

SAMENVATTING

Onderzoeksrapport en inzichten van de verschillende type straatzorgpraktijken in Nederland

Uitgevoerd in 2024 door KPMG in opdracht van Stichting Kruispost en Stichting Nederlandse Straatdokters Groep



Foto: Peter van Beek

Inleiding en methode

In opdracht van de Stichting Nederlandse Straatdokters Groep (NSG) en de Stichting Kruispost onderzocht KPMG - pro bono - tussen maart en oktober 2024 de aard en omvang van straatzorg in verschillende type straatzorgpraktijken in vergelijking met de reguliere huisartsenpraktijk. Wij zijn de KPMG zeer dankbaar voor hun tijd en waardevolle inzichten.

Het rapport is gebaseerd op kwantitatieve gegevens, aangeleverd door de NSG, die door KPMG zijn geïnterpreteerd en geanalyseerd. Op basis hiervan heeft KPMG advies gegeven voor de volgende stappen. Dit onderzoek is namelijk een eerste stap. Uiteindelijk is de bedoeling dat een financieel model wordt ontwikkeld dat inzicht verschaft in de kosten en baten van straatzorg: de kwaliteit van straatzorg in relatie tot organisatievorm, geboden zorg en kosten.

Straatzorg wordt in Nederland op heel verschillende wijze vormgegeven. Op basis van de indeling in Brits onderzoek hebben we de Nederlandse straatzorgpraktijken grofweg in 3 scenario's ingedeeld:

1. Zorg in een eerstelijns gezondheidscentrum dat uitsluitend zorg verleent aan dakloze en/of onverzekerde patiënten; als voorbeelden hiervan zijn de gegevens verzameld van de Kruispost in Amsterdam en de huisartsenpraktijk Stichting Straatzorg in Rotterdam
2. Zorg door huisartsen en verpleegkundigen gespecialiseerd in straat zorg, die evenwel ook reguliere huisartsenzorg leveren; als voorbeeld dienden de gegevens van Praktijk Buitenzorg in Nijmegen
3. Zorg door GGD-verpleegkundigen, met huisartsen ad hoc of structureel op afroep; hiervoor stelden de verpleegkundigen van GGD Hart voor Brabant ('s-Hertogenbosch) en Midden-Nederland (Arnhem) gegevens ter beschikking.

Deze gegevens zijn vergeleken met de NIVEL gegevens over de reguliere huisartsenpraktijken in Nederland.

Resultaten en interpretatie

Er bleken grote verschillen tussen de verschillende type straat zorgpraktijken, maar overall waren de verschillen tussen de straat zorgpraktijken en de reguliere huisartsenpraktijk nog veel groter.

De meest opvallende verschillen ten opzichte van de reguliere huisartsenpraktijk zijn:

1. Straatzorgpraktijken zien een 20-95 keer zoveel onverzekerde mensen

Het betreft vooral onverzekerde arbeidsmigranten en onverzekerbare migranten van buiten Europa. Dit toont het belang van straat zorg praktijken: zij bereiken een specifieke zorgbehoevende groep die niet voldoende door de reguliere zorg bereikt wordt. Dit betekent wel dat in een straat zorgpraktijk meer tijd nodig is per consult en aanzienlijk meer tijd nodig voor de administratieve afhandeling dan in een reguliere huisartsenpraktijk. Tijd die niet volledig wordt vergoed door de zorgverzekeraar of de overheid.

2. Het aantal consulten per patiënt is lager in de straat zorg

Een verklaring hiervoor kan zijn dat dakloze mensen, ondanks hun slechtere gezondheid en leefomstandigheden alleen in hoge nood zorg zoeken. De NSG is van mening dat deze data tonen dat van het verlenen van de laagdrempelige zorg in straat zorgpraktijken geen aanzuigende werking uitgaat die zou leiden tot onnodige hulpvragen.

3. Meer verstandelijke beperking, chronische psychiatrie en verslaving in straat zorg

Hoewel verstandelijke beperking slecht geregistreerd wordt in de straat zorgpraktijken, en er flinke verschillen zijn tussen de Kruispost en de andere praktijken, wordt in alle straat zorg méér verslaving en chronische psychiatrie geregistreerd.

