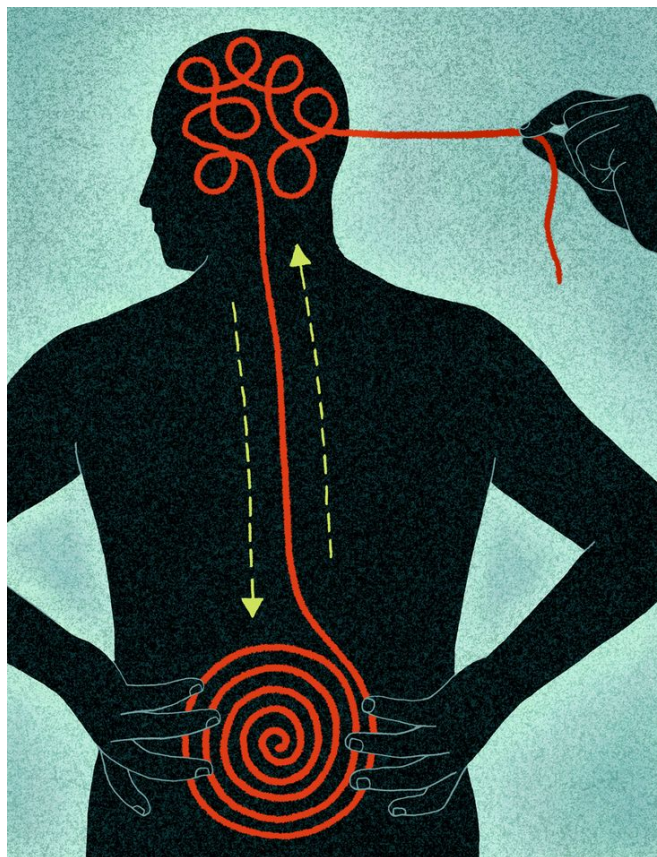


# CHRONISCHE PIJN

onder dak- en thuislozen



**Felix Peuker, coassistent Kruispost**  
**20 februari 2024**

## 1. INTRODUCTIE

Onverzekerdenzorg verwijst naar de gezondheidszorg die wordt verleend aan mensen die geen ziektekostenverzekering hebben en wordt grotendeels gevormd door de groep van migranten die zonder geldige documenten langere tijd in Nederland verblijven. Deze groep is groot en divers, en bestaat volgens het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (2020) naar schatting uit 23.000 tot 58.000 ongedocumenteerden. Deze groep heeft wisselend onderdak en vaak geen goede toegang tot de zorg.<sup>1</sup> In veel landen, waaronder Nederland, hebben burgers weliswaar recht op basisgezondheidszorg, maar zonder legale persoonsdocumenten zijn er mensen die buiten dit systeem vallen door onverzekerbaarheid.

De Kruispost Amsterdam speelt een belangrijke rol in de onverzekerdenzorg door deze kwetsbare groep mensen toegang te bieden tot medische zorg.<sup>2</sup> Enkele aspecten van de rol van de Kruispost: ze bieden laagdrempelige zorg, waarbij naast basiszorg ook aandacht is voor preventieve en curatieve zorg met fysiotherapie, ggz en mond- en oogzorg. Daarnaast kan de Kruispost breder kijken dan alleen genezen en besteden ze aandacht aan de sociale determinanten van gezondheid, zoals huisvesting, voeding en toegang tot sociale voorzieningen.

Het meest kwetsbaar van de onverzekerde groep in Nederland zijn de mensen zonder vaste woon- of verblijfplaats. Daaronder vallen diegenen die "couch hoppen" bij kennissen, of op straat of in een opvang slapen. Naast de uitdagingen met toegankelijkheid, is tevens de aard van de zorg ingewikkelder voor deze groep. De verhoogde incidentie van psychische aandoeningen, verslavingen en verstandelijke beperkingen maakt het vaak moeilijk om doelgerichte behandelingen te bieden, zelfs voor schijnbaar eenvoudige problemen.<sup>3,4</sup> Daarnaast komen communicatiebarrières en verminderde gezondheidsvaardigheden vaker voor dan gebruikelijk.<sup>5</sup>

Chronische (niet-kanker) pijn is wijdverspreid onder dak- en thuislozen, waar het zowel veroorzaakt als in stand gehouden wordt door een leven op straat.<sup>6,7,8</sup> Echter, dit probleem beperkt zich niet tot deze groep, aangezien het ook aanzienlijke gevolgen heeft voor de algemene bevolking. Uit een grootschalige Europese studie blijkt dat één op de vijf volwassen Europeanen te maken heeft met chronische pijn. Voor Nederland worden de geschatte totale kosten van deze kwestie op €20 miljard per jaar geraamd.<sup>9</sup>

Chronische pijn, volgens de definitie van de International Association for the Study of Pain (IASP 1994), is een onplezierige sensorische en emotionele

ervaring die verband houdt met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging.<sup>10</sup> Hoewel pijn vaak wordt geassocieerd met weefselbeschadiging, geldt dit niet voor alle gevallen, hoewel het vaak wel het geval is bij acute pijn. Chronische pijn wordt vastgesteld wanneer de pijn langer aanhoudt dan normaal gesproken verwacht zou worden na weefselbeschadiging, vaak gedefinieerd als langer dan drie maanden. Het stellen van een specifieke tijdslimiet voor de beoordeling van chronische pijn is echter niet volledig correct, omdat vaak niet de tijd, maar de risicofactoren bepalend zijn voor de invloed op de pijn. Risicofactoren die bijdragen aan het ontstaan van chronische pijn omvatten herhaalde klachten, intense pijnervaring, vermijding van lichamelijke activiteiten, niet behandelen van acute pijn, gebrek aan rust, pijn elders in het lichaam, langdurige stress, psychiatrische comorbiditeit, gebrek aan ondersteuning van de omgeving, disfunctionele gedachten (doemdenken), en patiënten die hun pijn voornamelijk verklaren vanuit lichamelijke oorzaken. Hierdoor lijkt het niet onlogisch dat chronische pijn vaker voorkomt bij dak- en thuislozen.

Descartes geloofde vroeger dat de zintuigen en de hersenen direct met elkaar verbonden waren, los van (psychosociale) invloeden van buitenaf.<sup>11</sup> Hedendaags begrijpen we echter beter dat pijn wordt geanalyseerd en beoordeeld vanuit een biopsychosociaal perspectief om alle factoren rondom een individu en pijn in overweging te nemen. De aanpak van chronische pijn verschuift van 'genezing' naar 'management' en vereist maatwerk.

Patiënten met chronische pijn worden vaak als uitdagend beschouwd vanwege diverse redenen. Negatieve gemoedstoestanden of emoties, zoals hulpeloosheid, wanhoop en boosheid, hebben de neiging de intensiteit van sensorische input te vergroten. Bovendien kan pijnperceptie ook negatief beïnvloed worden door slechte eetgewoonten, roken, gebrekkige slaap en gebrek aan lichaamsbeweging.<sup>12,13,14</sup>

In Nederland is de organisatie van pijnzorg voornamelijk vastgelegd in de Zorgstandaard Chronische Pijn (2017), een document ontwikkeld door de Dutch Pain Society en het Samenwerkingsverband Pijnpatiënten.<sup>15</sup> Het behandelconcept volgt het principe van 'stepped care' en omvat de volgende stappen:

1. Preventie en zelfzorg
  - Adequate en vroegtijdige behandeling van acute pijn
  - Signaleren van aanhoudende pijnklachten
  
2. Monodisciplinaire diagnostiek/educatie/therapie in de 1<sup>e</sup> lijn
  - Toereikend in veel gevallen van laag-complexe pijn

- Bij hoge lijdensdruk of stagnatie van therapie-effect, door naar stap 3/4.
3. Multidisciplinaire diagnostiek/educatie/therapie in de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn
    - Overleg met specialisten uit de tweede lijn (advieslijn)
    - Inschakelen van eigen POH-ggz voor het in kaart brengen van biopsychosociale factoren
  4. Multidisciplinaire diagnostiek/educatie/therapie in de 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn
    - Doel is vooral verbetering van de kwaliteit van leven
    - Bij ernstige onderliggende somatische en psychische problematiek/beperking
    - In geval van ernstige sociale problemen of slechte omgevingsfactoren
    - Verwijzing naar fysiotherapie, pijnpoli of revalidatie.

