmond@radboudumc.nl)

Prof. dr. Maria van den Muijsenbergh

[Maria.vandenMuijsenbergh@radboudumc.nl](mailto:Maria.vandenMuijsenbergh@radboudumc.nl)

Marieke van Dijk

[Marieke.vanDijk@radboudumc.nl](mailto:Marieke.vanDijk@radboudumc.nl)



**B2. Hoe groot schat u het percentage (%) van deze groep (patiënten die onder straatzorg vallen) van uw totale patiëntenpopulatie?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B3. Hoeveel procent van uw populatie straatzorgpatiënten zijn:**

*Geef per groep aan hoeveel procent (%) u schat dat er onder deze populatie vallen. Wanneer u voor een groep 0% wilt aangeven, klik dan het grijze bolletje aan zodat deze blauw wordt op 0%.*

Mannen (>18 jaar) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vrouwen (>18 jaar) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kinderen 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B4. Hoeveel procent van uw populatie straatzorgpatiënten zijn:**

*Geef per groep aan hoeveel procent (%) u schat dat er onder deze populatie vallen. Wanneer u voor een groep 0% wilt aangeven, klik dan het grijze bolletje aan zodat deze blauw wordt op 0%.*

Mensen met een eigen woonruimte 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mensen zonder eigen woonruimte (zoals dakloos of bankslaper) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B5. Hoeveel procent van uw populatie straatzorgpatiënten zijn:**

*Geef per groep aan hoeveel procent (%) u schat dat er onder deze populatie vallen. Wanneer u voor een groep 0% wilt aangeven, klik dan het grijze bolletje aan zodat deze blauw wordt op 0%.*

Verzekerd 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Onverzekerd 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B6. Hoeveel procent van de onverzekerde patiënten is:**

*Geef per groep aan hoeveel procent (%) u schat dat er onder deze populatie vallen. Wanneer u voor een groep 0% wilt aangeven, klik dan het grijze bolletje aan zodat deze blauw wordt op 0%.*

Verzekerd binnen Nederland 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Verzekerd binnen de Europese Unie, niet binnen Nederland 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Onverzekerd 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B7. Waar ontmoet u patiënten die onder straatzorg vallen?**

*Geef aan in percentages (%) waar u uw patiënten ontmoet*

Ik ga naar de patiënten toe op straat 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In de huisartsenpraktijk 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Spreekuur of consult op een maatschappelijke opvang 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Sectie C: Belemmerende en bevorderende factoren in toegang tot zorg

### C1. Hoe vaak ervaart u barrières in toegang tot de volgende vormen van zorg voor straatzorgpatiënten (vergeleken met andere patiënten)?

	Nooit of zelden	Af en toe	Regelmatig	Vaak	Geen antwoord
Acute ziekenhuiszorg	<input type="checkbox"/>				
Zorg bij chronische aandoeningen	<input type="checkbox"/>				
Farmaceutische zorg	<input type="checkbox"/>				
Hulpmiddelen (zoals rolstoel, bril, orthopedische schoenen, steunzolen)	<input type="checkbox"/>				
Mondzorg	<input type="checkbox"/>				
Fysiotherapie	<input type="checkbox"/>				
Revalidatie	<input type="checkbox"/>				
Diëtetiek	<input type="checkbox"/>				
Logopedie	<input type="checkbox"/>				
GGZ (niet verslavingszorg)	<input type="checkbox"/>				
Verslavingszorg	<input type="checkbox"/>				
Thuiszorg	<input type="checkbox"/>				
Langdurige zorg	<input type="checkbox"/>				
Palliatieve zorg	<input type="checkbox"/>				

### C2. Welke barrières ervaart u in toegang tot zorg voor patiënten die onder straatzorg vallen?

Patiënt heeft geen verzekering	<input type="checkbox"/>
Patiënt heeft te weinig geld (bijvoorbeeld voor transport, eigen bijdrage middelen)	<input type="checkbox"/>
Patiënt heeft geen stabiele woonplaats	<input type="checkbox"/>
Patiënt heeft geen mantelzorg	<input type="checkbox"/>
Gedrag van de patiënt (zoals zorg mijden danwel afhouden, wantrouwen, afspraak niet nakomen, andere prioriteiten)	<input type="checkbox"/>
Taalbarrière	<input type="checkbox"/>
Gebrek aan kennis bij professionals/instelling naar wie u wilt verwijzen	<input type="checkbox"/>

Gebrek aan medewerking van professionals/instelling naar wie u wilt verwijzen (bijvoorbeeld zorgweigering)	<input type="checkbox"/>
Gebrek aan kennis bij uzelf over verwijzsmogelijkheden/procedures	<input type="checkbox"/>
Te weinig tijd als straatzorgverlener	<input type="checkbox"/>
Te betrokken zijn als zorgverlener/situaties persoonlijk aantrekken/stress door onmacht en frustratie	<input type="checkbox"/>
Tekortschietende procedures (bijvoorbeeld alleen online aanmelden, geen toegang bij multiproblematiek)	<input type="checkbox"/>
Multiproblematiek	<input type="checkbox"/>
Wachlijst	<input type="checkbox"/>
Overige	<input type="checkbox"/>

Overige

**C3. Patiënt heeft geen verzekering: In welke vormen van zorg ervaart u deze barrière?**

- Geldt voor alle onderstaande sectoren
- Acute ziekenhuiszorg
- Zorg bij chronische aandoeningen
- Farmaceutische zorg
- Hulpmiddelen (zoals rolstoel, bril, orthopedische schoenen, steunzolen)
- Mondzorg
- Fysiotherapie
- Revalidatie
- Diëtetiek
- Logopedie
- GGZ (niet verslavingszorg)
- Verslavingszorg
- Thuiszorg
- Langdurige zorg
- Palliatieve zorg

Overige

Overige

**C4. Patiënt heeft te weinig geld (bijvoorbeeld voor transport, eigen bijdrage middelen): In welke vormen van zorg ervaart u deze barrière?**

Geldt voor alle onderstaande sectoren

Acute ziekenhuiszorg

Zorg bij chronische aandoeningen

Farmaceutische zorg

Hulpmiddelen (zoals rolstoel, bril, orthopedische schoenen, steunzolen)

Mondzorg

Fysiotherapie

Revalidatie

Diëtetiek

Logopedie

GGZ (niet verslavingszorg)

Verslavingszorg

Thuiszorg

Langdurige zorg

Palliatieve zorg

Overige

Overige

**C5. Patiënt heeft geen stabiele woonplaats: In welke vormen van zorg ervaart u deze barrière?**

Geldt voor alle onderstaande sectoren

- |   |                                  |                          |
|---|----------------------------------|--------------------------|
|   | Acute ziekenhuiszorg             | <input type="checkbox"/> |
|   | Zorg bij chronische aandoeningen | <input type="checkbox"/> |
|   | Farmaceutische zorg              | <input type="checkbox"/> |
| Hulpmiddelen (zoals rolstoel, bril, orthopedische schoenen, steunzolen) |                                  | <input type="checkbox"/> |
|   | Mondzorg                         | <input type="checkbox"/> |
|   | Fysiotherapie                    | <input type="checkbox"/> |
|   | Revalidatie                      | <input type="checkbox"/> |
|   | Diëtetiek                        | <input type="checkbox"/> |
|   | Logopedie                        | <input type="checkbox"/> |
|   | GGZ (niet verslavingszorg)       | <input type="checkbox"/> |
|   | Verslavingszorg                  | <input type="checkbox"/> |
|   | Thuiszorg                        | <input type="checkbox"/> |
|   | Langdurige zorg                  | <input type="checkbox"/> |
|   | Palliatieve zorg                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Overige                          | <input type="checkbox"/> |

Overige

**C6. Patiënt heeft geen mantelzorg: In welke vormen van zorg ervaart u deze barrière?**

- |   |                                       |                          |
|---|---------------------------------------|--------------------------|
|   | Geldt voor alle onderstaande sectoren | <input type="checkbox"/> |
|   | Acute ziekenhuiszorg                  | <input type="checkbox"/> |
|   | Zorg bij chronische aandoeningen      | <input type="checkbox"/> |
|   | Farmaceutische zorg                   | <input type="checkbox"/> |
| Hulpmiddelen (zoals rolstoel, bril, orthopedische schoenen, steunzolen) |                                       | <input type="checkbox"/> |
|   | Mondzorg                              | <input type="checkbox"/> |
|   | Fysiotherapie                         | <input type="checkbox"/> |
|   | Revalidatie                           | <input type="checkbox"/> |
|   | Diëtetiek                             | <input type="checkbox"/> |

- Logopedie
- GGZ (niet verslavingszorg)
- Verslavingszorg
- Thuiszorg
- Langdurige zorg
- Palliatieve zorg
- Overige

Overige

**C7.**

**Gedrag van de patiënt (zoals zorg mijden danwel afhouden, wantrouwen, afspraak niet nakomen, andere prioriteiten): In welke vormen van zorg ervaart u deze barrière?**

- Geldt voor alle onderstaande sectoren
- Acute ziekenhuiszorg
- Zorg bij chronische aandoeningen
- Farmaceutische zorg
- Hulpmiddelen (zoals rolstoel, bril, orthopedische schoenen, steunzolen)
- Mondzorg
- Fysiotherapie
- Revalidatie
- Diëtetiek
- Logopedie
- GGZ (niet verslavingszorg)
- Verslavingszorg
- Thuiszorg
- Langdurige zorg
- Palliatieve zorg

Overige

Overige

**C8. Taalbarrière: In welke vormen van zorg ervaart u deze barrière?**

Geldt voor alle onderstaande sectoren

Acute ziekenhuiszorg

Zorg bij chronische aandoeningen

Farmaceutische zorg

Hulpmiddelen (zoals rolstoel, bril, orthopedische schoenen, steunzolen)

Mondzorg

Fysiotherapie

Revalidatie

Diëtetiek

Logopedie

GGZ (niet verslavingszorg)

Verslavingszorg

Thuiszorg

Langdurige zorg

Palliatieve zorg

Overige

Overige

**C9.**

**Gebrek aan kennis bij professionals/instelling naar wie u wilt verwijzen: In welke vormen van zorg ervaart u deze barrière?**

Geldt voor alle onderstaande sectoren

- |   |                                  |                          |
|---|----------------------------------|--------------------------|
|   | Acute ziekenhuiszorg             | <input type="checkbox"/> |
|   | Zorg bij chronische aandoeningen | <input type="checkbox"/> |
|   | Farmaceutische zorg              | <input type="checkbox"/> |
| Hulpmiddelen (zoals rolstoel, bril, orthopedische schoenen, steunzolen) |                                  | <input type="checkbox"/> |
|   | Mondzorg                         | <input type="checkbox"/> |
|   | Fysiotherapie                    | <input type="checkbox"/> |
|   | Revalidatie                      | <input type="checkbox"/> |
|   | Diëtetiek                        | <input type="checkbox"/> |
|   | Logopedie                        | <input type="checkbox"/> |
|   | GGZ (niet verslavingszorg)       | <input type="checkbox"/> |
|   | Verslavingszorg                  | <input type="checkbox"/> |
|   | Thuiszorg                        | <input type="checkbox"/> |
|   | Langdurige zorg                  | <input type="checkbox"/> |
|   | Palliatieve zorg                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Overige                          | <input type="checkbox"/> |

Overige

**C10.**

**Gebrek aan medewerking van professionals/instelling naar wie u wilt verwijzen (bijvoorbeeld zorgweigering): In welke vormen van zorg ervaart u deze barrière?**

