

## Vrijwillig stoppen met eten en drinken in de laatste levensfase

**Mensen die vrijwillig stoppen met eten en drinken (VSED) doen dit met de wens om ondraaglijk lijden in de laatste levensfase sneller te beëindigen. Huisartsen kunnen deze patiënten en hun naasten ondersteunen door ze te informeren over vrijwillig stoppen met eten en drinken, ze bij te staan en symptoombehandeling aan te bieden.**

Dit blijkt uit Nederlands onderzoek naar de rol van de huisarts bij de zorg voor VSED-patiënten. De onderzoekers vroegen huisartsen via een aselechte landelijke steekproef naar hun ervaringen met de zorg voor deze patiënten. De informatie uit de enquêtes gebruikten de onderzoekers om VSED en de kenmerken en motivaties van VSED-patiënten te beschrijven. Ze wilden ook weten wat er precies gebeurt tijdens het proces van VSED en wat de rol van de huisarts hierbij is.

Van de 708 huisartsen die de enquête invulden, had 46% de zorg gehad voor een VSED-patiënt. Uit extra en



gedetailleerdere vragenlijsten hebben de auteurs informatie ingewonnen over 99 patiënten, van wie 70% ouder was dan 80 jaar, 76% een ernstige ziekte had (waaronder 27% met kanker) en 77% voor de dagelijkse verzorging afhankelijk was van anderen. De doodswens van patiënten hing samen met somatische redenen (79%), existentiële redenen (bijvoorbeeld lijden zonder hoop op verbetering: 77%) en afhankelijkheid (58%). De mediane tijd totdat patiënten stierven nadat ze waren gestopt met eten en drinken was 7 dagen. De meest-

voorkomende symptomen tijdens het proces van VSED voordat de dood intrad waren: pijn, vermoeidheid, cognitieve achteruitgang en dorst of een droge keel. Voor deze symptomen zijn specifieke behandelingen beschikbaar (zie ook [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl)). ■

**Marloes Minnaard**

*Bolt EE, et al. Primary care patients hastening death by voluntarily stopping eating and drinking. Ann Fam Med 2015;13:421-8.*

## Bewegen bij acute lagerugpijn

**Ongeveer 70% van de westerse bevolking krijgt ten minste een keer in het leven specifieke lagerugpijn. Sommige patiënten hebben wellicht baat bij oefentherapie en manuele therapie in de acute fase, maar het effect daarvan was nog niet goed onderzocht. Nieuw onderzoek laat zien dat oefentherapie en manuele therapie niet zorgen voor minder pijn of een klinisch relevant sneller herstel.**

Amerikaanse onderzoekers voerden een gerandomiseerd onderzoek uit bij 220 patiënten met acute specifieke lagerugpijn. Patiënten waren gemiddeld 37 jaar oud en hadden minder dan 16 dagen last van lagerugpijn zonder uitstraling. Alle patiënten kregen de-

zelfde informatie over lagerugpijn. De helft kreeg daarnaast een interventie: vier sessies met een combinatie van oefentherapie en manuele therapie. Patiënten werden één jaar gevolgd. De primaire uitkomst was de ODI-score, de maat waarmee beperkingen in het dagelijks functioneren wordt gemeten. Een verbetering van zes of meer punten wordt als klinisch relevant beschouwd. Daarnaast werd ook een pijnvragenlijst afgenomen. Zowel de interventie- als de controlegroep verbeterde sterk in de eerste maand. Na één maand was er een statistisch significant, maar niet klinisch relevant verschil in de ODI-functieeringscore van 3,5 punt tussen de groepen. Na één jaar was dit verschil niet langer significant. De verschillen in pijnscores waren evenmin klinisch relevant.

Dit onderzoek laat zien dat een ver-

wijzing voor oefen- en manuele therapie niet bijdraagt aan sneller herstel of vermindering van pijn in de acute fase van specifieke lagerugpijn. De NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn adviseert patiënten met deze klacht pas na 6 weken te verwijzen voor oefen- of manuele therapie. Dit onderzoek ondersteunt dat advies. Voorlichting en zo nodig pijnbestrijding zijn dus nog steeds de belangrijkste pijlers voor de behandeling van acute lagerugpijn. ■

**Tobias Bonten**

*Fritz JM, et al. Early physical therapy vs usual care in patients with recent-onset low back pain: a randomized clinical trial. JAMA 2015;14:1459-67.*