



## Personlijke mijmeringen, heb ik een punt?

Donald R.A.Uges, ziekenhuisapotheker, klinisch en forensisch toxicoloog

Het aantal bladen dat ik toegestuurd krijg neemt geleidelijk af. Steeds meer verenigingen, instellingen en tijdschriften verwijzen me naar hun websites. Ik weet niet hoe het u gaat, maar in de praktijk 'vergeet' ik deze aan te klikken, de belangrijke artikelen uit te printen of van het scherm te lenen. Trouwens het zou me, na het lezen en beantwoorden van alle E-mails, de rest van de dag vergen om al deze sites te bezoeken. Gelukkig krijg ik het mooie blauwe blad ExtrAct nog steeds toegestuurd en lees ik het in de trein of misschien wel in mijn T-shirt in de tuin. ExtrAct 2005;4 begon met een advertentie met een nieuwe pH-meter die me voor de GLP wel handig leek. Advertenties op het Web lees ik zelden. Bij het *voorwoord bestuur* las ik dat er hoogte en dieptepunten zijn. Echter alleen de hoogte punten werden genoemd en geroemd. Het is voor kritische analisten ook belangrijk de dieptepunten te beschrijven en zonodig verbeterpunten aan te dragen. Van elkaars fouten en dieptepunten kunnen we leren. Een relatief dieptepunt voor mij was dat ik qua tijd niet in staat ben geweest in te gaan op de uitnodiging van uw lustrum. Ik las in het voorwoord van Hai Holthuysen dat hij met glas bier in T-shirt in de najaarszon op het terras zat. Misschien was hij bang niet aantrekkelijk genoeg te zijn voor de passerende dames, zodat hij al een voorschrift voor 1% atropine noemde voor de ogen om mooie grote pupillen te verkrijgen. Spring ik tijdens mijn cursus klinische toxicologie meestal van de Priesters in de Tempel van Delphi (1000 v Chr) naar Paracelsus (1500), collega Mathieu Tjoeng beschrijft onder het kopje "Toekomst" een groot aantal historische beroemdheden en gaat

dan meteen van 1250 naar 2005. Wilfried Niesesen voorspelt dat de LC/MS/MS de basistechniek van de toekomst zal worden. Zelf hebben we er nu twee aangeschaft. De ene is bijna compleet bezet om alle bijna 100 geneesmiddelen op de andere te valideren (CCKL!). Ik denk dat de derde er eerder zal zijn dan de eerste capillaire elektroforese van Ad de Jong. Getroffen was ik door het verslag over de lezing van Margreet Mons. *"Elke zomer heeft zijn broodje aap verhaal zo ook deze zomer"* Ze geeft als voorbeeld de student die zich dood heeft gedronken met water. Zo'n broodje aap is dat niet. Te veel water doet de osmolariteit van het serum sterk dalen, hierdoor kan hersenoedeem ontstaan. De opgezwollen hersencellen drukken de bloedtoevoer dicht en de dood komt inzicht. (Voorbeelden: drinken van veel water na hyponatremie door XTC, ongeoefende marathonlopers in de zon, kind met abces in de mond dat drie glazen ijswater per uur drinkt en student bij een inwijdingsritueel). Ik vind het zeer goed dat de apotheeklaboratoria voorschriften uitwisselen. Jammer dat niet ieder laboratorium open staat om belangeloos zijn methoden en analyses vrij te geven voor anderen. Wel is het zeer belangrijk te weten dat niet ieder voorschrift klakkeloos kan worden overgenomen. Dan heb ik het niet alleen over het feit dat sommige auteurs bewust een cruciaal onderdeel in het voorschrift weglaten om plagiaat of concurrentie te voorkomen. Atropine en dan niet in oogzalf. In 2004 werd Nederland getroffen door cocaïne versneden met atropine. We kregen een groot aantal serum monsters uit het land ter analyse. De bevindingen worden dit jaar in Ther. Drug. Monit. gepubliceerd. Eind vorig jaar kwamen er mogelijk weer een aantal gevallen. Die zouden we wel even op dezelfde

wijze bepalen op de LC/MS/MS. Maar dat wilde niet meer, ondanks er niets was veranderd. Met MS/MS moet dat toch zeker weer lukken, dacht ik. Benzylecgonine, als hoofdmetaboliet van cocaïne en atropine zijn beide echter tropaanzuurderivaten en hebben (nagenoeg) hetzelfde MS spectrum. Vorige keer was er genoeg scheiding op de kleine LC-kolom. Nu hadden we een nieuwe kolom (zelfde leverancier en artikelnummer) maar geen scheiding genoeg, zelfs niet als we twee van deze kolommen achter elkaar koppelden. En toen kwam het DDT-artikel van Philipse. Tegen de ziekenhuisapothekers (i.o.) zeg ik altijd ga met de clinicus op een tweezitsbank zitten. Probeer niet op zijn stoel te zitten, maar er meteen naast. Overleg, weet wat wij beter weten, kunnen en te bieden hebben, maar ga geen doktertje spelen. Ook geen driezitsbank: dan zit je te ver van elkaar om te overleggen en loop je het risico dat er iemand tussen gaat zitten. Dat zelfde geldt ook voor de analist en de ziekenhuisapotheker. Nu U en ik toch knus samen op één bankje zitten, zal ik maar tutoyeren Apothekers weten helaas steeds minder van analyse en chemie. Stap in dat gat. Dat is jullie kracht en toekomst als farmaceutisch – toxicologisch, analytisch expert. Ga geen apothekertje spelen! Bereikbaarheidsdiensten blijft een molensteen om je nek tot je 55-ste. Het is alleen onvermijdelijk. Oplossingen om in het weekeinde de alcohol maar via osmolariteit in het klinisch lab. te laten bepalen, zal op den duur je doodklap zijn. Je kunt het niet waarmaken dat je overdag wel carbamazepine en het epoxide op de HPLC bepaalt, maar in de avond door een centraal laboratorium op de immunoassay. Samenwerking zoals Hai beschrijft is wel een goede oplossing.

In ons ziekenhuis houden we strikt de hand aan de scheiding tussen de bepalingen van exogene en endogene componenten in bloed. Vandaar dat ik toch besloten heb onze chemisch analisten geen CYP-status te laten bepalen, maar wel lithium (denk aan KKGTox 2005D). Bij de visie van jullie voorzitter schrok ik even. *"Het streven is dat bij uitoefening van het volledige beroep de analist gewaardeerd wordt met schaal 8"* Helaas ben ik niet bij machte salarisonderhandelingen te doen. Maar in 2006 een chemisch HLO-analist onder schaal 8 te honoreren vind ik onacceptabel,

althoewel ik weet dat het wel gebeurt. Een analist met NVK-FAZ vervolgoopleidingen en nachtdiensten, die ook in staat en bereid is de hoofd-analist te vervangen, dient mijns inziens in schaal 9 te komen. Dat zou dus het streven moeten zijn. Tot slot het STIP-systeem. Ik denk dat dit een zeer waardevolle methode is in de ziekenhuis-apotheeklaboratoria, niet alleen voor de toxicologie maar ook bij de farmaceutische controle van mengsels. Hoewel ik begrip heb dat voor niets de zon opgaat en de Ziekenhuis-apotheek Noordoost Brabant in Den Bosch dit financieel niet zelf

kan ophoesten, blijft het betreurenswaardig dat we van elkaar voorschriften tegen geld moet overnemen. Ik zie echter voor Christ en Jean ook geen andere oplossing; zij doen meer voor ons allen, dan van één laboratorium verwacht kan worden. Echt oud voelde ik me bij het artikel van Margot. Deze gevoelens waren niet meer te bestrijden met de mirtazepine die Chris beschreef. Samen op ons tweezitbankje, overeenkomstig de advertentie op de laatste bladzijde, schouder aan schouder, komen we er wel en zullen we zelfs blijven groeien in dit fantastische vakgebied!