Chronische pijn is een complex probleem dat, zonder afdoende behandeling, aanzienlijke invloed kan hebben op de levenskwaliteit van een patiënt. Voor dak- of thuislozen komen hier nog extra uitdagingen bij kijken. Hoewel het Zorgakkoord Chronische Pijn een duidelijke leidraad biedt voor de diagnose en behandeling van chronische pijn in Nederland, is deze niet specifiek gericht op deze kwetsbare groep. Dit document zal onderzoeken waar bestaande richtlijnen, waaronder het Zorgakkoord Chronische Pijn en andere aanbevelingen tekortschieten voor de dak- en thuisloze populatie. De centrale vraag die hierbij gesteld wordt, is: welke behandelingsstrategie is het meest geschikt voor chronische pijn bij dak- en thuislozen? Om deze vraag te beantwoorden zijn drie deelvragen geformuleerd:

**Deelvraag 1:** Wat zijn de oorzaken van chronische pijn onder dak- en thuislozen?

**Deelvraag 2:** Welke factoren zijn van invloed bij de behandeling van chronische pijn bij dak- en thuislozen?

**Deelvraag 3:** Wat is het huidige beleid omtrent de behandeling van chronische pijn en zijn er beleidsaanpassingen nodig ten goede van dak- en thuislozen?

Elke deelvraag zal worden beantwoord aan de hand van informatie uit bestaande nationale richtlijnen, zorgmodules en standaarden. Bovendien is er een kleinschalig onderzoek uitgevoerd onder patiënten van de Kruispost om inzicht te krijgen in het probleem van chronische pijn binnen deze populatie. Alle dak- of thuisloze patiënten die tijdens het spreekuur

langskwamen, zijn de volgende vragen gesteld (na toestemming, ongeacht de reden van het spreekuur):

1. Heeft u op dit moment pijn ergens in het lichaam die al langer dan drie maanden aanhoudt?
2. Hebben artsen een oorzaak kunnen vinden voor deze pijn?
3. Welke methoden heeft u geprobeerd om de pijn te verminderen?
4. Welke aspecten in uw leven maken het momenteel moeilijk om deze pijn te beheersen?

Naast dit 'random sample' is ook een groep patiënten uit het patiëntensysteem getrokken, waarvan een episode van 'chronische pijn' (n=8), 'neuropathische pijn' (n=4) of 'hoofdpijn' (n=6) reeds vastgesteld was. Hier is uit het patiëntendossier retrospectief achterhaald wat de belemmeringen voor behandeling waren en welke behandelingen zijn geprobeerd en of die succesvol waren. Deze patiënten hebben we dus ook niet gesproken. Deze twee methodisch verschillende groepen zullen naast elkaar gepresenteerd worden.

## **2. DEELVRAAG 1: Wat zijn de oorzaken van chronische pijn onder dak- en thuislozen?**

### **2.1 Introductie**

Dit hoofdstuk behandelt de oorzaken van chronische pijn bij dak- en thuislozen. Als er geen duidelijke oorzaak of onderliggende aandoening wordt gevonden, bestaat het risico dat acute pijn zich ontwikkelt tot chronische pijn (chroniciteit). In dit geval is het van belang om de focus te leggen op het getroffen gebied en het type pijn. In dit hoofdstuk zullen prevalentiecijfers worden geraadpleegd uit beperkte literatuur. Hoewel deze vaak niet specifiek afkomstig zijn uit Nederland en met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

### **2.2 Literatuur**

Een cruciale studie, geleid door Hwang et al. in Toronto (Canada) onderzocht 312 dakloze volwassenen, willekeurig geselecteerd bij 17 opvanglocaties.<sup>16</sup> Uiteindelijk werden 152 meewerkende individuen met chronische pijn geïnccludeerd. De deelnemers werden ingedeeld op basis van de Chronic Pain Grade scores, variërend van Grade I (geringe beperking - lage intensiteit) tot Grade IV (ernstige beperking - hoge intensiteit). De drie meest voorkomende pijnlocaties waren de rug (52,0%), de knieën (28,9%) en de schouders (21,1%). Individuen in de Grade IV groep vertoonden aanzienlijk vaker pijn aan de rug ( $p = 0,009$ ) of onderste extremiteiten ( $p = 0,009$ ). Niettemin lijkt hoofdpijn niet te zijn meegenomen in de analyse. De dominante oorzaak van de pijn was in de meeste gevallen toe te schrijven aan opgelopen verwondingen of letsel (60,2%).

Een andere studie, uitgevoerd door Landefeld et al. in 2017 in Californië (Verenigde Staten) richtte zich op 350 daklozen van 50 jaar en ouder om chronische pijn en bijbehorende factoren te onderzoeken.<sup>8</sup> Deelnemers werden willekeurig geselecteerd uit opvangkampen en uitgifteplekken voor maaltijden door de hele stad. Chronische pijn werd gedefinieerd als pijn die langer dan 3 maanden aanhield, met in de afgelopen week een minimale pijnscore van 5/10. Uit het onderzoek bleek dat 79,9% van de deelnemers chronische pijn rapporteerde, waarbij 46,8% ( $n=163$ ) zelfs chronische, matige tot ernstige pijn ervoer. Hoewel deze studie geen informatie verstrekke over de locatie van de pijn, werd wel een correlatie gevonden met

onder andere artritis (63,8% bij chronische pijn vs. 27,0% bij niet-chronische pijn;  $p < 0.001$ ).

Fisher et al. rekruteerden uit 8 daklozeninstanties in het Verenigd Koninkrijk 168 deelnemers, waarvan 63% pijn ervoer die langer dan 3 maanden aanhield.<sup>6</sup> Van deze groep gaf 51,4% aan chronische pijn in de onderste extremiteiten te hebben, 36,9% in het abdomen, pelvis of de rug, 25,2% in borst, armen en schouders, en 15,3% in hoofd of nek. Daarnaast trachtten ze de prevalentie van neuropathische pijn te meten met behulp van de Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs vragenlijst en onderzoek.<sup>17</sup> Uit hun bevindingen bleek dat 16,9% van degenen die de vragenlijst hadden ingevuld symptomen van neuropathische pijn vertoonden.

### **2.3 Eigen onderzoek**

Ons random sample bestond uit patiënten die wel of niet voor chronische pijn naar het spreekuur waren gekomen op de Kruispost (1<sup>e</sup> lijn). Van de 66 ondervraagde patiënten bleken er uiteindelijk 22 (33.3%) dak- of thuisloos te zijn. 12 personen (54.5%) daarvan gaven aan op dat moment chronische pijn te hebben. De gemiddelde leeftijd van deze groep was 39.6 jaar en 90.9% was man.

Het merendeel had last van de onderste extremiteiten (33.3%), daarna kwamen abdomen, in oro en thorax (16.7%), de nek/rug en bovenste extremiteiten werden het minste geteld (8.3%). Geen van deze patiënten hadden gediagnosticeerde neuropathische pijn en voor 7 personen (58.3%) was geen oorzaak aanwijsbaar.

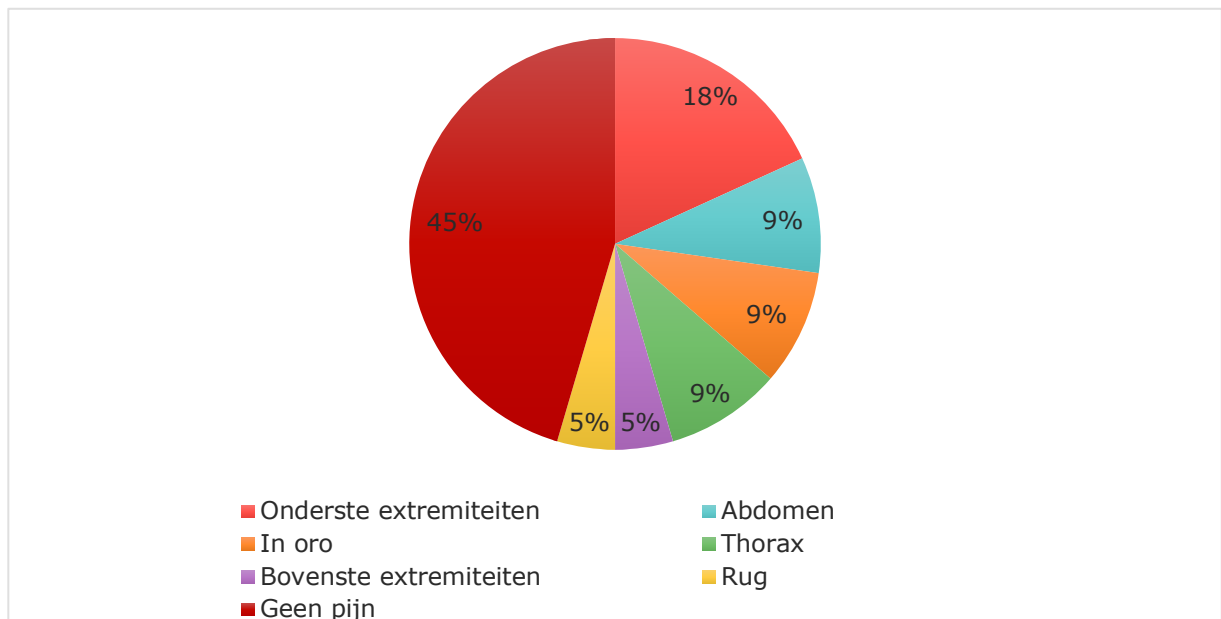
Het aantal inclusies in onze steekproef is beperkt, waardoor pijnregio's snel van positie wisselen op de ranglijst. Toch blijkt dat de onderste extremiteiten het vaakst worden getroffen. De frequenties van Fisher et al. komt redelijk overeen met onze steekproef, waarbij de onderste extremiteiten de hoogste prevalentie laten zien, gevolgd door het abdomen, thorax, en vervolgens de nek/rug en bovenste extremiteiten. Opmerkelijk is echter dat Fisher et al. een prevalentie van 16.9% neuropathische pijn rapporteerden, terwijl wij geen enkel geval ervan waarnamen. De hoge frequentie van pijn in de onderste extremiteiten kan worden toegeschreven aan het veelvuldige lopen en staan van deze populatie, evenals aan slecht schoeisel en gebrekkige wondverzorging.

Hwang et al. zagen veel meer klachten van de rug vergeleken met onze steekproef (52.0% vs. 16.7%). Dit laat zich moeilijk verklaren, aangezien Toronto en Amsterdam redelijk zelfde regelingen hebben w.b. opvang en gratis toegankelijke 1<sup>e</sup> lijnshulp. Een reden dat deze percentages zo uit elkaar liggen, zou kunnen zijn dat de aantallen in deze steekproef zo laag liggen; absoluut scheelt het maar 5 personen met rugpijn.

Het is opmerkelijk dat hoofdpijn in geen van de onderzochte steekproeven, waaronder die van ons, wordt waargenomen. Ondanks dat hoofdpijn vaak gerelateerd is aan stress en in deze populatie wordt verwacht, blijft het afwezig.

## 2.4 Conclusie

Onder dak- en thuislozen is chronische pijn wijdverspreid, waarbij vaak de onderste extremiteiten als de meest getroffen gebieden worden genoemd, wat gepaard gaat met aanzienlijke beperkingen.



### **3. DEELVRAAG 2: Welke belemmerende factoren zijn van invloed op de behandeling van chronische pijn bij dak- en thuislozen?**

#### **3.1 Introductie**

Dit hoofdstuk zal verder ingaan op de moeilijkheden van het bestaan als dak- of thuisloze voor het omgaan met chronische pijn. Het gaat hier dus niet om factoren die bepaalde pijnen vaker doen veroorzaken, maar specifiek om omstandigheden die in deze groep de behandeling lastiger maken.

Chronische pijn is niet alleen een symptoom, maar heeft zich in dit document inmiddels ontwikkeld tot aandoening. Om een volledig begrip van chronische pijn te verkrijgen, is een benadering vanuit het biopsychosociale perspectief essentieel. De biologische aspecten van pijn worden verklaard op neurowetenschappelijke wijze, waaronder genetische aanleg en elektrofysiologie. Het emotionele aspect is evenzeer van belang, waarbij emoties zoals angst, depressie en boosheid allemaal een negatieve invloed hebben op de omgang met en het ervaren van pijn. Deze emoties manifesteren zich vervolgens in gedrag, zoals het vermijden van angst of pijn en het catastroferen van pijn. Daarnaast blijkt de socio-economische status van een individu aanzienlijke invloed te hebben op de ervaring van pijn.<sup>13</sup> Chronische pijn is dus de optelsom van een dynamische interactie tussen fysiologische, psychologische en sociale factoren.

#### **3.2 Literatuur**

Op basis van zelf-gerapporteerde belemmeringen uit de studie van Hwang e.a. en antwoorden van geïnterviewden bij de Kruispost is een overzicht samengesteld met een breed scala aan verzwarende factoren.

##### *1. Zorgsysteem - Algemeen*

- Moeite om afspraken bij te wonen (vervoer, missen kinderopvang)
- Moeite op tijd bij afspraken te zijn (tijdsbesef)
- Moeite met begrijpen van communicatie (taalbarrière)
- Lange wachtlijst voor behandeling
- Correspondentie niet mogelijk i.v.m. missen adres of telefoon

##### *2. Zorgsysteem - Arts-gerelateerd*

- Geen oorzaak voor de pijn te vinden
- Arts schrijft bepaalde pijnmedicatie niet voor uit verslavingsoverwegingen
- Moeilijk om herhaalrecept te krijgen
- Inname medicatie onjuist
- Weinig of geen begrip vanuit arts

### 3. *Opvang/Straat bestaan*

- Geen of slecht bed ter beschikking
- Slechte weersomstandigheden
- Stress van bestaansonzekerheid
- Geen veilige plek om medicatie te bewaren
- Overdag niet in opvang toegelaten

### 4. *Financieel*

- Geen geld voor pijnmedicatie van de drogist
- Geen geld voor voorgeschreven pijnmedicatie van de apotheek
- Geen geld voor paramedische zorg
- Algemene angst voor mogelijke kosten verdere (2<sup>e</sup> lijns) behandeling

### 5. *Werk-gerelateerd*

- Fysiek zwaar werk
- Angst om ontslagen te worden vanwege werkverzuim

### 6. *Persoonlijk*

- Middelenmisbruik
- Psychiatrische co-morbiditeit
- Fysieke co-morbiditeit
- Geen ondersteuning vanuit partner, vrienden of collega's
- Pijn coping niet bijdragend (bv. geen acceptatie)
- Pijn gedrag niet bijdragend (bv. pijn ontwijkend)

De meest voorkomende belemmeringen volgens Hwang e.a. in Toronto waren slechte slaapomstandigheden (44%), het niet kunnen betalen van verdere behandeling buiten de 1<sup>e</sup> lijn (41%), het niet kunnen verhelpen van de onderliggende oorzaak van de pijn (35%) en vervoersmoeilijkheden (30%). Verder vonden zij dat geïnterviewden met ernstige pijn meer belemmeringen aangaven bij hun pijnbehandeling ( $p < 0.001$ ).<sup>16</sup>

De kwaliteitservaring tijdens de pijnbehandeling is tevens belangrijk voor patiënten. Mogelijke discriminatie van patiënten en stigma's rond pijnbehandeling vormen in meerdere andere studies juist weer de grootste belemmeringen voor effectieve behandeling.<sup>18,19,20</sup> Het gevolg zou zijn dat

men overstapt op het zelf behandelen van de pijn, vaak met pijnstilling als alcohol en drugs.

Psychiatrische aandoeningen lijken pijngevoel te beïnvloeden. Echter, ook hier is sprake van een omgekeerde werking; langdurige pijn kan ook weer leiden tot psychiatrische beelden. Een studie onder 1204 patiënten met chronische pijn rapporteerde dat degenen met depressies meer pijn-gerelateerde functieverlies hadden, een lagere pijnacceptatiegrens en meer gegeneraliseerde pijn, vergeleken met degenen zonder mentale ziekte.<sup>21</sup> Andere cijfers liegen er ook niet om; dak- en thuislozen met pijn hebben onderliggend veel vaker PTSS, angststoornissen of depressies.<sup>22,23,24</sup> Aan de andere kant, zou schizofrenie juist leiden tot minder pijnsensitiviteit.<sup>3,25</sup>

### **3.3 Eigen onderzoek**

In figuur 2 staat wat geïnterviewden bij de Kruispost aangeven als belemmeringen voor een goede behandeling van de pijn. Er waren meerdere belemmeringen per individu mogelijk. 83,3% van de geïnterviewden gaf aan stress van het bestaan op straat te ervaren. 50% gaf aan financiële moeilijkheden te hebben en daarna in aflopende mate ook het ontbreken van een bed/matras (41,7%) taalbarrière en verslaving (33,3%).

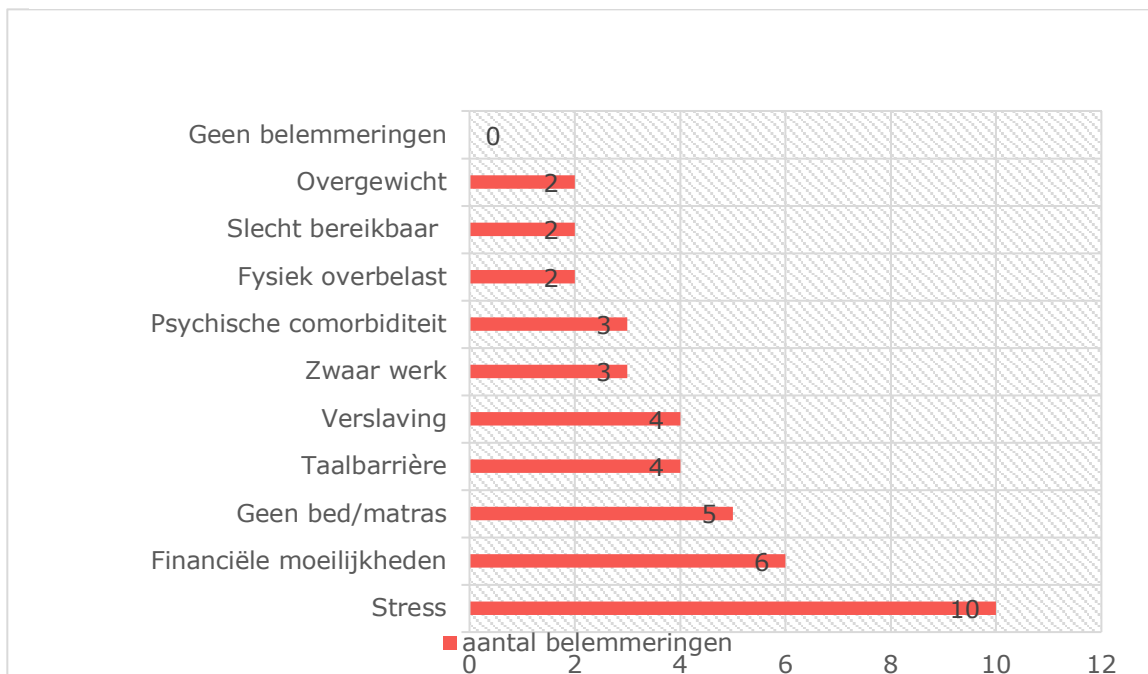
Als we dit vergelijken met de data van Hwang et al., welke steekproef goed te vergelijken is met die van ons, staat bij hun op één; slechte slaapomstandigheden met 44% en daarna het niet kunnen betalen van verdere behandeling in de 1<sup>e</sup> lijn met 41%. In Toronto is ook als in Nederland voor onverzekerden geen volledige betaling, toch zijn er meerdere instanties en fondsen die zich inzetten om basiszorg als oogzorg en medicatie te verschaffen. Consulten in de 2<sup>e</sup> lijn worden ook voor minder aangeboden, maar nog steeds is dat 20-85 dollar.<sup>26,27</sup> Begrijpelijk misschien dat er bij Hwang et al. veel zorgen zijn over financiën. Bij de Kruispost wordt alleen een vrijwillige bijdrage van 5 euro gevraagd en is medicatie met 5 euro per stuk ook een stuk goedkoper dan normaal. Bij verwijzen naar de 2<sup>e</sup> lijn komen er soms ook wat meer zorgen bij kijken want het ziekenhuis stelt moeilijke vragen aan ze of ze een behandeling of diagnostiek wel of niet kunnen betalen. Regelmatig worden ze ook geweigerd omdat ze onverzekerd zijn, wat het lastig maakt.

Verder zien we dat van degenen die aangaven financiële moeilijkheden rond zorg te ervaren, de helft uit een niet-EU-land komt, twee uit een EU-land en 1 uit Nederland. Het CAK ondersteunt burgers uit EU- en niet-EU-landen, maar kosten uit de Wet langdurige zorg worden alleen aan niet-EU-nationaliteiten vergoed. Dus zou verwacht mogen worden dat er onder deze groep minder financiële stress zou bestaan. Verder was er 1 iemand uit Nederland, welke kosten niet vanuit de CAK worden vergoed, omdat een Nederlander zich zou moeten kunnen verzekeren.

### 3.4 Conclusie

Het is invoelbaar dat er veel zorgen ontstaan en in stand worden gehouden met een bestaan op straat. Veel onzekerheid en het vooruitzicht van kosten kunnen goede zorg in de weg staan. Er zijn financiële potjes voor in Nederland, maar dat wil nog niet direct zeggen dat onverzekerden daar altijd gebruik van kunnen maken en dat het voor hen voelt als een last minder.

*Figuur 1: Aantal getelde belemmeringen voor de behandeling van chronische pijn onder 22 dak- en thuislozen.*



## **4. DEELVRAAG 3: Wat is het huidige beleid omtrent de behandeling van chronische pijn en zijn er beleidsaanpassingen nodig ten goede van dak- en thuislozen?**

### **4.1 Introductie**

De behandeling van chronische pijn volgt een tweeledige aanpak. Enerzijds is er de noodzaak voor verdere diagnostiek om mogelijke oorzaken en somatische onduidelijkheden vast te stellen. Anderzijds is preventie van cruciaal belang om te voorkomen dat de pijn de controle over de patiënt overneemt. Gerichte verwijzing naar gespecialiseerde zorg is vereist voor verdere diagnostiek buiten de eerste lijn. In de 'stepped care'-benadering omvat elke stap dezelfde elementen:

- Aanvullende diagnostiek
- Voorlichting en educatie
- Pijnverlichting
- Ondersteuning bij dagelijks leven en participatie
- Vermindering van invloed van psychische en somatische comorbiditeit

Dit hoofdstuk verkent de niet-medicamenteuze, medicamenteuze en verwijsmogelijkheden, waarbij specifieke vraagstukken uit de praktijk worden onderzocht. De antwoorden op deze vraagstukken zullen voortkomen uit literatuuronderzoek of ander onderzoek.

### **4.2 Niet-medicamenteuze behandeling**

Het belangrijkste onderdeel van de behandeling van chronische pijn is niet-medicamenteus en bestaat uit voorlichting, educatie en zelfzorginterventies.

#### **4.2.1 Zelfzorg**

Hoewel zelfzorg uitdagend is voor dak- en thuislozen, is het van belang om dit aspect te bespreken:

- Zorg voor voldoende nachtrust.
- Ontspanning vinden in hobby's, sociale contacten, meditatie, muziek, lezen, wandelen, en sporten.
- Steun zoeken bij vrienden of familie.

- Bij vermijding van beweging: activiteiten stapsgewijs opbouwen.
- Bij overmatige beweging: rust nemen en activiteiten verdelen over de dag/week.

#### **4.2.2 Voorlichting**

Na de vaststelling van chronische pijn is het belangrijk om de patiënt op begrijpelijke wijze te informeren. Websites van ziekenhuizen met duidelijke uitleg zijn waardevolle bronnen.<sup>28</sup> Vertaal teksten en gebruik waar mogelijk beeldmateriaal. De boodschap moet benadrukken dat pijn niet altijd een waarschuwingssignaal voor schade is en vaak niet gevaarlijk. Begripstoetsing is van groot belang, vooral bij culturele verschillen. Het uitvragen van de patiënt over hun kennis, ideeën en zorgen met betrekking tot de pijn is onmisbaar. Geruststelling, met uitleg van onderzoeksresultaten, speelt een sleutelrol. Emotionele aspecten moeten worden aangepakt, met begrip en uitleg voor zowel de patiënt als hun partner. Uitspraken die de pijn als 'psychisch' bestempelen, dienen vermeden te worden. Zorgen over kosten kunnen worden verminderd door te wijzen op de financiële regelingen.

#### **4.2.3 Educatie**

Educatie gaat verder dan voorlichting en is nodig bij chronische pijn.<sup>29,30</sup> Het omvat georganiseerde leerprocessen om kennis en inzicht te vergroten en vaardigheden aan te leren voor gedragsverandering, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT). Educatie kan catastroferen tegengaan en zelfs pijnstillend werken.<sup>31</sup> Een goed geïnformeerde patiënt kan verantwoordelijkheid nemen voor hun ziekte en kwaliteit van leven. Dit proces vereist begeleiding door een POH-ggz, eventueel in de tweede lijn. Het belang van psychosociale factoren in pijn moet in de 1<sup>e</sup> lijn worden benadrukt, waarbij functioneren centraal staat in plaats van alleen de pijn.<sup>32</sup> Een consistente informatieverstrekking door alle zorgprofessionals is van vitaal belang, met een hoofdbehandelaar als aanspreekpunt. Lotgenotencontact is een mogelijkheid.

#### **4.2.4 Vraagstuk: Is cognitieve gedragstherapie effectief tegen chronische pijn bij dak- en thuislozen?**

#### **4.2.4.1 Algemeen**

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een belangrijk onderdeel gebleken van pijneducatie, waarbij het aanleren van ander pijngedrag centraal staat. De toepassing van CGT vereist medewerking en verantwoordelijkheid van de patiënt, wat mogelijk een uitdaging kan zijn voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB).<sup>33,34</sup> Aangezien naar schatting 30% van dak- of thuislozen een LVB heeft, rijst de vraag of CGT, zowel in de 1<sup>e</sup> als 2<sup>e</sup> lijn, geschikt is voor dak- en thuislozen.<sup>35</sup>

Er is geen bekend onderzoek over het effect van CGT bij de behandeling van chronische pijn bij dak- en thuislozen met een LVB. Desondanks lijkt CGT wel effectief te zijn bij de behandeling van chronische pijn bij dak- en thuislozen.<sup>36,37</sup>

Bewijs suggereert dat CGT ook werkt voor mensen met een LVB, zij het voor depressie en angst en niet voor chronische pijn.<sup>38</sup> Dit wijst erop dat deze groep te instrueren is en positieve resultaten kan behalen. Bovendien suggereren andere artikelen voor patiënten met een LVB aanpassingen aan CGT, zoals vereenvoudiging van taal en langzamere instructies.<sup>39</sup> Een alternatief, cognitieve functionele therapie (CFT), richt zich niet alleen op het omgaan met pijn, maar benoemt direct maladaptieve gedragingen en bevordert verbeteringen in functioneren.<sup>40,41</sup>

#### **4.2.4.2 Kruispost**

Van de Kruispost-patiënten uit de lijsten 'chronische pijn', 'neuropathische pijn' en 'hoofdpijn' zijn er geen gevallen bekend die zijn geholpen met CGT. De literatuur suggereert dat CGT mogelijk effectief kan zijn bij mensen met een LVB. Echter, de POH-ggz op de Kruispost passen dit in feite niet toe bij patiënten met chronische pijn. Ervaringen met patiënten met een LVB geven aan dat het nodig is om duidelijkheid te verschaffen en dat het lastig is om interactie en reflectie over het gedrag van de patiënt te bereiken. Voor mensen zonder LVB wordt daarentegen Acceptance and Commitment Therapy (ACT) als geschikter beschouwd voor de behandeling van chronische pijn, waarbij de focus ligt op acceptatie van de pijn.

#### **4.2.4.3 Conclusie**

Kortom, CGT lijkt effectief te zijn voor chronische pijn en lijkt effectief bij patiënten met een LVB. Er is echter geen direct bewijs of CGT werkt tegen chronische pijn bij patiënten die dak- of thuisloos zijn. De ervaring van de POH-ggz is dat ACT beter werkt bij chronische pijn en dat LVB een therapie erg lastig maakt, maar niet bij voorbaat onmogelijk. De geschiktheid van CGT/ACT moet per patiënt worden beoordeeld, rekening houdend met psychische comorbiditeiten en capaciteiten.

## **4.3 Medicamenteuze behandeling**

### **4.3.1 Pijnladder**

De behandeling van acute nociceptieve pijn volgt doorgaans de WHO-pijnladder, waarbij gestreefd wordt naar de lichtste effectieve behandeling met minimale bijwerkingen.<sup>42</sup> Het achterhalen van de oorzaak van de pijn wordt altijd aanbevolen. Zwakwerkende opioïden (zoals tramadol) bevinden zich in stap 3 van de ladder, terwijl sterkwerkende opioïden (morfine, oxycodon, fentanyl, buprenorfine) in stap 4 staan.

### **4.3.2 Neuropathische pijn**

Het is cruciaal om te weten welk type chronische pijn wordt behandeld. Voor chronische neuropathische pijn bestaan effectieve medicamenteuze opties zoals TCA's, SNRI's en anti-epileptica. Dubbele toediening via hetzelfde werkingsmechanisme moet vermeden worden.<sup>43,44</sup> Capsaïcine als lokaal therapeutisch middel kan eveneens werkzaam zijn. Bij het overwegen van medicatie is aandacht voor medicatieveiligheid essentieel, waarbij voorlichting over gebruik, verloop en bijwerkingen van groot belang is. Ook moeten knelpunten zoals het ordenen en veilig bewaren van medicatie en eventuele angsten en vooroordelen worden besproken.