4. Minder chronische lichamelijke ziekten geregistreerd onder straat zorg patiënten

Onder de patiënten in straat zorgpraktijken worden iets tot de helft minder chronische lichamelijke ziekten geregistreerd; aangezien de populatie in de straat zorg aanzienlijk jonger is dan de gemiddelde huisartsenpraktijk betekent dit niet dat er daadwerkelijk ook minder chronische ziekten voorkomen onder de straat zorgpopulatie. De chronische stress waaraan deze mensen staan blootgesteld leidt waarschijnlijk juist tot méér en op jongere leeftijd diabetes en hart vaat ziekten, die echter wellicht vaker onopgemerkt blijven zolang deze ziekten niet tot ernstige klachten leiden.

5. Meer letsel en infectieziekten in de straat zorgpopulatie

Dit kan verklaard worden door de leefomstandigheden van dak- en thuisloze mensen. Opvallend is dat onder de ongedocumenteerde patiënten bij de Kruispost juist minder letsel werd geregistreerd: om niet op te vallen leven zij vaker heel voorzichtig én raadplegen alleen bij ernstige klachten een arts.

6. Minder verwijzingen per patiënt

Vergeleken met de reguliere huisartsenpraktijk verwijzen straatzorgpraktijken veel minder vaak een patiënt naar de tweedelijns. Dit kan een negatieve oorzaak hebben, namelijk dat dak- en thuisloze mensen mogelijk minder zorg ontvangen dan zij nodig hebben, omdat ze geen geld of toegang krijgen tot de tweedelijnszorg. Het zou echter ook kunnen betekenen dat er veel wordt opgelost in de straatzorgconsulten, en dat dus straatzorg relatief goedkoop is in vergelijking met reguliere zorg.

7. De gemiddelde praktijkkosten van straatzorg zijn lager, maar omdat er minder consulten per dag zijn, zijn de gemiddelde kosten per consult hoger

Alleen de Kruispost beschikte over een volledig overzicht van praktijkkosten en daarom zijn de uitspraken over kosten uitsluitend gebaseerd op de gegevens van de Kruispost.

Aanbevelingen

1. Verbeter en uniformeer registratie van ziekten, zorg en kosten

GGD en huisartsenpraktijken registreren verschillend, waardoor de gegevens niet goed vergelijkbaar zijn. Met name gegevens over geboorteland ontbreken vaak. Bovendien is er vermoedelijk sprake van onderregistratie van aandoeningen waarvoor de huisarts geen behandeling inzet. Deze beschouwt hij als vanzelfsprekend, of onderkent ze niet, zoals verslaving aan tabak, of een verstandelijke beperking (0,1% geregistreerd in straatzorgpraktijken terwijl bekend is dat 30% van de dakloze populatie waarschijnlijk een verstandelijke beperking heeft). Ook worden kosten heel verschillend en vaak niet geregistreerd. Het goed zijn om, in lijn met een reguliere huisartsenpraktijk, een boekhoud- of registratiesysteem te introduceren, en financiële rapportages zoals een jaarrekening te maken.

2. Verzamel en analyseer de gegevens van meer straatzorgpraktijken, zodat de resultaten beter generaliseerd kunnen worden

3. Verzamel meer detailinformatie over een aantal patiënten zodat onderzoek naar de causaliteit tussen uitkomsten/kosten en (uitstellen/achterwege blijven van) zorg mogelijk wordt

Deze twee laatste aanbevelingen vloeien voort uit het feit dat het huidige onderzoek een eerste verkenning was, en de resultaten gebaseerd zijn op een beperkt aantal praktijken. Dit maakt het trekken van harde conclusies beperkt mogelijk.

Vervolg

De **eerste fase** is afgerond met het dashboard ontwikkeld door KPMG en inzicht geeft in de aard en omvang van de patiëntenpopulatie en geleverde zorg in 2023 in een of twee praktijken per zorgscenario. In de **tweede fase** willen we meer locaties of scenario's toevoegen, waardoor robuuste, generaliseerbare gegevens beschikbaar komen.

In de **derde fase** willen we de huidige dataset en het rekenmodel door middel van wetenschappelijk onderzoek doorontwikkelen op een zodanige wijze dat naast correlatie mogelijk ook causaliteit kan worden aangetoond. Hiervoor is meer detailinformatie noodzakelijk per patiënt en casus.

In de **vierde fase** willen we tot slot een financieel model ontwikkelen dat inzichtelijk maakt wat de effecten zijn van het tijdig en kwalitatief goed verlenen van straatzorg.