

# Zorgen om de beschikbaarheid van het olanzapinedepot in Nederland

M. Russcher, J. van Breeschoten, R. Moss, J.G.W. Kosterink, F. Mermi, B. van de Lagemaat, M. Bakker, S.R.T. Veerman

Geneesmiddelentekorten – ook van psychofarmaca – vormen de laatste jaren helaas een hardnekkig probleem in Nederland. Zo kampten in 2024 ruim 4,5 miljoen mensen met beschikbaarheidsproblemen van geneesmiddelen en was er in 13% van de gevallen zelfs een definitief geneesmiddelentekort ([www.pw.nl/nieuws/2025/2018impact-tekorten-geneesmiddelen-blijft-onverminderd-groot2019](http://www.pw.nl/nieuws/2025/2018impact-tekorten-geneesmiddelen-blijft-onverminderd-groot2019)). Relevant voor de psychiatrie waren tekorten van onder meer haloperidoltabletten, diazepaminjecties en methylfenidaat. Een zich herhalend schrijnend probleem met nadelige consequenties voor de klinische praktijk is de beschikbaarheid van het olanzapinedepot (als pamoaat-monohydraat). In dit commentaar bespreken wij de dilemma's die gepaard gaan met een dreigend ernstig tekort van het olanzapinedepot en doen we suggesties voor alternatieven om een absoluut tekort op korte termijn te voorkomen.

## Commissie Acute Tekorten Geneesmiddelen

In Nederland heeft het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) een belangrijke rol in het signaleren en voorkómen van geneesmiddelentekorten en het coördineren van vraag en aanbod hierbij. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) monitort het LCG de beschikbaarheid van essentiële geneesmiddelen, inventariseert landelijke voorraden en is aanspreekpunt voor de verdeling van voorraden tijdens schaarste.

Bij een ernstig geneesmiddelentekort wordt vanuit het LCG een commissie Acute Tekorten Geneesmiddelen (commissie ATG) opgericht, bestaande uit gemandateerde leden van de betrokken wetenschappelijke verenigingen, ziekenhuisapothekers en LCG-adviseurs. De commissie ATG stelt dan een proactief eenduidig landelijk beleid op in een LCG-alert. Daarin staat een inschatting van de ernst van een tekort, of er alternatieven zijn (en welke alternatieven voor welke indicaties) en wat zorgverleners kunnen doen om de vraag te beperken. Zo nodig bevat het alert advies voor een beperkte toediening aan specifieke doelgroepen/indicaties en/of alternatieven. De LCG-alerts worden via de wetenschappelijke verenigingen verspreid met verschillende kleurcodes waarbij de mate van ingrijpen in de behandeling het zwaarst is bij een zwart alert, gevolgd door rood en oranje met minder ingrijpende besparende maatregelen. Bij een groen alert is het tekort opgelost. Actuele tekorten en bijbehorende

alerts zijn gemakkelijk terug te vinden op de LCG-website (<https://lcg.nl/actuele-dossiers/>). Daarnaast informeert de commissie ATG patiëntenverenigingen, zoals Anoixsis en Ypsilon, over de status van en verwachting betreffende het tekort.

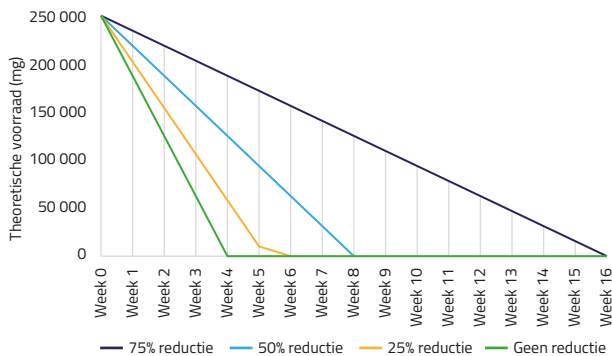
## Tekort aan olanzapinedepot in Nederland