### **4.3.3 Vraagstuk: Is behandelen van chronische pijn met opioïden bij dak- en thuislozen zinvol?**

#### **4.3.3.1 Algemeen**

Talrijke studies tonen aan dat chronische opioïdebehandeling slechts minimale pijnvermindering oplevert.<sup>45</sup> Bovendien rapporteerden meerdere onderzoeken dat patiënten met hogere opioïdedoseringen een slechtere kwaliteit van leven ervoeren dan degenen met lagere doses, en deze

bevindingen zijn waarschijnlijk evenzeer van toepassing op dak- en thuislozen.<sup>42,46</sup> Ook zijn psychiatrische en verslavingsverleden grote risico's voor problematisch opioïdgebruik in de toekomst.<sup>47</sup> Tevens brengt langdurig opioïdgebruik risico's met zich mee, zoals verslaving, afhankelijkheid en doorverkoop, welke ten allen tijde vermeden moeten worden.<sup>48</sup> Beheerd gebruik kan worden overwogen, bijvoorbeeld met dagelijkse afgifte door een opvangplek om misbruik te voorkomen. Herhaalde evaluatie van het effect is noodzakelijk, met een vooraf bepaalde einddatum voor het gebruik, en monitoring van lever- en nierfuncties, vooral bij opioïden met actieve metabolieten. Methadon wordt niet aanbevolen voor niet-palliatieve pijnverlichting.

#### **4.3.3.2 Kruispost**

Bij de Kruispost wordt beleid gehanteerd om opioïden niet standaard voor te schrijven, zowel bij acute als chronische pijn, tenzij er sprake is van een goed onderbouwde uitzondering.<sup>49,50</sup> Dit beleid is gebaseerd op eigen ervaringen en het NHG, dat zelfs adviseert opioïden helemaal te vermijden bij patiënten met psychiatrische aandoeningen of gevoeligheid voor verslaving (inclusief tabak en alcohol).<sup>51,52</sup> In de praktijk van de Kruispost ontbreekt vaak een volledig beeld van de patiënt en dus kan niet met zekerheid bepaald worden of er sprake is van een psychiatrisch of verslavingsbeeld. Toch zijn sommige (welbekende) patiënten van de Kruispost wel geholpen met een onderhoudsdosering tramadol. Dit kan acceptabel zijn, maar het vereist duidelijkheid over de oorzaak van de pijn, onvoldoende effect van andere behandelingen en optimale medicatie met niet-opioïden als basis.<sup>53</sup>

Van de Kruispost-patiënten uit de lijsten 'chronische pijn', 'neuropathische pijn' en 'hoofdpijn' zijn er 3 (16,7%) gevallen bekend die 2 weken geholpen zijn met tramadol 1-3dd. Dit waren patiënten met ernstige langer bestaande pijnklachten aan rug (n=1), baarmoederstreek (n=1) en voeten (n=1). Bij alle drie waren de lichtere opties niet meer toereikend. Na 2 weken is bij allen de therapie gestaakt. Patiënten waren allen niet psychiatrisch bekend. Informatie over de pijn nadien was helaas niet terug te vinden in het dossier.

#### **4.3.3.3 Conclusie**

Kortom, opioïden worden afgeraden voor chronisch gebruik, vooral niet bij dak- en thuislozen met een verhoogde incidentie van psychiatrische aandoeningen en verslavingsrisico's. Niettemin blijft pijnbestrijding een individueel proces, dus in weloverwogen situaties kan afgeweken worden van de standaardrichtlijnen. Kijk dan wel eerst naar de mogelijkheid van een zwakwerkend i.p.v. een sterkwerkend opioïd.

#### **4.4 Verwijzen naar de 2<sup>e</sup> lijn**

##### **4.4.1 Introductie**

Soms is verwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijn noodzakelijk om optimale zorg te bieden vanuit de 1<sup>e</sup> lijn. Op de Kruispost zijn de fysiotherapeut, POH-ggz en psycholoog beschikbaar, maar als deze stappen ontoereikend zijn voor het beheersen van chronische pijn, kan doorverwijzing naar de pijnpoli of andere specialist in de 2<sup>e</sup> lijn overwogen worden. De afdeling Pijngeneeskunde, bestaande uit een team van psychologen, fysiotherapeuten, neurologen, revalidatieartsen, en anesthesiologen, kan diepgaander onderzoek doen naar de oorzaak en aanvullende behandelingen bieden, zoals neuromodulatie en zenuwblokkades.

##### **4.4.2 Financiën**

Als vreemdeling zonder zorgverzekering ben je in principe zelf verantwoordelijk voor de betaling van (te) ontvangen zorg. Gelukkig zijn er diverse regelingen beschikbaar voor verschillende groepen, waarbij het Centraal Administratie Kantoor (CAK) de afhandeling van zorgkosten verzorgt.<sup>54</sup> Alle grote ziekenhuizen in Amsterdam en omgeving zijn bij de CAK aangesloten (DC Klinieken, OLVG, Amsterdam UMC, BovenIJ, AVL). Er zijn aparte regelingen voor vreemdelingen uit EU-landen, niet-EU-landen, Oekraïners en asielzoekers.

##### **4.4.3 Communicatie**

Hulporganisaties voor vreemdelingen, zoals Pharos, Dokters van de Wereld en Lampion, bieden uitgebreide informatie voor zorgverleners in de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn over de omgang met onverzekerbare migranten.<sup>55</sup> Deze organisaties erkennen diverse formele en informele hindernissen in de zorg. Hieronder volgen enkele adviezen die nuttig kunnen zijn bij het verwijzen van dak- en

thuislozen, maar van toepassing zijn op alle onverzekerde patiënten. Op de site van Pharos staat veel informatie voor zorgverleners en onverzekerden.<sup>56</sup>

#### **4.4.4 Vraagstuk: Wat is de ervaring van pijnpoli's met dak- en thuislozen?**

##### **4.4.4.1 Algemeen**

Hoewel verwijzen op papier eenvoudig lijkt, is de praktijk helaas complex. De zorg voor de patiënt komt terecht bij verschillende zorgverleners in het ziekenhuis, met verlies van overzicht en controle tot gevolg. Veel ziekenhuiszorgverleners zijn niet op de hoogte van diverse financiële regelingen voor onverzekerden en sturen patiënten regelmatig terug naar de huisarts. Een rondgang langs de pijnpoli's van alle CAK-gelieerde ziekenhuizen in Amsterdam gaf enig inzicht over hun ervaringen met dak- en thuislozen. Hieronder zal ik enkele bruikbare ervaringen delen.

##### *Maken van afspraken*

Het tijdstip van het maken van een afspraak werd genoemd als een punt waarover veel onduidelijkheid heerst. In best wat gevallen spreken dak- en thuislozen geen Nederlands of Engels en wordt het erg lastig om een afspraak duidelijk te maken. Het gebruik van apps werkt via de telefoon niet en een tolk kan op zulke korte termijn niet geregeld worden. Een medewerker stelde dan ook als oplossing voor om als patiënt proactief zelf te bellen samen met iemand die wel Nederlands of Engels spreekt en niet te wachten tot de poli de patiënt belt.

##### *Financiële afhandeling*

Ongeveer de helft van polimedewerkers wist van het bestaan van de CAK-regeling, maar een deel daarvan wist dat dit ook voor een verwijzing naar de pijnpoli geldt. Zorgverleners van de Kruispost zouden immer in de verwijzing moeten zetten bij 'zorgverzekeraar' dat de patiënt onverzekerd is en gebruik wil maken van de CAK-regeling. Ook tijdens overleg met de specialist dient dit nogmaals duidelijk benoemd te worden, ook al staat deze vaak niet direct in contact met de polikliniek.

##### *Missen van afspraken*

Het laatste besproken onderwerp was het nakomen van geplande afspraken. Hoewel het voorkomt dat afspraken worden gemist, merkten alle respondenten op dat dit niet vaker gebeurt bij dak- en thuislozen dan bij andere patiënten. De meeste ziekenhuizen passen een no-showtarief toe. Het is verstandig om de patiënt bij verwijzing te adviseren hiermee rekening te houden.

#### **4.4.4.2 Kruispost**

Van de Kruispost-patiënten uit de lijsten 'chronische pijn', 'neuropathische pijn' en 'hoofdpijn' zijn er 2 gevallen bekend die zijn doorverwezen, eenmaal naar de revalidatie/neurologie i.v.m. hereditaire motorische sensorische neuropathie en eenmaal naar de pijnpoli. De laatste had post-traumatische neuropathische pijnklachten aan de knie waarvoor succesvol een Qutenza-behandeling is gestart en amitryptiline (uit 1<sup>e</sup> lijn). Beide patiënten zijn succesvol verwezen en behandeld in de 2<sup>e</sup> lijn.

#### **4.4.4.3 Conclusie**

Kortom, er zijn wat logische frustraties in de 2e lijn waar in de 1e lijn op ingespeeld kan worden. Desondanks kan het met de juiste indicaties zeer de moeite waard zijn om te verwijzen.

## **5. CONCLUSIE**

Besproken is chronische pijn, niet als symptoom maar als ziektebeeld. Een aandoening waar een brede aanpak voor nodig is om de multifactoriële oorzaken te doorgronden. Het is een aandoening waar niet altijd een aanwijsbare oorzaak voor wordt gevonden en een intense interactie heeft met het sociale en psychische domein. Dit valt moeilijk te behappen, al helemaal als deze chronische pijn harder aankomt en moeilijker te verlichten is door een leven op straat.

In dit document is geprobeerd uit te lichten wat chronische pijn kan betekenen voor dak- en thuislozen. Alle informatie is gehaald uit richtlijnen, standaarden en bestaande literatuur. Ook is onder dak- en thuislozen bij de Kruispost een beperkt onderzoek verricht. De nadruk van dit document ligt op de behandeling van chronische pijn waar in verschillende stappen knelpunten zijn uitgelicht. Besproken zijn o.a. het nut van CGT, opioïden en verwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijn. De grootte van dit document staat niet in verhouding tot de grootte van het onderwerp. Helaas kon niet alles in de behandeling aan bod komen. Hopelijk kan dit document medewerkers in de 1<sup>e</sup> lijn meer duidelijkheid bieden.

### **Niet-medicamenteuze behandeling**

- Probeer pijn niet alleen vanuit een biologische kant te verklaren, maar ook vanuit een psychiatrische, emotionele en sociale kant.
- Betrek de POH-ggz bij het in kaart brengen van de psychosociale factoren en laat bepalen of CGT een optie zou zijn voor de patiënt.
- Probeer te achterhalen wat belemmeringen in de behandeling zouden kunnen zijn.
- Gebruik voorlichtingsmateriaal op niveau en in de juiste taal.
- Betrek contactpersoon of begeleider bij de uitleg en behandeling.

### **Medicamenteuze behandeling**

- Behandel acute pijn overtuigend zodat er minder kans is op chroniciteit.
- Chronische opioïden worden sterk afgeraden bij patiënten met een psychiatrische of verslavingsachtergrond. Dit geldt dus niet voor alle dak- en thuislozen.

### **Verwijzen**

- Let als zorgverlener bij het verwijzen van dak- en thuislozen op de financiële regelingen.
- Houd als huisarts van dak- en thuislozen een vinger aan de pols als eenmaal verwezen is.
- Stel de patiënt gerust dat het ziekenhuis geen aangifte bij de politie kan doen wat betreft hun verblijfstatus.
- Begeleid je patiënt naar een afspraak; let op mogelijke belemmeringen voor de dak- en thuisloze patiënt en wees proactief in het benaderen van de 2<sup>e</sup> lijn. Een buddysysteem kan helpen.

## 6. REFERENTIES

---

- 1** Van der Heijden, Cruyff, Engbersen, van Gils. Schattingen onrechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen 2017-2018. 2020. Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-6dd87cf8-3032-4072-928f-7d5548d5a6cd/pdf>
- 2** Kruispost (2024). Over Kruispost. Geraadpleegd op 19 februari 2024; <https://www.kruispost.nl/we-help/over-kruispost/>
- 3** Lei, Rintoul, Stubbs, Kim, Jones, Hamzah, et al. Characterization of bodily pain and use of both prescription and non-prescription opioids in tenants of precarious housing. *Subst Use Misuse*. (2021) 56(13):1951–61. doi: 10.1080/10826084.2021.1958865
- 4** Honer WG, Cervantes-Larios A, Jones AA, Vila-Rodriguez F, Montaner JS, Tran H, et al. The hotel study-clinical and health service effectiveness in a cohort of homeless or marginally housed persons. *Can J Psychiatry*. 2017;62(7):482–92. doi: 10.1177/0706743717693781
- 5** Armstrong M, Shulman C, Hudson B, et al. Barriers and facilitators to accessing health and social care services for people living in homeless hostels: a qualitative study of the experiences of hostel staff and residents in UK hostels. *BMJ Open*. 2021;11:e053185. doi: 10.1136/bmjopen-2021-053185
- 6** Fisher R, Ewing J, Garrett A, Harrison EK, Lwin KK, Wheeler DW. The nature and prevalence of chronic pain in homeless persons: an observational study. *F1000Res*.(2013) 2:164. doi: 10.12688/f1000research.2-164.v1
- 7** Matter R, Kline S, Cook KF, Amtmann D. Measuring pain in the context of homelessness. *Qual Life Res*. (2009) 18(7):863–72. doi: 10.1007/s11136-009-9507-x
- 8** Landefeld JC, Miaskowski C, Tieu L, Ponath C, Lee CT, Guzman D, Kushel M. Characteristics and Factors Associated With Pain in Older Homeless Individuals: Results From the Health Outcomes in People Experiencing Homelessness in Older Middle Age (HOPE HOME) Study. *J Pain*. 2017 Sep;18(9):1036-1045. doi: 10.1016/j.jpain.2017.03.011.
- 9** Boonen A, van den Heuvel R, van Tubergen A, Goossens M, Severens JL, van der Heijde D, et al. Large differences in cost of illness and wellbeing between patients with fibromyalgia, chronic low back pain, or 35 ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2005, 64:396-402.
- 10** The International Association for the Study of Pain (2020). IASP Revises Its Definition of Pain for the First Time Since 1979. Geraadpleegd op 20 februari 2024; [https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheets\\_R2-1-1-1.pdf](https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheets_R2-1-1-1.pdf)

- 
- 11** Mehta N. Mind-body Dualism: A critique from a Health Perspective. *Mens Sana Monogr.* 2011;9(1):202-9. doi: 10.4103/0973-1229.77436.
- 12** Van Grotel M, Zuidema X. Het draait om de patiënt bij aanpak chronische pijn. *Medisch Contact.* 2019
- 13** Gatchel R, Howard K. The Biopsychosocial Approach. *Pract Pain Manag.* 2008;8(4)
- 14** Gatchel RJ. Clinical Essentials of Pain Management. *American Psychological Association.* Washington, DC. 2005
- 15** Zorgstandaard Chronische Pijn, Leiden, Vereniging Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem, 28 maart 2017.
- 16** Hwang SW, Wilkins E, Chambers C, Estrabillo E, Berends J, MacDonald A. Chronic pain among homeless persons: characteristics, treatment, and barriers to management. *BMC Fam Pract.* 2011;12:73. doi: 10.1186/1471-2296-12-73.
- 17** Bennett M: The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain.* 2001; 92(1-2): 147-157.
- 18** Chatterjee A, Yu EJ, Tishberg L. Exploring opioid use disorder, its impact, and treatment among individuals experiencing homelessness as part of a family. *Drug Alcohol Depend.* (2018) 188:161-8. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.04.012
- 19** Vogel M, Frank A, Choi F, Strehlau V, Nikoo N, Nikoo M, et al. Chronic pain among homeless persons with mental illness. *Pain Medicine.* 2017;18(12):2280-8. doi: 10.1093/pm/pnw324
- 20** McNeil R, Guirguis-Younger M. Illicit drug use as a challenge to the delivery of end-of-life care services to homeless persons: perceptions of health and social services professionals. *Palliat Med.* 2012;26(4):350-9. doi: 10.1177/0269216311402713
- 21** Rayner L, Hotopf M, Petkova H, Matcham F, Simpson A, McCracken LM. Depression in patients with chronic pain attending a specialised pain treatment centre: prevalence and impact on health care costs. *Pain.* 2016;157(7):1472-9. doi:10.1097/j.pain.0000000000000542
- 22** Salem BE, Brecht ML, Ekstrand ML, Faucette M, Nyamathi AM. Correlates of physical, psychological, and social frailty among formerly incarcerated, homeless women. *Health Care Women Int.* 2019;40(7-9):788-812. doi: 10.1080/07399332.2019.1566333
- 23** Wenzel SL, Hambarsoomian K, D'Amico EJ, Ellison M, Tucker JS. Victimization and health among indigent young women in the transition to adulthood: a portrait of need. *J Adolesc Health.* 2006;38(5):536-43. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.03.019
- 24** Kip KE, D'Aoust RF, Hernandez DF, Girling SA, Cuttino B, Long MK, et al. Evaluation of brief treatment of symptoms of psychological trauma among veterans residing in a homeless shelter by use of accelerated resolution therapy. *Nurs Outlook.* 2016;64(5):411-23. doi: 10.1016/j.outlook.2016.04.006

- 
- 25** Dworkin RH. Pain insensitivity in schizophrenia: a neglected phenomenon and some implications. *Schizophr Bull.* 1994;20(2):235–48. doi: 10.1093/schbul/20.2.235
- 26** Homeless Hub (2024) About homelessness. Geraadpleegd op 7 maart 2024. <https://www.homelesshub.ca/about-homelessness/topics/health>
- 27** Toronto (2024) Social support. Geraadpleegd op 7 maart 2024. <https://www.toronto.ca/community-people/employment-social-support/health-support/>
- 28** Catharina ziekenhuis (2024). Pijneducatie. Geraadpleegd op 20 februari 2024. <https://www.catharinaziekenhuis.nl/patientenfolders/pijneducatie-informatie-over-pijn-psv-010/>
- 29** Clarke CL, Ryan CG, Martin DJ. Pain neurophysiology education for the management of individuals with chronic low back pain: systematic review and meta-analysis. *Man Ther.* 2011;16:544-9.
- 30** Louw A, Diener I, Butler DS, Puentedura EJ. The effect of neuroscience education on pain, disability, anxiety, and stress in chronic musculoskeletal pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92:2041-56.
- 31** Meeus M, Nijs J, Hamers V, Ickmans K, Oosterwijck JV. The efficacy of patient education in whiplash associated disorders: a systematic review. *Pain Physician* 2012;15:351-61.
- 32** Aldrich S, Eccleston C, Crombez. Worrying about chronic pain. Vigilance to threat and misdirected problem solving. *Behav Res Ther.* 2000;38:457-470
- 33** Clarke ZJ, Thompson AR. Parents' experiences of pain and discomfort in people with learning disabilities. *Br J Learn Disabil.* 2007;36:84–90.
- 34** Kirsh KL. Differentiating and managing common psychiatric comorbidities seen in chronic pain patients. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2010;24: 39–47.
- 35** Trimbos instituut (2024) Middelenpreventie voor kwetsbare groepen. Geraadpleegd op 19 februari 2024. <https://www.trimbos.nl/>
- 36** Fordham B, Sugavanam T, Edwards K, Hemming K, Howick J, Copsey B, Lee H, Kaidesoja M, et al. Cognitive-behavioural therapy for a variety of conditions: an overview of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Health Technol Assess.* 2021;25(9):1-378. doi: 10.3310/hta25090.
- 37** Unwin G, Tsimopoulou I, Kroese BS, Azmi S. Effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) programmes for anxiety or depression in adults with intellectual disabilities: A review of the literature. *Res Dev Disabil.* 2016;51-52:60-75. doi: 10.1016/j.ridd.2015.12.010.
- 38** Fynn G, Porter M, Borchard T, Kazzi C, Zhong Q, Campbell L. The effectiveness of cognitive behavioural therapy for individuals with an intellectual disability and

---

anxiety: a systematic review. *J Intellect Disabil Res.* 2023;67(9):816-841. doi: 10.1111/jir.13046.

**39** Pineda J, Nowinski L, Birtwell K, Hooker JM, McGuire JF, McDougale CJ, Thom RP. Clinical Challenges and Solutions in Adapting Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety in Adults With Intellectual Disability. *J Cogn Psychother.* 2023;JCP-2022-0032.R1. doi: 10.1891/JCP-2022-0032.

**40** Bjorck-van Dijken et al. *J Rehabil Med.* 2008;40:864-9

**41** Hadley G, Novitch MB. CBT and CFT for Chronic Pain. *Curr Pain Headache Rep.* 2021;25(5):35. doi: 10.1007/s11916-021-00948-1.

**42** Anekar AA, Hendrix JM, Cascella M. WHO Analgesic Ladder. 2024. PMID: 32119322.

**43** Beaulieu P, Lussier D, Porreca F, Dickenson AH. *Pharmacology of Pain.* Seattle, WA: IASP Press, 2010.

**44** Hsu E, Murphy S, Chang D, Cohen SP. Expert opinion on emerging drugs: chronic low back pain. *Expert Opin Emerg Drugs* 2014;18:1-25.

**45** Noble M, Tregear SJ, Treadwell JR, Schoelles K. Long-term opioid therapy for chronic noncancer pain: a systematic review and meta-analysis of efficacy and safety. *J Pain Sympt Manage.* 2008;35(2):214–28. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.03.015>.

**46** Toye F, Seers K, Tierney S, Barker KL. A qualitative evidence synthesis to explore healthcare professionals' experience of prescribing opioids to adults with chronic non-malignant pain. *BMC Fam Pract* 2017;18:94.

**47** Klimas J, Gorfinkel L, Fairbairn N, Amato L, Ahamad K, Nolan S, et al. Strategies to Identify Patient Risks of Prescription Opioid Addiction When Initiating Opioids for Pain: A Systematic Review. *JAMA Netw Open* 2019;2:e193365.

**48** Keizer D, Luiten WE, Schouten F, Van den Donk M, Veldhoven CMM, et al. NHG-Richtlijn Pijn. Geraadpleegd op 18 februari 2024. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/pijn#samenvatting>

**49** Chou R, Turner JA, Devine EB, Hansen RN, Sullivan SD, Blazina I, et al. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a national institutes of health pathways to prevention workshop. *Ann Intern Med* 2015;162:276-86.

**50** Elzey MJ, Barden SM, Edwards ES. Patient characteristics and outcomes in unintentional, non-fatal prescription opioid overdoses: a systematic review. *Pain Physician* 2016;19:215-28.

**51** Brady JE, Giglio R, Keyes KM, DiMaggio C, Li G. Risk markers for fatal and non-fatal prescription drug overdose: a meta-analysis. *Inj Epidemiol* 2017;4:24.

---

**52** Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, Buckley DN, Wang L, Couban RJ, et al. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *CMAJ*. 2017;189(18):E659-E666. doi:10.1503/cmaj.170363.

**53** Lasko B, Levitt RJ, Rainsford KD, Bouchard S, Rozova A, Robertson S. Extended-release tramadol/paracetamol in moderate-to-severe pain: a randomized, placebo-controlled study in patients with acute low back pain. *Curr Med Res Opin* 2012;28:847-57.

**54** Centraal Administratiekantoor (2024). CAK Home. Geraadpleegd op 18 februari 2024. <https://www.hetcak.nl/over/over-ons/historie/>

**55** Dokters van de Wereld. De deur naar zorg. Het recht op gezondheid en zorg voor ongedocumenteerde migranten. Amsterdam: Dokters van de Wereld. 2018

**56** Pharos. Toegang tot zorg voor ongedocumenteerde migranten. 2019. Geraadpleegd op 5 maart 2024. [https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2019/05/Toegang\\_tot\\_zorg\\_voor\\_ongedocumenteerde\\_migranten-Pharos.pdf](https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2019/05/Toegang_tot_zorg_voor_ongedocumenteerde_migranten-Pharos.pdf)