

Mihin ihmeeseen tarvitaan uutta GLP-1-agonistia?

Timo Valle, diabetologi
Mehiläinen & Terveystalo Diabetesklinkka, Hki

Yleislääkäreiden kevätkoulutus /
Aamiaissymposium
Kalastajatorppa, 29.5.2019

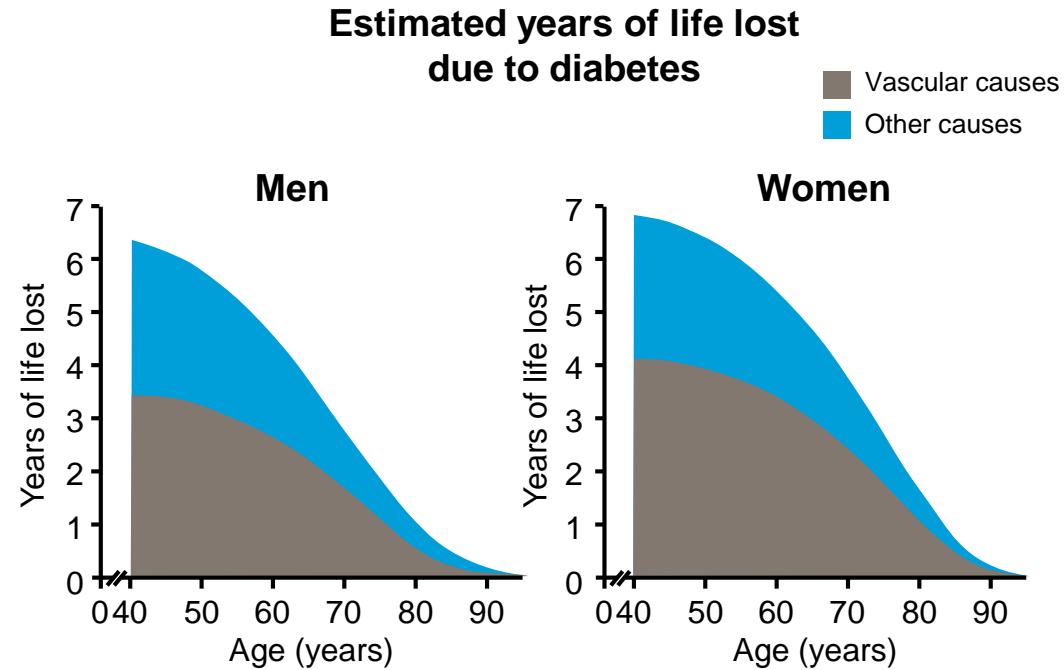
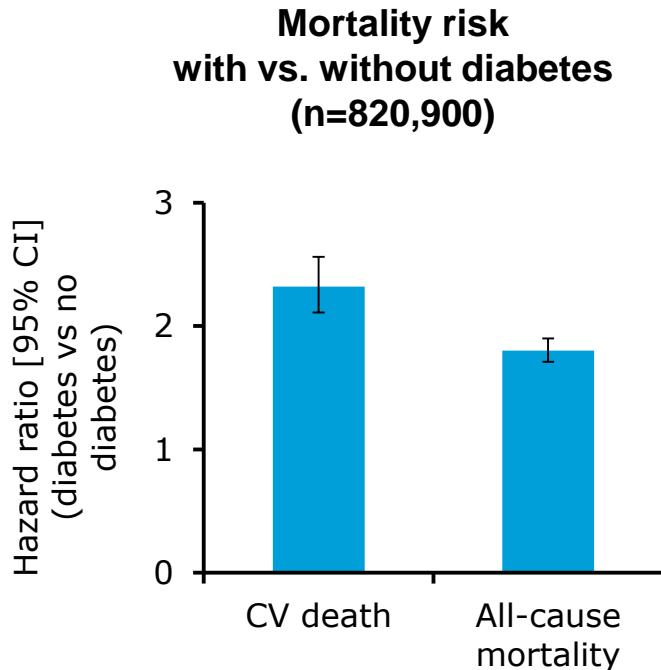
Sidonaisuudet

- **Olen sitoutunut hoitamaan diabeetikoita parhaan kykyni mukaan 17 vuotta tästä eteenpäin (ja teen vähemmän sokeria ja enemmän kuitua sisältäviä Twodads-välipaloja lapsille)**
- **Luentoja ja/tai koulutusmatkoja** kaikkien Suomessa toimivien diabeteskentän lääketeollisuuden yritysten kanssa: AstraZeneca, BMS, Boehringer Ingelheim, GSK, Eli Lilly, Takeda, MSD, Mylan, Novartis, NovoNordisk, Orion, sanofi, Schering Plough
- **Advisory board jäsenyys / konsultointi vuosien saatossa:** AstraZeneca, BMS, Eli Lilly, Janssen/J&J, MSD, Novartis, NovoNordisk, sanofi



Diabetes and cardiovascular disease

Mortality risk and years of life lost

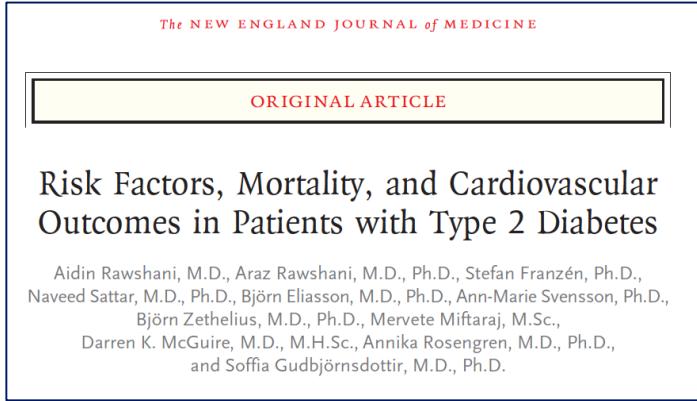


CI, confidence interval; CV, cardiovascular.

Rao Kondapally Seshasai S et al. *N Engl J Med* 2011;364:829.

Riskitekijöiden hoidon merkitys T2 diabeteksessa

Ruotsin kansallinen diabetesrekisteri

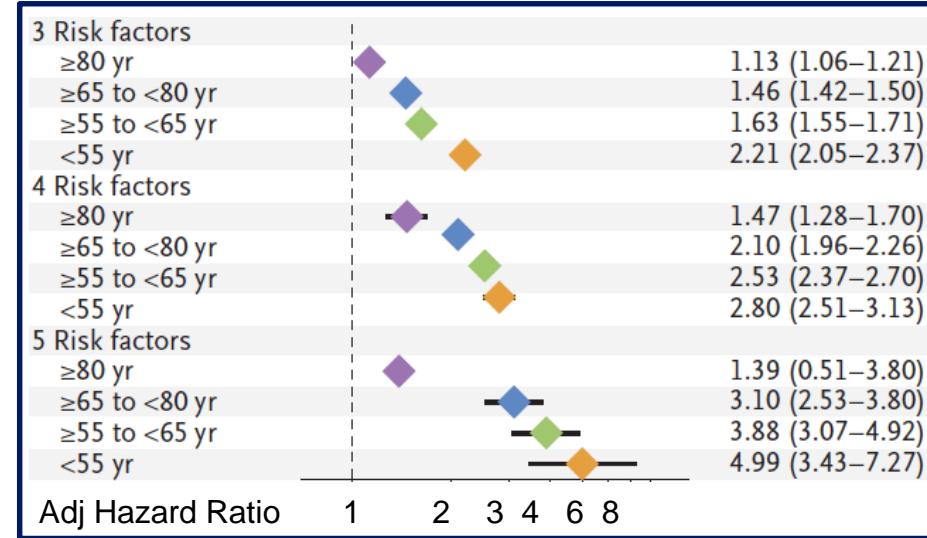
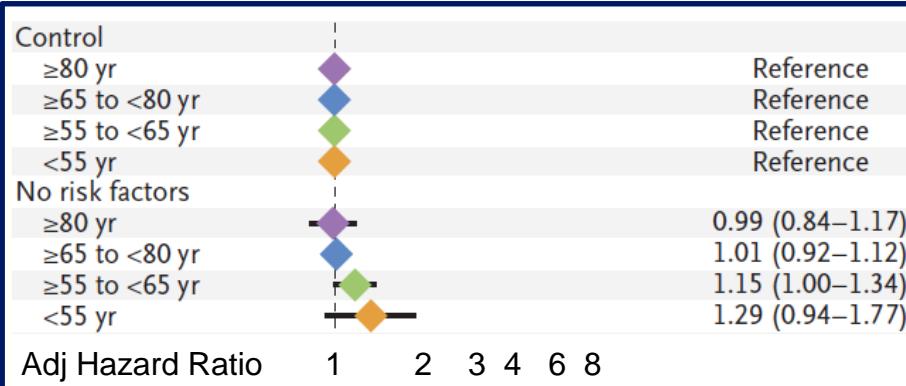


- **T2 diabetespotilaita**
Ruotsin kansallinen diabetesrekisteri ($n = 271,174$)
- **Kontrollit normaaliväestöstä**
Vakioitu iän, sukupuolen ja asuinkunnan suhteen
($n = 1,355,870$)
- **Arvioitu**
län ja riskitekijästatuksen mukaan
 $\text{HbA}_{1\text{c}}$, verenpaine, albuminuria,
tupakointi & LDL-kolesteroli
- **Seuranta-aika**
Mediaani 5.7 vuotta
- **Yhteys**
Kuolema, sydäninfarkti, aivohalvaus ja sairaalahoitoa
vaativa sydämen vajaatoimintaa

Riskitekijöiden hoidon merkitys T2 diabeteksessä

Ruotsin kansallinen diabetesrekisteri

Ylikuolleisuus suhteessa riskitekijästatukseen



AMI, acute myocardial infarction; LDL, low-density lipoprotein.
Rawshani A et al. *N Engl J Med* 2018;379:633.

Hyperglykemian lääkehoidon dilemma

HbA1c↓



Hypoglykemia
Painonnousu

Weight gain after diagnosis of type 2 diabetes was associated with increased cardiovascular death

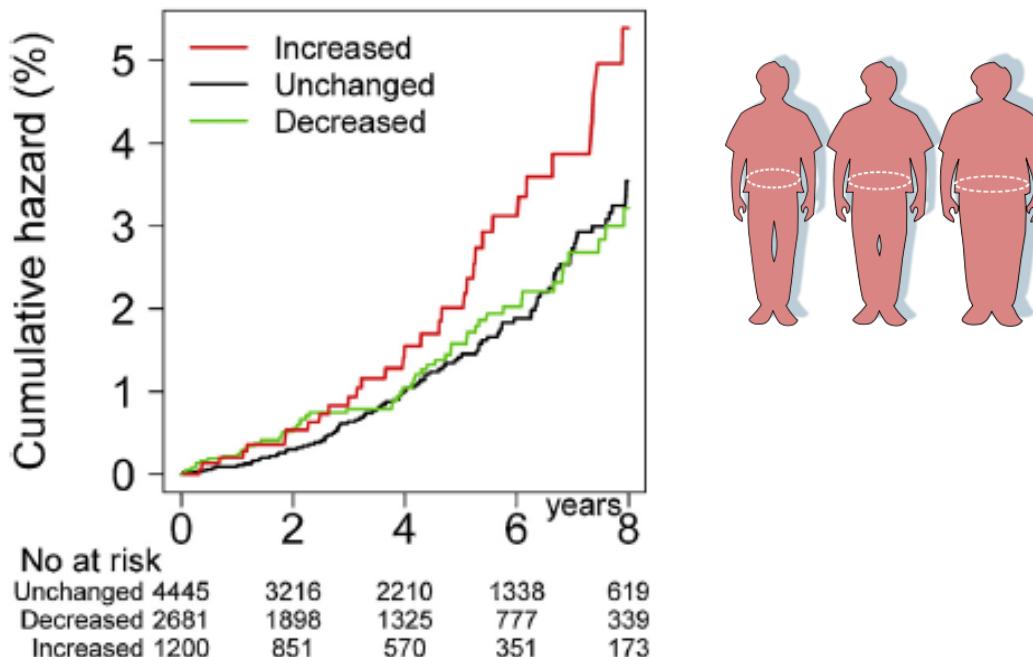
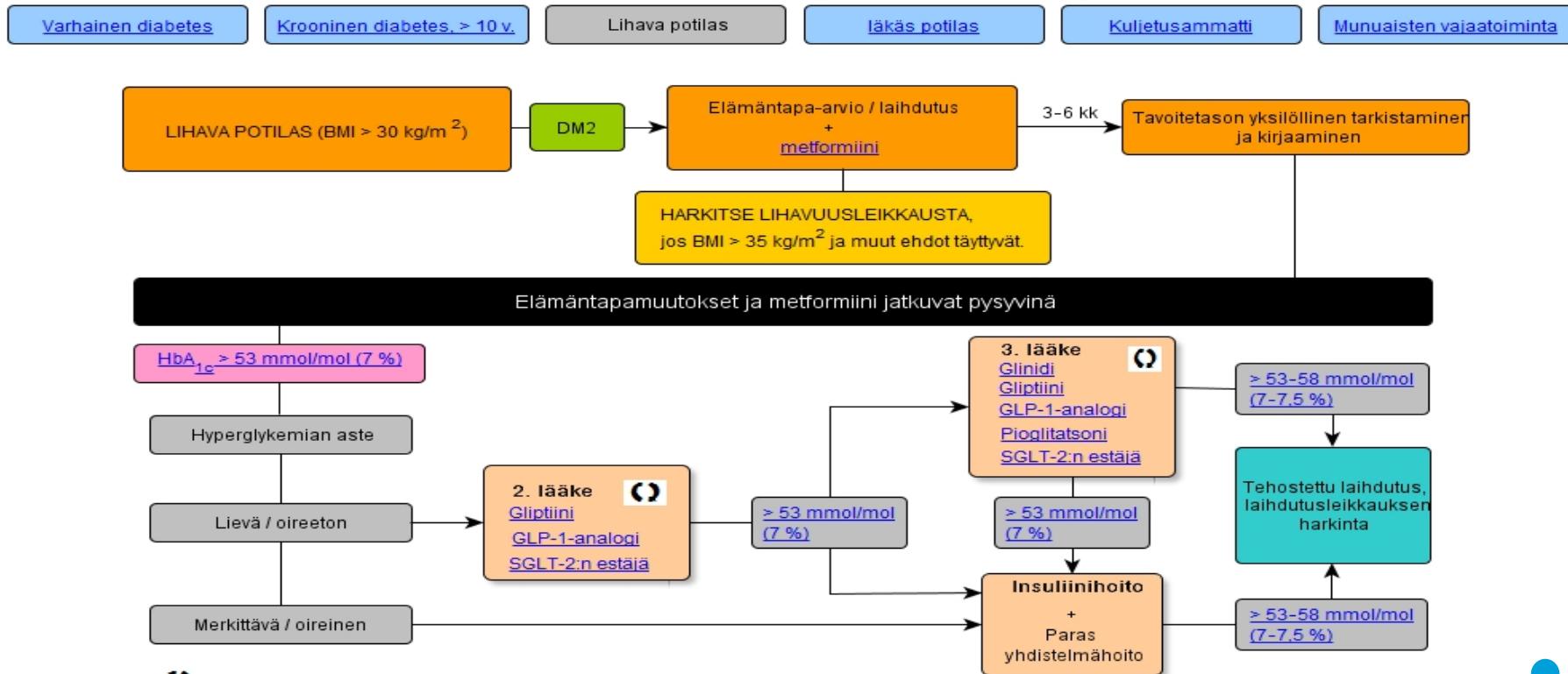


Fig. 1. Cumulative risk of cardiovascular death adjusted for age, gender, body mass index (BMI) at baseline, previous angina pectoris, education level, marital status and use of glucose-lowering drugs.

Käyphoito suositus: Tyypin 2 diabetes

- Lihava potilas



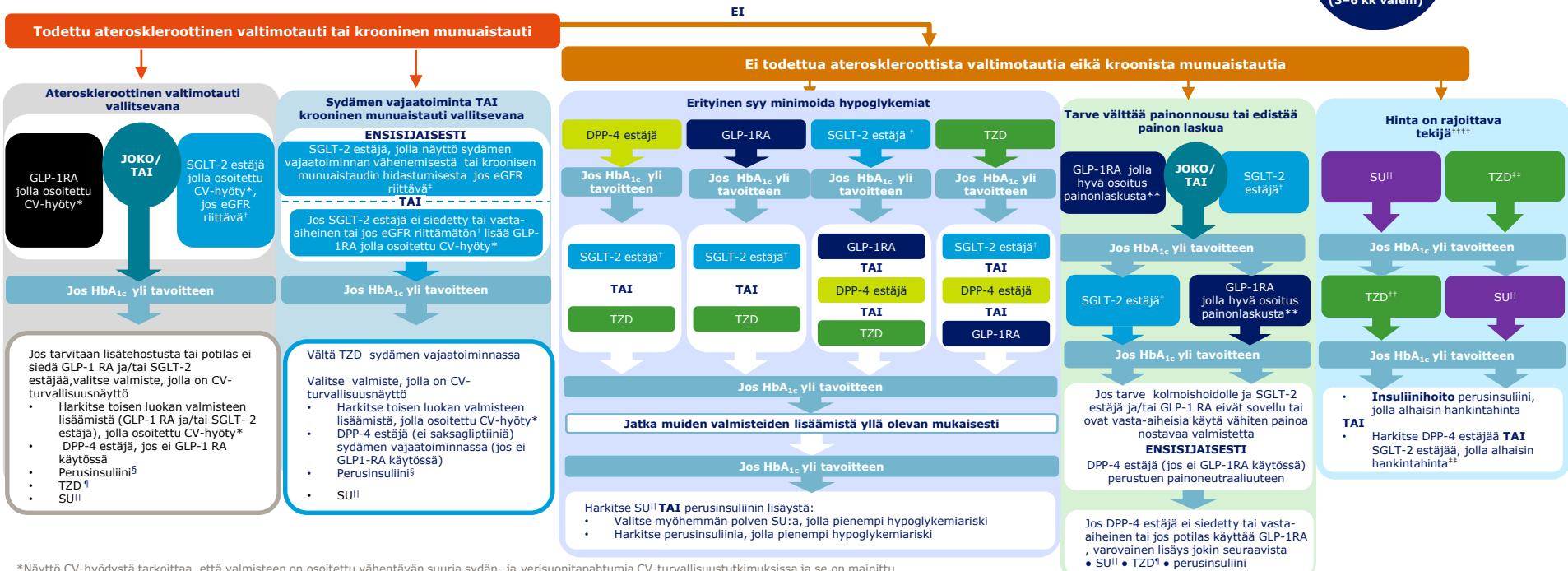
Hyperglykemian hoitomuotojen teho monoterapiana, vaikutus painoon ja alttius hypoglykemioihin

Terapia	Teho (HbA1c lasku)	Painonousu	Hypoglykemia
Elintapahoito	++(++)	Ei	Ei
Metformiini	++(++)	Ei	Ei
Sulfonyyliurea	+++	Kyllä	Kyllä
Insuliiniherkistäjät	++	Kyllä	Ei
Ateriatabletit	+(+)	Hieman	Joskus
DPP4-estäjät	+(+)	Ei	Ei
GLP1-1RA	+++	Paino usein laskee	Ei
SGLT2-estäjät	++	Paino usein laskee	Ei
Insuliiini	+++(++)	Kyllä	Kyllä

ADA/EASD 2018 konsensus glukoosia alentavasta lääkehoidosta T2D:ssa

Välttääksesi
kliinistä
inertiaa arvioi
ja muuta
lääkitystä
säännöllisesti
(3-6 kk välein)

**ENSISIJAINEN HOITO ON METFORMIINI JA KOKONAISVALTAINEN ELINTAPAHOITO (SISÄLTÄEN PAINONHALLINNAN JA LIIKUNNAN)
JOS HbA_{1c} YLI TAVOITTEEN ETENE SEURAAVASTI**



*Näyttö CV-hyödystä tarkoittaa, että valmisteon on osoitettu vähentävän suuria sydän- ja verisuonitapahtumia CV-turvallisuustutkimuksissa ja se on mainittu valmistehtynevedossa: GLP-1RA:lla näyttö: lärigutidi, semaglutidi, ekenesatidi, ER ja SGLT-2-estäjällä näyttö: empaglifloosiini, kanagliflosiini; ^aHuomioli, että SGLT-2-estäjillä eGFR:in suhteen maa- ja valmisteohkoitusta eroa indikaatiolajauudeessa koskien lääkkeen aloitusta ja käytön jatkamista; ^bSekä empaglifloosiini ja kanagliflosiinin on osoitettu CVOT-tutkimuksissa vähentävän sydämen vajaatoimintaa ja vähentävän kroonisen munuaistaudin etenemistä; ^cDegludek- ja glargininsuliniilla (U100) on osoitettu CV-turvallisus; ^dPieni annas voi olla paremminkin siedetty, mutta vähemmän hyvin tutkittu CV-vaikeutusten suhteeseen; ^eValitse uudemman sukupolven SU, jolla vähäisempi hypoglykiemarsiari; ^f*Semaglutidi, lärigutidi, dulaglutidi, ekenesatidi, liskisatidi; ^gJos ei sisäpsisilä komorbiditeeteja (eli ei todettu CV-sairautta, pieni hypoglykiemarsiari ja vähäisempi prioriteetti välttää painonrousauta tai ei painoon liittyvä komorbiditeeteja); ^hHarkitse maa- ja alueohkoitaisia lääkekustannuksia. Joissakin maissa TZD:t ovat suhteellisesti kalliimpia ja DPP-4-estäjät halvimmat.

Davies ym. Diabetes Care. 2018; 41:2669-2701 & Davies ym. Diabetologia. 2018;61:2461-2468

ADA/EASD 2018 konsensussuositus potilaille, joiden hoidossa halutaan erityisesti huomioida painonlasku



GLP-1RA, joilla osoitus painonlaskusta

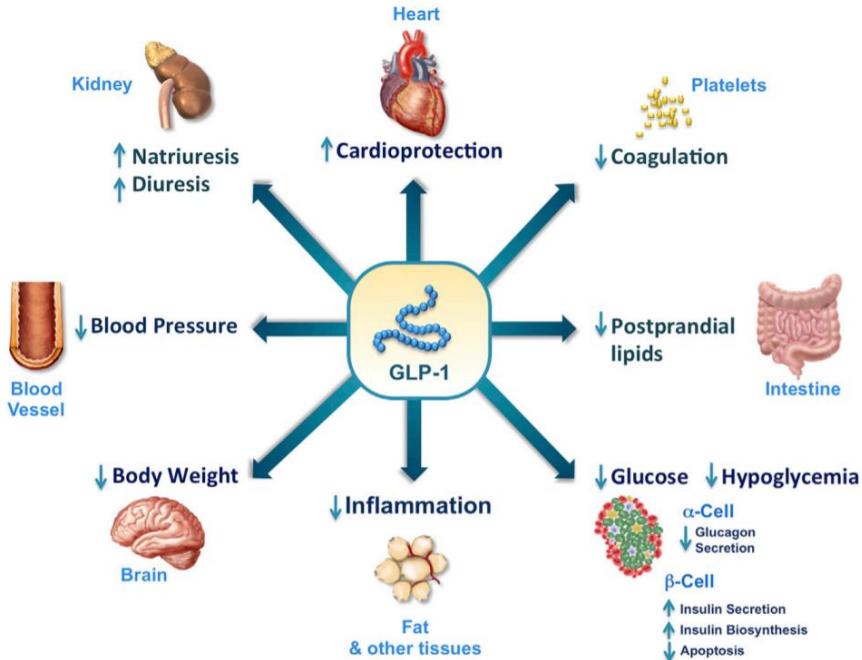
Semaglutidi Liraglutidi Dulaglutidi Eksenatidi Liksisenatidi

GLP-1 tyypin 2 diabeteksen hoidossa

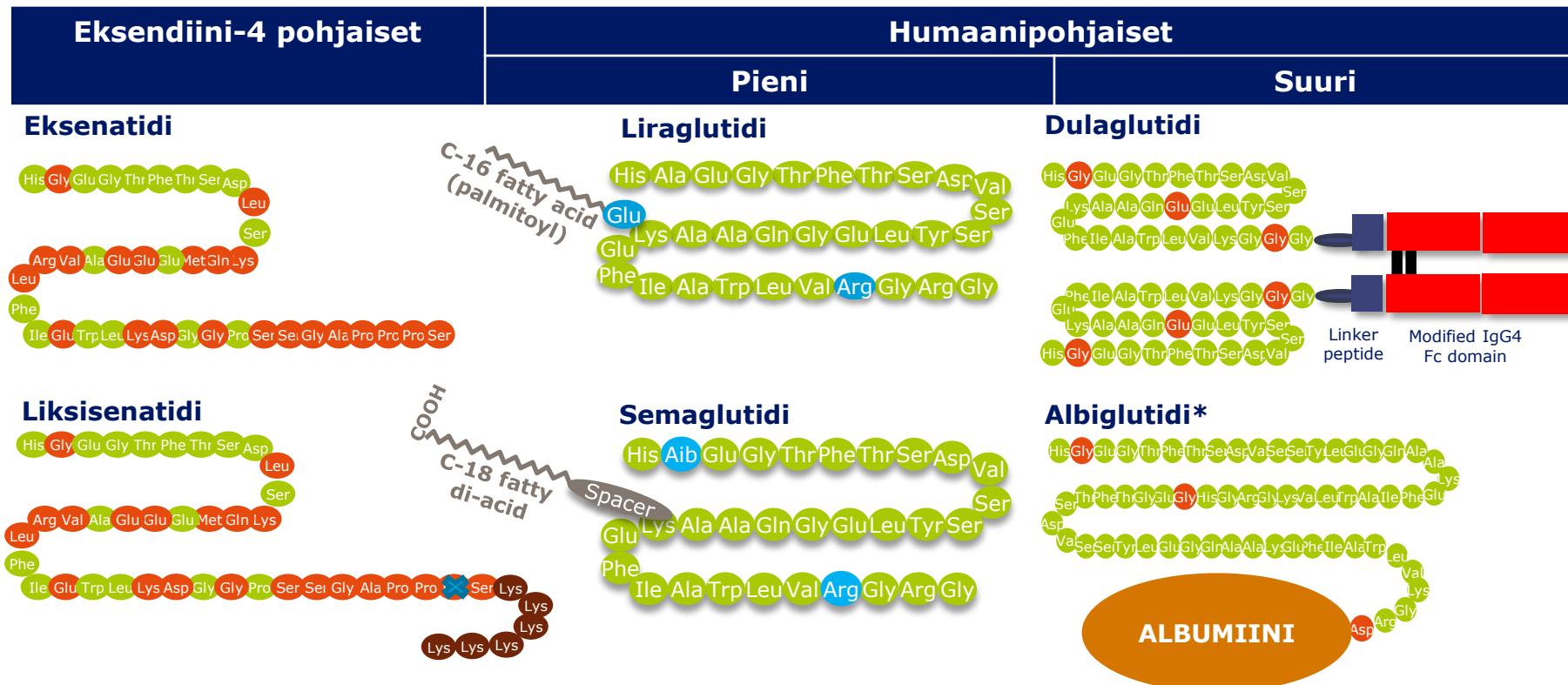
GLP-1, keskeinen peptidi...

- Verensokerin alentaminen
 - Insuliinineritys ↑, glukagoni ↓, mahalaukun tyhjeneminen hidastuu
- Painonlasku
 - Kylläisyys ↑, nälkä ↓
- Kardiovaskulaariset vaikutukset
 - Verenpaine ↓, positiiviset lipidivaikutukset, inflammaatio ↓

...joka toimii laaja-alaisesti eri elimissä



GLP-1 reseptoriagonistit T2 diabeteksen hoidossa



*Albiglutide was withdrawn by July 2018 for commercial reasons.

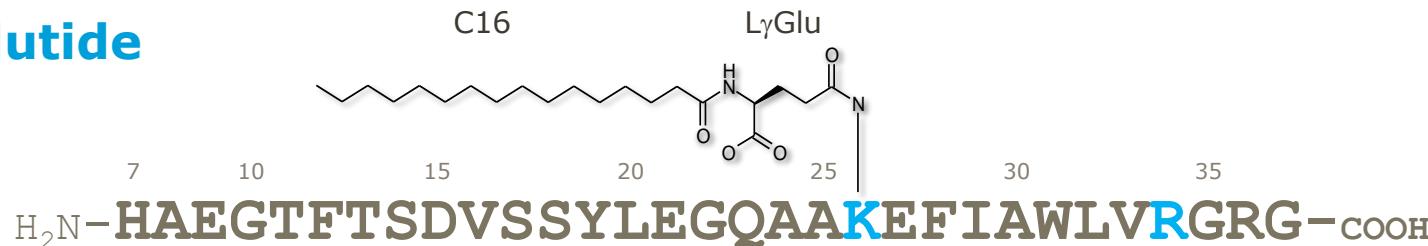
GLP-1RA, glucagon-like peptide-1 receptor agonist; IgG4 Fc, immunoglobulin-G4 fragment crystallisable.
Lund A et al. Eur J Intern Med 2014;25:407-14.

Ozempic® (semaglutidi s.c. OW)

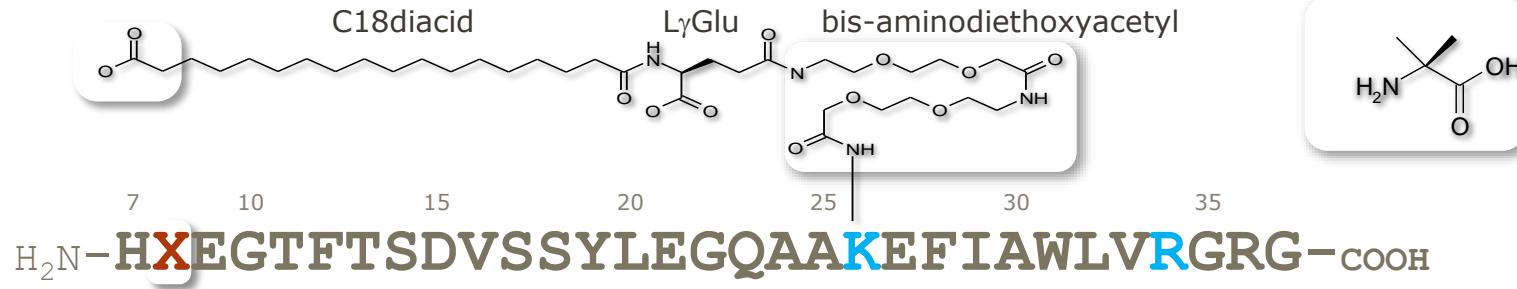
- Kerran viikossa pistettävä (s.c) GLP-1 analogi
- Indikaationa hyperglykemian hoito T2 diabeetikoilla
- Rajoitettu peruskorvattavuus (40%) 1.1.2019 lähtien
 - Samat rajoitukset kuin muilla GLP-1-RA:lla
- Apteekeissa 22.1.2019 lähtien
- Semaglutidista on myös kehitetty myös peroraalinen muoto (Faasi 3) ja sitä tutkitaan (2.4 mg s.c. OW) myös lihavuusindikaatiolla (Faasi 3)

Liraglutidiin verrattuna semaglutidilla on voimakkaampi albumiiniin sitoutuminen, DPP-4 stabiliteetti, penetraatio aivoihin ja vähäisempi lipofiliisyys

Liraglutide



Semaglutide



DPP-4, dipeptidyl peptidase 4.

Bjerre Knudsen et al. *J Med Chem* 2000;43:1664–9; Lau et al. *J Med Chem* 2015;58:7370–80.

GLP-1RA: farmakokineettiset profiilit

Increasing protraction

Agent	$t_{1/2}$	t_{max}
Exenatide BID¹	2.4 h	0.6 h
Lixisenatide OD²	3 h	1–3.5 h
Liraglutide OD³	13 h	8–12 h
Dulaglutide OW⁴	~4 days	24–48 h
Exenatide OW⁵	7–14 days	6–7 weeks
Semaglutide OW⁶	~7 days	1–3 days

BID, twice daily; GLP-1RA, glucagon-like peptide-1 receptor agonist; OD, once daily; OW, once weekly; PK, pharmacokinetics; $t_{1/2}$, half-life; t_{max} , time to maximum concentration.

1. Byetta®. Summary of Product Characteristics. Available at: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000698/WC500051845.pdf Accessed January 2018;

2. Lyxumia®. Summary of Product Characteristics. Available at: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002445/WC500140401.pdf Accessed January 2018;

3. Victoza®. Summary of Product Characteristics. Available at: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001026/WC500050017.pdf Accessed January 2018;

4. Barrington P et al. *Diabetes Obes Metab* 2011;13:434–8; 5. Fineman M et al. *Clin Pharmacokinet* 2011;50:65–74; 6. Kapitza C et al. *J Clin Pharm* 2015;55:497–504.