- |   |                                       |                          |
|---|---------------------------------------|--------------------------|
|   | Geldt voor alle onderstaande sectoren | <input type="checkbox"/> |
|   | Acute ziekenhuiszorg                  | <input type="checkbox"/> |
|   | Zorg bij chronische aandoeningen      | <input type="checkbox"/> |
|   | Farmaceutische zorg                   | <input type="checkbox"/> |
| Hulpmiddelen (zoals rolstoel, bril, orthopedische schoenen, steunzolen) |                                       | <input type="checkbox"/> |
|   | Mondzorg                              | <input type="checkbox"/> |
|   | Fysiotherapie                         | <input type="checkbox"/> |

- Revalidatie
- Diëtetiek
- Logopedie
- GGZ (niet verslavingszorg)
- Verslavingszorg
- Thuiszorg
- Langdurige zorg
- Palliatieve zorg
- Overige

Overige

**C11. Gebrek aan kennis bij uzelf over verwijsmogelijkheden/procedures:  
In welke vormen van zorg ervaart u deze barrière?**

- Geldt voor alle onderstaande sectoren
- Acute ziekenhuiszorg
- Zorg bij chronische aandoeningen
- Farmaceutische zorg
- Hulpmiddelen (zoals rolstoel, bril, orthopedische schoenen, steunzolen)
- Mondzorg
- Fysiotherapie
- Revalidatie
- Diëtetiek
- Logopedie
- GGZ (niet verslavingszorg)
- Verslavingszorg
- Thuiszorg
- Langdurige zorg
- Palliatieve zorg

Overige

Overige

**C12. Te weinig tijd als straatzorgverlener: In welke vormen van zorg ervaart u deze barrière?**

Geldt voor alle onderstaande sectoren

Acute ziekenhuiszorg

Zorg bij chronische aandoeningen

Farmaceutische zorg

Hulpmiddelen (zoals rolstoel, bril, orthopedische schoenen, steunzolen)

Mondzorg

Fysiotherapie

Revalidatie

Diëtetiek

Logopedie

GGZ (niet verslavingszorg)

Verslavingszorg

Thuiszorg

Langdurige zorg

Palliatieve zorg

Overige

Overige

**C13. Te betrokken zijn als zorgverlener/situaties persoonlijk aantrekken/stress door onmacht en frustratie: In welke vormen van zorg ervaart u deze barrière?**

Geldt voor alle onderstaande sectoren

- |   |                                  |                          |
|---|----------------------------------|--------------------------|
|   | Acute ziekenhuiszorg             | <input type="checkbox"/> |
|   | Zorg bij chronische aandoeningen | <input type="checkbox"/> |
|   | Farmaceutische zorg              | <input type="checkbox"/> |
| Hulpmiddelen (zoals rolstoel, bril, orthopedische schoenen, steunzolen) |                                  | <input type="checkbox"/> |
|   | Mondzorg                         | <input type="checkbox"/> |
|   | Fysiotherapie                    | <input type="checkbox"/> |
|   | Revalidatie                      | <input type="checkbox"/> |
|   | Diëtetiek                        | <input type="checkbox"/> |
|   | Logopedie                        | <input type="checkbox"/> |
|   | GGZ (niet verslavingszorg)       | <input type="checkbox"/> |
|   | Verslavingszorg                  | <input type="checkbox"/> |
|   | Thuiszorg                        | <input type="checkbox"/> |
|   | Langdurige zorg                  | <input type="checkbox"/> |
|   | Palliatieve zorg                 | <input type="checkbox"/> |
|   | Overige                          | <input type="checkbox"/> |

Overige

**C14. Tekortschietende procedures (bijvoorbeeld alleen online aanmelden, geen toegang bij multiproblematiek): In welke vormen van zorg ervaart u deze barrière?**

- |   |                                       |                          |
|---|---------------------------------------|--------------------------|
|   | Geldt voor alle onderstaande sectoren | <input type="checkbox"/> |
|   | Acute ziekenhuiszorg                  | <input type="checkbox"/> |
|   | Zorg bij chronische aandoeningen      | <input type="checkbox"/> |
|   | Farmaceutische zorg                   | <input type="checkbox"/> |
| Hulpmiddelen (zoals rolstoel, bril, orthopedische schoenen, steunzolen) |                                       | <input type="checkbox"/> |
|   | Mondzorg                              | <input type="checkbox"/> |
|   | Fysiotherapie                         | <input type="checkbox"/> |
|   | Revalidatie                           | <input type="checkbox"/> |
|   | Diëtetiek                             | <input type="checkbox"/> |

- Logopedie
- GGZ (niet verslavingszorg)
- Verslavingszorg
- Thuiszorg
- Langdurige zorg
- Palliatieve zorg
- Overige

Overige

**C15. Multiproblematiek: In welke vormen van zorg ervaart u deze barrière?**

- Geldt voor alle onderstaande sectoren
- Acute ziekenhuiszorg
- Zorg bij chronische aandoeningen
- Farmaceutische zorg
- Hulpmiddelen (zoals rolstoel, bril, orthopedische schoenen, steunzolen)
- Mondzorg
- Fysiotherapie
- Revalidatie
- Diëtetiek
- Logopedie
- GGZ (niet verslavingszorg)
- Verslavingszorg
- Thuiszorg
- Langdurige zorg
- Palliatieve zorg

Overige

Overige

**C16. Wachtlijst: In welke vormen van zorg ervaart u deze barrière?**

Geldt voor alle onderstaande sectoren

Acute ziekenhuiszorg

Zorg bij chronische aandoeningen

Farmaceutische zorg

Hulpmiddelen (zoals rolstoel, bril, orthopedische schoenen, steunzolen)

Mondzorg

Fysiotherapie

Revalidatie

Diëtetiek

Logopedie

GGZ (niet verslavingszorg)

Verslavingszorg

Thuiszorg

Langdurige zorg

Palliatieve zorg

Overige

Overige



**C21. Wat zou verder helpen om de toegang tot zorg voor straatzorgpatiënten te verbeteren?**

## **Sectie D: Algemeen**

**D1. Wat is uw functie?**

- Huisarts
- Praktijkondersteuner (bijvoorbeeld GGZ, somatiek of ouderen)
- Verpleegkundige (bijvoorbeeld GGD, Leger des Heils, huisartsenpraktijk)
- Arts maatschappij en gezondheid / Public health
- Tandarts
- Overige

Overige

**D2. Bent u naast huisarts binnen de straatzorg werkzaam in een andere praktijk?**

- Ja
- Nee

**D3. In welke setting bent u actief als straatzorgverlener?**

- Specifieke straatzorgpraktijk, die alleen straatzorg levert
- GGD
- In een reguliere huisartsenpraktijk die ook straatzorg levert
- Overige

Overige

**D4. Wat zijn de eerste vier cijfers van de postcode waar u actief ben als straatzorgverlener?**

**D5. Hoeveel jaar werkt u in de straatzorgpraktijk?**

**D6. Heeft u scholing gehad met betrekking tot straatzorg?**

*Onder scholing verstaan we: bij-/nascholing, verdieping in de huisartsenopleiding, congressen gericht op straatzorg*

Ja

Nee

**D7. Welke scholing heeft u gehad met betrekking tot straatzorg?**

NSG bij-/nascholing

Verdieping in huisartsenopleiding

Congressen

Overige

Overige

**D8. Wat is uw geslacht?**

Man

Vrouw

Overige

Overige

## Sectie E: Afsluitend

- E1. **Wilt u verder nog wat kwijt met betrekking tot belemmerende of bevorderende factoren in de toegang tot zorg voor straatzorgpatiënten in Nederland?**

- E2. **Naar aanleiding van deze vragenlijst worden er een aantal interviews afgenomen om te resultaten uit de enquête beter te interpreteren en inzichten te verdiepen. Zouden wij u hiervoor mogen benaderen?**

Ja

Nee

- E3.

