

Jan Kremer: ‘Arts is gast in het leven van patiënten’

Kermend van de pijn in zijn kuit werd gynaecoloog Jan Kremer 's nachts om half twee wakker. ‘Haal die kramp uit mijn kuit’, vroeg hij zijn vrouw. Ondoenlijk; het bleek een acute hernia.

De juiste diagnose werd niet direct gesteld. Toen Kremer strompelend op de huisartsenpost belandde, vertelde de arts hem dat er gezien zijn symptomen helemaal geen sprake kon zijn van een acute hernia, omdat de pijn alleen in zijn been zat. Kremer vertrouwde op zijn eigen inschatting. ‘Via via kreeg ik versneld toegang tot een neuroloog. Toen hij mij scheef zag zitten in de wachtkamerstoel, wist hij in een oogopslag: “Je hebt een hernia tussen de L5-L6.” Dat leerde mij dat er een groot verschil is in expertise tussen specialisten die een hernia vaak zien en generalisten. Het zou goed zijn als de kennis van de specialisten beter verbonden wordt met de kracht van huisartsen om het brede plaatje te zien.’

Veel pijn

Het protocol schrijft voor: niet opereren, maar constructief afwachten. Voor Kremer waren dat vijf maanden met pijn. ‘Vooral in het begin had ik veel pijn. De pijnstillers waren na vier uur uitgewerkt en 's nachts lag ik dan wakker van de pijn. Ik ging naar de neuroloog voor een pijnstiller die langer werkte. Hij was zo vriendelijk om me voor zijn spreekuur te behandelen. Hij deed zijn onderzoekjes en concludeerde dat er geen operatie nodig was. Voordat ik er erg in had, stond ik buiten en realiseerde ik me dat mijn vraag over de pijnstilling, de reden waarom ik kwam, helemaal niet was beantwoord.

Ik hou me al lang bezig met “samen beslissen” en ben niet op mijn mondje gevallen. Toch liet ik mij als patiënt overrompelen. Artsen zijn geneigd de vragen te beantwoorden die zijzelf hebben. Patiënten verontschuldigen zich vaak, louter en alleen omdat ze als “gast” tijd nemen van een arts. Eigenlijk moet je

dat omdraaien. Als arts ben je te gast in het leven van een patiënt. *What matters to you?* zou elke arts moeten vragen.’

Gekozen uitkomstmaat

‘Ik twijfel nog wel eens of opereren niet beter was geweest. Het constructief afwachten is gebaseerd op goed onderzoek van neurochirurg Wilco Peul uit het LUMC. Na één jaar bleek er geen verschil te bestaan tussen opereren en afwachten. Maar dat onderzoek had één uitkomstmaat: de pijn na één jaar. Je bent eerder van je pijn af met opereren, maar dat is niet de gekozen uitkomstmaat. Daarnaast kunnen voor individuele patiënten andere uitkomstmaten belangrijker zijn. Ik heb nog steeds last van een slapende voet en ik kan ook niet meer hardlopen, maar die restschade is niet meegenomen in die overigens heel goede studie. Patiënten hebben verschillende voorkeuren. Er moet ruimte zijn voor persoonsgerichte uitkomsten.’

Hoge drempels

Een andere ervaring als patiënt deed Kremer op begin 2020. Na een goed verlopen operatie aan zijn middenoor, kreeg hij een ontsteking, koorts en een loopoor. ‘Toen ik de arts belde, werd ik door de receptioniste afgescheept. Ik nam daar geen genoegen mee en via een omweg wist ik de arts te bereiken. Hij gaf mij een kuur en de ontsteking was snel over. De drempels voor ongeruste patiënten moeten niet te hoog zijn. Als arts wist ik mijn weg te vinden, maar dat zou niet nodig moeten zijn.’

Jan Kremer is hoogleraar patiëntgerichte innovatie, strategisch adviseur in het Radboudumc en voorzitter van de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut.