

Veilig, en toch...

FRANS J. MEIJMAN

Meijman F.J. Veilig, en toch... [Uit de praktijk]. Huisarts Wet 1996; 39(9): 412-4, 416.

Samenvatting Aan de hand van vier gevalsbeschrijvingen wordt geïllustreerd dat de veronderstelling of zelfs expliciete mededeling dat er veilig is gevreeën nog niet betekenen dat de mogelijkheid van een zwangerschap of een seksueel overdraagbare aandoening is uitgesloten. De huisarts zal hierop alert moeten blijven en dit veronderstelt voldoende medische kennis en inzicht in kansen. Zeker als het gerezen vermoeden precair ligt, komt er bovendien veel aan op het adequaat hanteren van de huisarts-patiëntcommunicatie.

Dr. F.J. Meijman, huisarts, Oude Turfmarkt 151, 1012 GC Amsterdam.

Inleiding

Het primaat van de klacht en de hulpvraag bij de huisartsgeneeskundige hulpverlening laat onverlet dat van een huisarts meer wordt verlangd dan alleen het blindelings volgen van het spoor van de patiënt.¹ In het contact tussen patiënt en huisarts is de klant koning, maar dan wel in de zin van een constitutionele monarchie, en die kent zo zijn conventies en verplichtingen voor de dienaren des konings. De huisarts heeft verantwoordelijkheden die voortvloeien uit zijn professionele deskundigheid en functie, en die verantwoordelijkheden kunnen botsen met de belevingen, opvattingen en verlangens van de patiënt.

Zo'n spanningsveld wordt voelbaar, als de patiënt 'gewoon even' een oplossing wil voor een – vaak als precair beleefd – probleem, terwijl de huisarts vermoedt dat het probleem niet zo simpel ligt. Saillante voorbeelden hiervan kan men aantreffen op het gebied van de gevolgen van 'onveilige seks'. Decennia lange seksuele emancipatie en openheid ten spijt, blijft het soms moeilijk manoeuvreren als rekening moet worden gehouden met de mogelijkheid van een seksueel overdraagbare aandoening (soa) of een ongewenste zwangerschap. Allereerst bestaat bij de patiënt de onzekerheid of zijn vrees terecht is, vervolgens zijn er de schaamte- en schuldgevoelens aangezien er kennelijk iets is misgegaan, en tenslotte is er die onvermijdelijke afhankelijkheid van de hulpverlener om duidelijkheid en liefst ook een oplossing te verkrijgen.

Een begrijpelijke reactie op zo'n warboel van emoties is ontkenning, en het is in voelbaar dat de huisarts de patiënt vooralsnog in zijn ontkenning volgt. Dat wordt vooral ingewikkeld als de patiënt nog niet aan de mogelijkheid van een soa of zwangerschap lijkt te hebben gedacht, terwijl die mogelijkheid tijdens de fasen van hulpvraagverheldering en hypothesenvorming bij de huisarts komt bovendien als een reële maar onaantrekkelijke verklaring. De huisarts kan dan anticiperen op de veronderstelde(!) ontkenning door de pa-

tiënt en de hypothese (voorlopig) voor zich houden, daarbij flink geholpen door de schier onvermijdelijke tijdsdruk in de dagelijkse praktijk. Daarbij liggen diverse diagnostische en communicatieve 'misers' op de loer.

Casuïstiek

Patiënt A is een goede bekende. Hij 'past altijd goed op zijn lichaam' en komt geregeld met weinig imponerende klachten, die snel de wereld uit geholpen kunnen worden. Ditmaal heeft hij een abnormaal gevoel bij de anus, dat al enkele weken in wisselende mate aanwezig is. Jeuk is niet het goede woord en steeds maar aandrang is ook te sterk uitgedrukt. Eerst maar eens kijken dus.

Inspectie van buiten levert niet veel bijzonders op, mogelijk is de huid van de anus wat vochtiger dan normaal, maar proctoscopie laat geen abnormaal slijm of slijmvlies zien. Tijdens dit onderzoek worden de negatieve bevindingen gemeld en anders dan verwacht toont patiënt zich deze keer niet direct gerustgesteld. Hoewel de knie-elleboogligging zich er eigenlijk niet toe leent, wordt de anamnese toch wat verder uitgediept. Kan hij niet wat hebben opgelopen via seksueel contact?

Nee, hij is weliswaar enkele weken in het buitenland geweest en heeft daar wel met enkele mannen contact gehad, maar hij heeft zich steeds keurig gehouden aan de regels van het veilig vrijen. Hoewel ik me de verontwaardiging van een patiënte in een vergelijkbare situatie nog herinner, zeg ik dat ik zekerheidshalve een kweek afneem. Hij vindt dat overbodig, maar schikt zich naar het oordeel van de dokter.