**Wat is uw mailadres (en eventueel telefoonnummer) waarop we u kunnen bereiken voor een interview?**

*(Deze gegevens worden enkel gebruikt om u te benaderen voor een aanvullend interview.)*

Mailadres:

Telefoonnummer:

**Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.**

**Voor vragen kunt u contact opnemen met: [Jeanine.Suurmond@radboudumc.nl](mailto:Jeanine.Suurmond@radboudumc.nl)**

## Appendix 4. Interview guide

<b>1. Introductie en informed consent</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Welkomst en voorstellen van interviewer</li><li>• Doel interview toelichten: Inzicht verkrijgen in de toegang tot zorg voor straatzorgpatiënten in Nederland. Het verklaren en verdiepen van de resultaten uit de enquête met betrekking tot belemmerende en bevorderende factoren.</li><li>• Toelichting antwoorden en vragen: er zijn geen goede of foute antwoorden, u bent niet verplicht om iedere vraag te beantwoorden.</li><li>• Deelname is vrijwillig en anoniem. U heeft altijd het recht om te stoppen.</li><li>• Schriftelijke toestemmingsverklaring</li><li>• Apart noteren adresgegevens geïnterviewde voor opsturen cadeaubon.</li></ul>
<b>Deelnemer kenmerken</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Noteren deelnemer gegevens:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Functie/rol in straatzorg</li><li>○ In welke setting (outreach/praktijk)</li><li>○ Regio straatzorg (postcodegebied) code</li><li>○ Aantal jaren werkervaring in straatzorg</li><li>○ Naast straatzorg ook in reguliere patiëntenpopulatie werkzaam?</li><li>○ Leeftijd</li><li>○ Geslacht</li><li>○ Nationaliteit</li></ul></li></ul>
<b>Start opname</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Starten opname: Mondeling toestemming vragen voor audio-opnames:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Deelnemer code</li><li>○ Datum</li><li>○ Geeft u toestemming voor opname van het interview?</li></ul></li></ul>
<b>2. Patiëntenpopulatie</b>
Hoe ziet uw straatzorg patiëntenpopulatie er uit? Wat voor straatpatiënten ziet u met name? <ul style="list-style-type: none"><li>• Man/vrouw/kind, leeftijden</li><li>• Met/zonder eigen woonruimte</li><li>• Verzekerd? Verzekerbaar?</li></ul>

### 3. Meest urgente barrières

#### Complexiteit patiëntkenmerken

Uit enquête komen patiëntkenmerken als barrières naar voren. Meest genoemde urgente barrières zijn: patiënt heeft geen verzekering, patiënt heeft geen stabiele woonplaats en het gedrag van de patiënt.

- Klopt dit met wat jij waarneemt/ervaart?
- Hoezo? Wat helpt hierin?

#### Patiënt heeft geen verzekering

Kort op ingaan:

- Hoe ervaart u deze barrière aan? / Wat betekent deze barrière voor uw mogelijkheden om zorg te verlenen?
- Wat helpt? Wat werkt bevorderend hierin?

#### Patiënt heeft geen stabiele woonplaats

Kort op ingaan:

- Hoe loopt u tegen deze barrière aan?
- Wat helpt? Wat werkt bevorderend hierin?

#### Gedrag van patiënt (zoals zorg mijden danwel afhouden, wantrouwen, afspraak niet nakomen, andere prioriteiten)

Verdiepen:

- Wat houdt dit in?
- Hoe loopt u tegen deze barrière aan?
- Hoe is dit als u dit vergelijkt met de reguliere patiëntenpraktijk? (indien zorgverlener ook werkzaam in reguliere praktijk)
- Wat helpt? Wat werkt bevorderend hierin? Wat kunnen we (wie) hier aan doen?

#### Gebrek aan medewerking van professionals/instelling naar wie u wilt verwijzen (bijvoorbeeld zorgweigering)

Verdiepen:

- Hoe loopt u tegen deze barrière aan?
- Wat helpt? Wat werkt bevorderend hierin?

Zorgweigering:

- Hoe maakt u zorgweigering van straatzorgpatiënten (door andere professionals/instellingen) mee?
- Bij welke professionals/instellingen speelt dit volgens u veel?
- Hoe is dit als u dit vergelijkt met de reguliere patiëntenpraktijk? (indien zorgverlener ook werkzaam in reguliere praktijk)
- Waar werkt het goed? Welke instelling kent u waar dit soepel loopt?