Vanaf 2023 is er driemaal sprake geweest van een tekort aan olanzapinedepot in Nederland en andere Europese landen. Naar verwachting is het huidige tekort het nijpendst in april 2025 als er een tekort is aan alle drie de sterktes van het depot ([https://lcg.nl/wp-content/uploads/2024/01/LCG-alert-Zypadhera\\_2025-02-28.pdf](https://lcg.nl/wp-content/uploads/2024/01/LCG-alert-Zypadhera_2025-02-28.pdf)). De oorzaak van deze tekorten is ondoorzichtig en multifactorieel. Specifiek bij het olanzapinedepot speelt dat er problemen zijn met de productie en distributie bij de fabrikant, waaronder productieproblemen van de naalden die met de depots worden meegeleverd. Omdat er slechts één leverancier is van olanzapinedepots veroorzaken deze disrupties snel problemen in de beschikbaarheid.

Over de beschikbaarheid van het olanzapinedepot zijn verschillende LCG-alerts verschenen. Hierin werden de status en het verwachte beloop van het tekort beschreven. Bovendien werd opgeroepen tot beperking van het gebruik van dit depot.

De commissie ATG weegt bij het opstellen van het alert verschillende zaken af. Ten eerste de betrouwbaarheid van de beschikbaarheidsgegevens. Het LCG vraagt voorraadstanden op bij leveranciers, groothandels, ziekenhuizen en instellingsapotheken. Daarnaast onderhoudt het LCG nauw contact met de leverancier over verwachte toekomstige leveringen en mogelijkheden voor instroom vanuit het buitenland in samenspraak met de geneesmiddelautoriteiten. Als het LCG op basis van deze gegevens het verwachte tekort reëel acht, beoordeelt de commissie de verwachte duur ervan en maakt een schatting in welke mate het gebruik gereduceerd moet worden om het tekort te kunnen overbruggen. In **figuur 1 en 2** wordt geïllustreerd dat hoe eerder een reductie wordt ingezet en/of hoe groter de behaalde reductie, des te meer effect kan worden verwacht. Als bijvoorbeeld een periode van 16 weken overbrugd moet worden, kan dat bereikt worden met 50% reductie als daarmee 8 weken van tevoren wordt gestart. Wacht men tot het moment waarop nog 4 weken voorraad aanwezig

**Figuur 1. Voorraadverloop bij verschillende mate van reductie in een uitgangssituatie van 4 weken voorraad**



Indien geen maatregelen getroffen worden, is de voorraad in 4 weken op. Om een periode tot 16 weken te overbruggen, is een reductie van 75% in gebruik nodig.

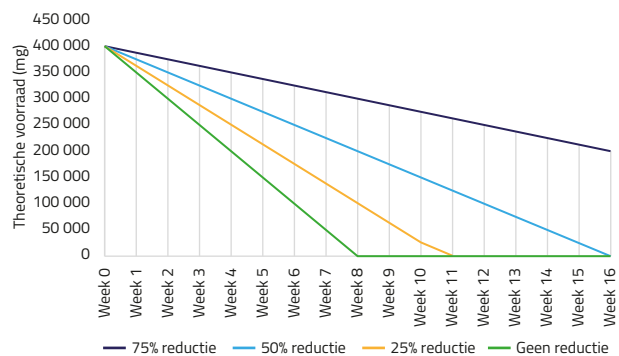
is, dan is 75% reductie nodig om de periode te overbruggen. Het doel van besparende maatregelen is om het geneesmiddel beschikbaar te houden voor de patiënten die niet zonder kunnen, met geen of zo min mogelijk schade voor andere patiënten die er ook aanspraak op maken.

Het is niet eenvoudig om het juiste moment van ingrijpen te bepalen. Te laat ingrijpen leidt logischerwijs tot vervelende en onzekere situaties voor patiënten (en naasten) als per direct noodgedwongen overgeschakeld dient te worden op een alternatief. Maar te vroeg ingrijpen heeft als keerzijde dat achteraf kan blijken dat een alternatieve behandeling niet nodig was of schadelijke consequenties heeft. Zo pakte tijdens de COVID-19-pandemie de switch van het depot olanzapine naar een oraal preparaat nadelig uit voor 15 van de 21 betreffende patiënten (71%). Zij waren langdurig in remissie, maar kregen een terugval binnen een periode van 6 maanden, van wie 12 patiënten (57%) zelfs opgenomen moesten worden op een high intensive care-unit (HIC).<sup>1</sup>

### Proactieve anticipatie op tekort

Er zijn verschillende manieren om geneesmiddelen-gebruik te reduceren. In het geval van het tekort aan olanzapinedepot is het eerste advies van de commissie ATG om dit niet als nieuw langwerkend antipsychoticum te starten. Overweeg om met orale olanzapine te behandelen. Is het olanzapinedepot al in gebruik, overweeg dan of switchen naar een alternatief mogelijk is. Dit kan een andere sterkte van het olanzapinedepot – indien wel voorradig – in aangepaste frequentie zijn of een ander (langwerkend) antipsychoticum. Hoewel het kiezen voor een alternatief altijd maatwerk is, kan men daarbij de volgende overwegingen in acht nemen.

**Figuur 2. Voorraadverloop bij verschillende mate van reductie in een uitgangssituatie van 8 weken voorraad**



Indien geen maatregelen getroffen worden, is de voorraad in 8 weken op. Om een periode tot 16 weken te overbruggen, is een reductie van 50% in gebruik nodig.

Scandinavische cohortonderzoeken met een follow-up van 11 tot 22 jaar lieten zien dat clozapine – evt. in combinatie met aripiprazol – en langwerkende antipsychotica voordelen hebben ten opzichte van andere orale antipsychotica wat betreft terugvalpreventie, met uitblijven van psychiatrische heropname.<sup>2-4</sup> Het recentste Zweedse cohortonderzoek (onder 131.476 patiënten met een schizofreniespectrumstoornis) met een follow-up van 12 jaar liet de minste terugval zien bij het 3-maandelijkse paliperidonedepot, gevolgd door het 1-maandelijkse aripiprazoldepot.<sup>4</sup> Tabel 1 laat praktische omzettingadviezen zien van het olanzapinedepot naar orale olanzapine, paliperidonedepot, zuclopentixoldepot en de twee varianten van het aripiprazoldepot.<sup>5</sup>

### Criteria voor 'code zwart'

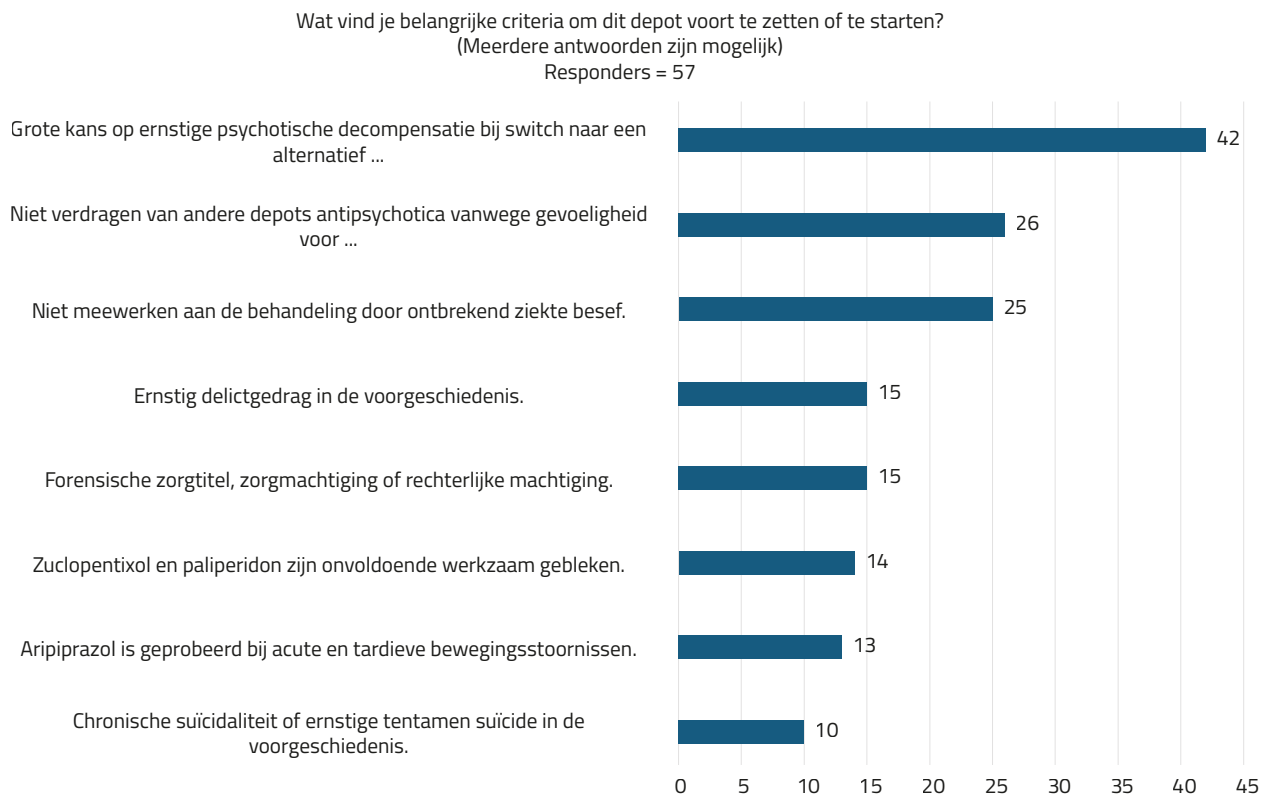
Ten slotte zijn criteria opgesteld voor een codezwartsituatie, wanneer het tekort zo nijpend is, dat tussen patiënten gekozen moet worden. Deze criteria zijn getoetst tijdens een door de commissie ATG georganiseerd webinar voor psychiaters en apothekers op 20 november 2024 (figuur 3). De meerderheid van de 57 aanwezigen kon zich vinden in het volgende voorstel voor codezwartcriteria. Daarbij kan men patiënten doorbehandelen als ze niet meewerken aan de behandeling vanwege ontbrekend ziektebesef en:

- grote kans hebben op ernstige psychotische decompensatie bij switch naar een alternatief depot, blijkend uit onvoldoende effect bij behandelpogingen met ten minste twee andere adequaat gedoseerde antipsychotica die beschikbaar zijn als depot, of
- andere depotantipsychotica niet verdragen vanwege gevoeligheid voor acute en tardieve bewegingsstoornissen, waarbij aripiprazol is geprobeerd.

**Tabel 1. Adviezen voor omschakeling van olanzapinedepot naar alternatieven**

Alternatief	Olanzapinedepot			
	201 mg/4 weken	300 mg/4 weken	405 mg/4 weken	300 mg/2 weken
Orale olanzapine	7,5 mg/dag	10 mg/dag	15 mg/dag	20 mg/dag
Paliperidondepot 1-maandelijks	50 mg/maand	75 mg/maand	100 mg/maand	150 mg/maand
Zuclopentixoldepot	150 mg/2 weken 300 mg/4 weken	200 mg/2 weken 450 mg/4 weken	300 mg/2 weken 600 mg/4 weken	450 mg/2 weken
Aripiprazoldepot 1-maandelijks 400 mg	3 opties: 1. Geef $\geq 14$ dagen oraal aripiprazol voor de eerste gift en opnieuw 14 dagen oraal aripiprazol na de eerste gift 2. Switch direct met 2 injecties van 1-maandelijks 400 mg en geef 1 dag orale suppletie 20 mg aripiprazol 3. Switch direct met 1 injectie van 1-maandelijks 400 mg 2 weken voor de geplande gift van het olanzapinedepot			
Aripiprazoldepot 2-maandelijks 960 mg	3 opties: 1. Geef $\geq 14$ dagen oraal aripiprazol voor de eerste gift en opnieuw 14 dagen oraal aripiprazol na de eerste gift 2. Switch direct met 2 injecties: 1 maal 1-maandelijks 400 mg en 1 maal 2-maandelijks 960 mg en geef 1 dag orale suppletie 20 mg 3. Switch 2 weken voor de geplande eerstvolgende gift van het olanzapinedepot naar het 2-maandelijkse aripiprazoldepot 960 mg om therapeutische plasmaspiegels te waarborgen			

**Figuur 3. Respons over codezwartcriteria tijdens webinar d.d. 20 november 2024**



## Besluit

De NVvP werkt nauw samen met het LCG, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en andere (overheids-) organisaties aan het zo goed mogelijk hanteren van dit geneesmiddeltekort. Vroege signalering is belangrijk om alle betrokkenen (behandelaren, patiënten, familie en andere belangrijke naasten) te kunnen laten anticiperen op een eventuele alternatieve behandelkeuze. Ondanks deze inspanningen is een tekort niet altijd te voorkomen. Het LCG heeft in november 2024 een lijst van kritieke geneesmiddelen aan de minister van VWS overhandigd. De lijst is bedoeld om inzicht te bieden in geneesmiddelen die het meest kritiek lijken te zijn wanneer de beschikbaarheid ervan in het geding komt. Dit is een instrument dat het ministerie van VWS kan helpen bij het richten en prioriteren van beleid op het gebied van de beschikbaarheid van geneesmiddelen voor de Nederlandse markt.

Laat u daarom goed informeren door de LCG-alerts. Het opvolgen van de alternatieve behandeladviezen is essentieel om een absoluut tekort van het olanzapinedepot te voorkomen.

## LITERATUUR

- 1 Miron AA, Teodorescu A, Ifteni P, e.a. Switch from olanzapine long-acting injectable to its oral equivalent during COVID-19 Pandemic: a Real World Observational Study. *Psychiatr Q* 2022; 93: 627-35.
- 2 Tiihonen J, Taipale H, Mehtälä J, e.a. Association of antipsychotic polypharmacy vs monotherapy with psychiatric rehospitalization among adults with schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 2019; 76: 499-507.
- 3 Lähteenvuo M, Luykx JJ, Taipale H, e.a. Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts. *Br J Psychiatry* 2022; 25: 1-8.
- 4 Hamina A, Taipale H, Lieslehto J, e.a. Comparative effectiveness of antipsychotics in patients with schizophrenia spectrum disorder. *JAMA Netw Open*. 2024; 7: e2438358.
- 5 Højlund M, Correll CU. Switching to long-acting injectable antipsychotics: pharmacological considerations and practical approaches. *Expert Opin Pharmacother* 2023; 24: 1463-89.

## AUTEURS

**Marije Russcher**, apotheker, Meander Medisch Centrum en secretaris Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers, SIG Psychiatrie.

**Jesper van Breeschoten**, apotheker/onderzoeker, LCG.

**Rob Moss**, ziekenhuisapotheker en adviseur, LCG.

**Jos Kosterink**, hoogleraar Ziekenhuisfarmacie, UMC Groningen.

**Feyzullah Mermi**, apotheker, KNMP.

**Belinda van de Lagemaat**, senior adviseur beroepsbelangen, Federatie Medisch Specialisten (FMS).

**Margriet Bakker**, woordvoerder, FMS.

**Selene Veerman**, psychiater en bestuurslid van de Commissie Medicatiebeleid NVvP.

## Correspondentie

Dr. Selene R. T. Veerman (s.veerman@ggz-nhn.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-2-2025.

## Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(4):216-219