De kweek blijkt positief voor gonorrhoe; de chlamydiatetest is negatief. Tijdens het vervolggconsult na deze uitslag blijkt dat bij een penetratie wel steeds condoms zijn gebruikt, maar dat dit niet het geval is geweest bij die malen dat de seks tot wat 'spelen' beperkt is gebleven. Penis-anus contact is daarbij goed mogelijk.

Patiënte B voelt zich enorm opgelaten met haar probleem; ter morele ondersteuning heeft ze haar oudere zus meegenomen.

¹ HUISARTS EN WETENSCHAP 1996; 39(9)

Hoe is het nou toch mogelijk dat haar vriend, die elders woont, steeds last heeft als ze gevreeën hebben? Vier maanden geleden, na de start van hun relatie, waren kweek en chlamydia-test bij haar toch goed?

De aard van de 'last' bij haar vriend wordt niet duidelijk. Mijn mededeling dat een eventuele schimmelinfectie vanuit haar vagina een aannemelijke en tamelijk onschuldige verklaring is, draagt ook niet bij tot duidelijkheid: 'Dan heb ik dus toch iets'. Mijn uitleg over de endeldarm als reservoir voor candida stuit op scepsis bij patiënte en haar zuster. Een andere invals-hoek dan maar: 'Vrijen jullie eigenlijk veilig?'

Nee, dat is niet nodig in hun geval, ze beschouwen zich over en weer als 'veilig'. Ik laat dit maar even liggen. Zou het ons niet verder kunnen helpen als ik haar opnieuw onderzoek en als haar vriend zich bij zijn huisarts vervoegt? Beide suggesties vallen niet goed. Bij haar zijn al kweken gemaakt en hij wil niet, want hij kan niets hebben opgelopen. Vertwijfeld slaak ik een zucht. Tot mijn verrassing komt de zuster me te hulp. Zij port haar zus bijna letterlijk op om zich te laten onderzoeken. Die volgt uiteindelijk gedwee en stemt ook in met een nieuwe kweek.

De kweek blijkt normaal, maar wel wordt er candida albicans gevonden, en – wat opmerkelijker is – de chlamydia-test is positief, ook na een bevestigingstest (van hetzelfde materiaal). Patiënte in tranen, maar haar vriend blijft ontkennen dat hij de bron zou zijn. Niettemin raadpleegt hij mij om hem van een onmiskenbare urethrit af te helpen. Hij weigert een chlamydia-test, maar vertrouwt mij wel toe dat de beperkingen van een weekendrelatie hem soms te zwaar vallen. Volgens goed Hollands koopmanschap verstrek ik hem daarop een recept voor doxycycline.

Patiënte C heeft me al enkele malen in vertrouwen genomen. Ondanks haar jonge leeftijd heeft zij een indrukwekkende psychosociale en gynaecologische anamnese. Nu belt ze op vrijdagmiddag of ik een huisbezoek wil maken. Ze voelt zich al een tijdje beroerd en moet zo braken, maar

heeft geen koorts, geelzucht of buikpijn. Op mijn vraag naar de datum van haar laatste menstruatie reageert ze dat ik niet zo 'paranoïde' moet zijn: ik weet toch dat ze voorlopig niets van mannen meer moet hebben en bovendien laat ze altijd een condoom gebruiken. Kan ze niet op z'n minst een zetpil tegen het braken krijgen?

Mijn opmerking dat in geval van een zwangerschap bij haar een buitenbaarmoederlijke lokalisatie moet worden uitgesloten, doet haar zwichten. Ze komt alsnog naar de praktijk. De zwangerschapstest is positief en de grootte van de baarmoeder wijst op een zwangerschap van 10 à 12 weken. Als de tranen zijn gestopt, besluiten we er eerst maar eens het weekend overheen te laten gaan. Daarna is haar beslissing duidelijk. De zwangerschap wordt nog dezelfde week afgebroken, nadat eerst de binnenbaarmoederlijke lokalisatie echoscopisch is vastgesteld.

Patiënte D heeft zich vol energie gestort op het van de grond krijgen van haar eigen bedrijf; helaas gaat het de laatste tijd niet zo goed in haar relatie. Tegen deze achtergrond is het niet zo vreemd dat we ons beiden na het onderzoek van haar buik kunnen vinden in de diagnose darmkrampen als verklaring voor haar specifieke buikpijn. De ook bestaande moeheid kan geweten worden aan alle drukte van de laatste tijd.

Ook tijdens een tweede consult komt het er niet van een inwendig onderzoek of zwangerschapstest uit te voeren. Wel staan we even stil bij de mogelijkheid van een zwangerschap. Ze wuift die gedachte snel weg, want dat zou nu wel erg ongelegen komen. Ze heeft bovendien 'nog niet zo lang geleden' gemenstrueerd en voorzover ze al seksueel contact heeft gehad, heeft haar vriend een condoom gebruikt.

Voor het derde consult gaat ze naar een collega. Er is geen twijfel aan: ze is zwanger. Ze deelt me later haar besluit mee de onbedoelde zwangerschap uit te dragen, maar toont zich verbolgen over mijn gedrag, dat ze onzorgvuldig acht. Voortaan zal ze een van de collega's raadplegen.

Beschouwing

Deze gevalsbeschrijvingen illustreren het complexe karakter van een aantal ervaringen in een huisartspraktijk. Iedere lezer zal er zijn eigen gedachten bij hebben. Voor mij liggen de belangrijkste punten binnen de onderlinge verwevenheid van het diagnostisch proces, de communicatie tussen huisarts en patiënt, en medische kennis en inzicht.

Allereerst is er het probleem van de 'onaantrekkelijke hypothese'. Iedere huisarts zal de situatie herkennen, waarin een differentieel diagnostische overweging zich opdringt, terwijl men die om uiteenlopende redenen van zich af zou willen zetten. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om een potentieel ernstige – zij het zeldzame – diagnose, die men de patiënt zou willen besparen en die in ieder geval veel of vergaand nader onderzoek noodzakelijk maakt. Als de kans op de gevreesde aandoening reëel is, zal de huisarts zich meestal wel over zijn emotioneel bepaalde aarzeling en terughoudendheid heen zetten, hoewel 'doctor's delay' in deze gevallen altijd op de loer ligt.

Ingewikkelder ligt het echter in de gevallen waar het hier om gaat. Een soa en een onbedoelde of ongewenste zwangerschap zijn somatisch gezien geen 'bedreigende' ziekten, maar men kan zich beschroomd voelen de patiënt met een van deze mogelijkheden te moeten confronteren, terwijl achteraf kan blijken dat de vooronderstelling onjuist was. De nuchteren onder ons zullen stellen dat een professionele benadering 'vanzelfsprekend' veronderstelt dat de huisarts zich in zijn handelen laat leiden door rationele overwegingen. Dat is in principe juist, maar de professionele relatie tussen huisarts en patiënt wordt juist niet alleen door de ratio bepaald en bovendien kent de ratio meer dan één dimensie. Zo is het niet boud te stellen dat bij het genereren van differentieel diagnostische overwegingen, behalve medische argumenten, ook andere – zoals situationele en emotionele – factoren meespelen. Te denken valt aan voorkennis over de patiënt (die bijvoorbeeld net bekomen is van een ziekte of andere tegenslag),

en het professionele standpunt dat diagnostische onrust bij de dokter hoort en niet bij de patiënt. Voorts kunnen tijdsdruk, moeheid of een sombere stemming en gevoelens van anti- of sympathie jegens de patiënt een rol spelen. Een gevoel van gêne ten opzichte van een in sommige gevallen als precair ervaren mogelijkheid als een soa of ongewenste zwangerschap kan zich ook voordoen.

Een professionele benadering van het probleem van de patiënt veronderstelt dat de huisarts al deze invloeden adequaat leert hanteren. Dat vraagt om aanhoudende reflectie op en toetsing van het eigen handelen. Daarvoor zijn inmiddels hulpmiddelen beschreven.^{2,3} Het lijkt nu tijd voor een evaluatie van de doeltreffendheid en doelmatigheid van deze middelen. Voorts zouden hernieuwde aandacht voor en onderzoek naar de factoren die een rol spelen bij het diagnostisch proces in de huisartspraktijk de beroepsgroep niet mistaan.

In de communicatie met de patiënt zal de huisarts ernaar streven de aandacht voor de agenda van de patiënt (betekenis van het probleem en hulpvraag) en voor de medische agenda (hypothesenvorming en diagnostiek) goed op elkaar afgestemd te houden.⁴ Voorts zal men steeds de derde component van het huisarts-patiëntcontact – de relationele agenda – in de gaten houden. Daarbij is het goed de contactredenen zoals de patiënt die zelf naar voren brengt, in beginsel te nemen voor wat die is, dat wil zeggen als valide uitgangspunt voor het verdere verloop van het consult.⁵

Bij contactredenen als 'ik ben bang dat ik een geslachtsziekte heb opgelopen' of 'ik vrees dat ik zwanger ben' zal dit uitgangspunt weinig problemen opleveren. Het punt waarop de casuïstiek in dit artikel ons drukt, betreft die gevallen waarin de patiënt deze vermoedens niet of niet direct naar voren brengt. Indien relevant zal de huisarts die mogelijkheden naar voren brengen. Dat vereist alertheid, medische kennis en inzicht in kansen, en het kunnen hanteren van eventuele schroom bij zichzelf en bij de patiënt.

De gebruikelijke gang van zaken brengt

met zich mee dat het vermoeden van een eventuele soa of zwangerschap zich vaak pas in de loop van het consult opdringt, als bijvoorbeeld na anamnese en lichamelijk onderzoek initiële hypothesen onwaarschijnlijk zijn geworden. Dat kan erin resulteren dat men tijdens het lichamelijk onderzoek aanvullende vragen moet stellen. Als die vragen een delicaat karakter (kunnen) hebben, leent de ontklede toestand van de patiënt zich hier niet voor. Door een en ander te verwoorden, c.q. zich te verontschuldigen zal dit doorgaans wel overkomelijk zijn, maar het verdient aanbeveling de anamnese en het lichamelijk onderzoek in tijd en plaats gescheiden te houden.

In algemene zin is het goed er periodiek bij stil te staan hoe men zich in de doorsnee gespreksvoering opstelt ten opzichte van de mogelijke terughoudendheid van de patiënt. Gêne om delicate onderwerpen ter sprake te brengen, en angst voor bevestiging van bange vermoedens kunnen leiden tot een geringe mededeelzaamheid van de patiënt, waarmee men rekening moet blijven houden.⁶ Een lange en 'vertrouwde' relatie met de patiënt is niet per se een garantie dat allerlei delicate aspecten spontaan naar voren komen. En dat gebeurt natuurlijk al helemaal niet als de patiënt simpelweg niet aan de mogelijkheid van een soa of zwangerschap heeft gedacht.

Dat brengt ons op de betekenis van 'veilig vrijen'. Wat mag men afleiden uit de mededeling 'We vrijen veilig'? Nog afgezien van het concrete gedrag in de betreffende situatie(s) is 'veilig vrijen' geen absoluut begrip. Het ware beter te spreken over 'veiliger' vrijen, dat wil zeggen: veiliger dan zonder enige voorzorgsmaatregel. Doorgaans bedoelt men met veilig vrijen dat penetrerende seksuele handelingen niet of in ieder geval niet zonder condoom plaatsvinden.

Dergelijk gedrag wordt niet zonder reden als bescherming tegen een hiv-besmetting gepropageerd,⁷ maar vrijwaart de betrokkenen niet van de mogelijke uitwisseling van allerlei andere micro-organismen. Wederzijdse huid- en slijmvliescon-

tacten blijven immers een besmettingsweg. Afhankelijk van de relatieve risico's in de diverse subgroepen zal men daarom rekening blijven houden met de hele reeks van soa's, zoals chlamydia, gonorrhoe, trichomonas, herpes simplex, condyloma acuminatum, scabies, pediculosis, syfilis, hepatitis A en hepatitis B.

Soms wordt veilig vrijen bovendien wel erg beperkt opgevat. De simpele aanname dat het met de huidige partner 'wel goed zit' blijkt dan voldoende. Condooms worden behalve voor hiv-bescherming ook als voorbehoedmiddel gebruikt. Helaas impliceert dat ook in dat opzicht geen 'veilig vrijen'. Het optreden van zwangerschap, ondanks 'doorgaans trouw' gebruik van condooms, is geen zeldzaamheid en berust op falen van de methode zelf of van de gebruikers.^{8,9}

Al met al lijken deze gevalsbeschrijvingen erop te wijzen dat men niet blind kan varen op de impliciete vooronderstelling of zelfs expliciete mededeling dat er veilig is gevreeën. Het begrip 'veilig vrijen' lijkt soms eerder de status te hebben van sociaal wenselijke communicatie dan een medisch-technische inhoud te dekken. Onderzoek naar de voorspellende waarde van de mededeling 'veilig gevreeën' met betrekking tot de afwezigheid van een soa of zwangerschap is mij niet bekend. De immer hoge incidentie van verzoeken om de morning-afterpil na condoomfalen en talrijke praktijkervaringen met betrekking tot soa's bij patiënten die 'veilig vrijen' rapporteren, steunen mij in ieder geval in de vooronderstelling dat de huisarts ook op dit gebied alert moet blijven.

Literatuur

- 1 Meijman FJ. De klachtgerichte benadering bedreigd? Huisarts Wet 1990; 33: 478-81.
- 2 Dokter HJ, Verhage F. De dokter als medicijn. Huisarts Wet 1990; 33: 157-61.
- 3 Van der Voort JPM. Supervisie bij uitstek geschikt voor huisartsen. Huisarts Wet 1993; 36: 252-4.
- 4 Mc Whinney IR. A textbook of family medicine. Oxford: Oxford University Press, 1989: 118-27.

Vervolg literatuur op pag. 416.