#### Gebrek aan kennis bij professionals/instelling naar wie u wilt verwijzen

Verdiepen:

- Hoe loopt u tegen deze barrière aan bij andere professionals/instellingen?
- Wat voor soort kennis gebrek?
- Bij welke professionals/instellingen speelt dit volgens u veel?
- Wat helpt? Wat werkt bevorderend hierin?

Kennis bij straatzorgverleners

- Hoe kan gebrek aan kennis bij straatzorgverleners een rol spelen in de toegang tot zorg?
- Op welk terrein is gebrek aan kennis wel een belemmering?
- Wat voor soort kennis gebrek?
- Speelt gebrek aan kennis bij straatzorgverleners zelf een rol?
- Wat helpt? Wat werkt bevorderend hierin?

#### 4. Sectoren met barrières

##### Hulpmiddelen (zoals rolstoel, bril, orthopedische schoenen, steunzolen)

- Hoe ervaart u de toegang tot zorg voor straatzorgpatiënten in deze sector?
- Welke hulpmiddelen gaat dit specifiek om?
- Hoe is dit als u dit vergelijkt met de reguliere patiëntenpraktijk? (indien zorgverlener ook werkzaam in reguliere praktijk)
- Wat zou helpen om de toegang te verbeteren?

##### Revalidatie

- Hoe ervaart u de toegang tot zorg voor straatzorgpatiënten in deze sector?
- Hoe is dit als u dit vergelijkt met de reguliere patiëntenpraktijk? (indien zorgverlener ook werkzaam in reguliere praktijk)
- Wat zou helpen om de toegang te verbeteren? → voorbeelden

##### GGZ en verslavingszorg

- Hoe ervaart u de toegang tot zorg voor straatzorgpatiënten in deze sectoren?
- Hoe is dit als u dit vergelijkt met de reguliere patiëntenpraktijk? (indien zorgverlener ook werkzaam in reguliere praktijk)
- Wat zou helpen om de toegang te verbeteren? → voorbeelden

##### Patiënt heeft geen stabiele woonplaats

- Waarom is het ontbreken van een stabiele woonplaats een barrière in toegang tot ..
  - Chronische zorg
  - Hulpmiddelen
  - GGZ
  - Verslavingszorg

##### Mondzorg

- Wat werkt bevorderend in de toegang tot mondzorg?

## 5. Bevorderende factoren

- Wat helpt verder in toegang tot zorg voor straatzorgpatiënten?
- Wie zou welke rollen kunnen spelen?
- Wie in de \*organisatie of gemeente\* zou wat kunnen doen?
- Van wie voel je je het meest afhankelijk om goede zorg te kunnen verlenen?
  
- Heb je voorbeelden waarbij het wel gelukt is, of: Kun je 1 voorbeeld noemen waarvan je van te voren dacht 'dit gaat moeilijk worden', maar het toch gelukt is? Wat maakte dat dit lukte?
  
- Indien **preventie**: wat versta je onder preventie? Hoe ziet dat er uit? Zie je hier een rol in voor straatzorgverleners?

### Iemand die meegaat met de patiënt:

- Hoe ziet dat er uit?
- Wie zou dat zijn?
- Voorbeeld met een ervaring?
- Indien organisatie: wel eens geprobeerd? Ervaring mee? Hoe ging dat? Hoe ziet dat eruit?

### Netwerk

- Kunt u dit toelichten?
- Wat heb je nodig?
- Wie heb je nodig?
- Voorbeelden

### Betere procedures voor doorverwijzing

- Wat moet er beter?
- Hoe zijn tekortschietende procedures een barrière in toegang tot..
  - Hulpmiddelen → en wat zou bevorderend werken?
  - Revalidatie → en wat zou bevorderend werken? Voorbeelden noemen
  - GGZ → en wat zou bevorderend werken? Voorbeelden noemen
  - Verslavingszorg → en wat zou bevorderend werken?

•

### Verschil andere straatzorgpraktijken/-regio's

- Herkent u dit?
- Wat is er nodig?

## 6. Afsluiting

- Zijn er belangrijke zaken m.b.t. toegang tot zorg voor straatzorgpatiënten die nog niet aan bod zijn gekomen en die wel belangrijk zijn om mee te nemen?
- Wat zou je willen dat dit onderzoek oplevert?
- Wilt u naar aanleiding van dit interview nog wat kwijt?

Afronden, opname stoppen en bedanken voor deelname aan interview.

## Appendix 5. Supplementary figure from survey

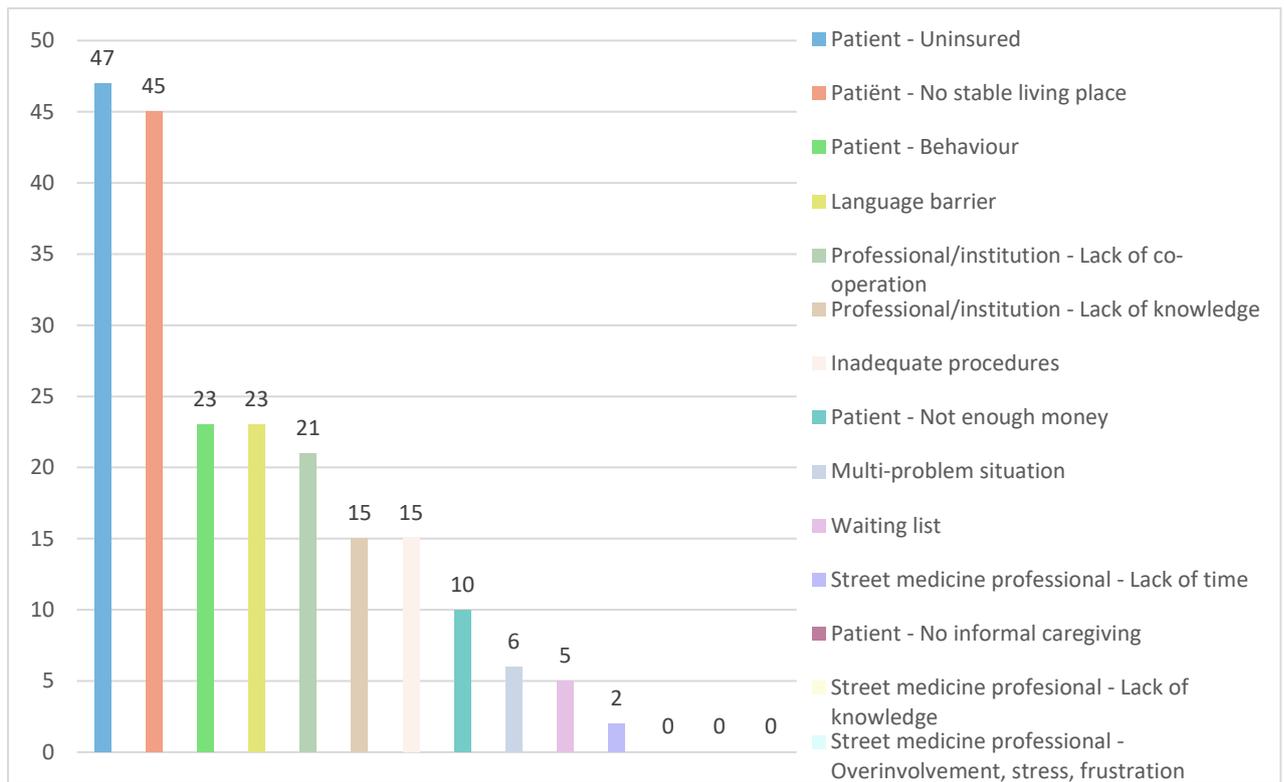


Figure 1. Score of top-3 question: Most urgent barriers in health accessibility