SUSTAIN faasi 3 kliininen tutkimusohjelma

- Completed phase 3a efficacy and safety trials
- Completed phase 3b efficacy and safety trials
- Completed cardiovascular outcomes trial
- Ongoing efficacy and safety trial

SUSTAIN 1 (N=388; 30 w)¹
semaglutide vs placebo
Monotherapy

SUSTAIN 8 (N=784; 52 w)⁸
semaglutide vs canagliflozin
Add-on to MET

SUSTAIN 7 (N=1,1201; 40 w)⁷
semaglutide vs dulaglutide
Add-on to MET

SUSTAIN 10 (N=576; 30 w)¹⁰
semaglutide vs liraglutide
Add-on to 1–3 OADs (MET ± SU ± SGLT-2i)

SUSTAIN 9 (N=302; 30 w)⁹
semaglutide vs placebo
Add-on to SGLT-2i ± MET ± SU

SUSTAIN 4 (N=1,089; 30 w)⁴
semaglutide vs insulin glargine
Add-on to MET ± SU

SUSTAIN 3 (N=813; 56 w)³
semaglutide vs exenatide ER Add-on to 1–2 OADs (MET/SU/TZD)

SUSTAIN 2 (N=1,231; 56 w)²
semaglutide vs sitagliptin
Add-on to MET ± TZD

SUSTAIN 11 (N=1736; 52 w)¹¹
semaglutide vs insulin aspart
Add-on to MET ± insulin glargine

SUSTAIN 5 (N=397; 30 w)⁵
semaglutide vs placebo
Add-on to basal insulin ± MET

SUSTAIN 6 (Completed, March 2016; n=3,297; 104 w)⁶
0–2 OADs ± basal or pre-mix insulin



Single
OAD



Multiple
OADs

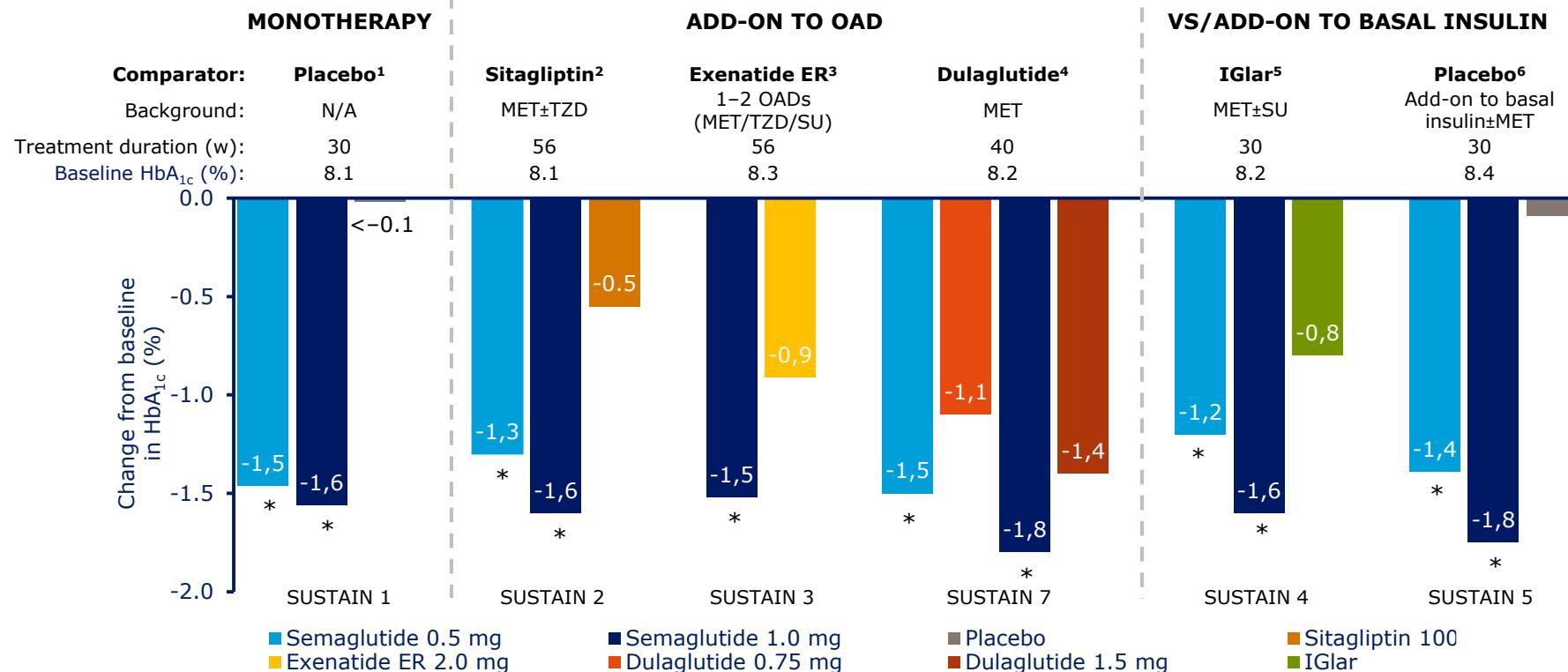


Insulin
users



HbA_{1c} muutos

SUSTAIN 1–5 and 7



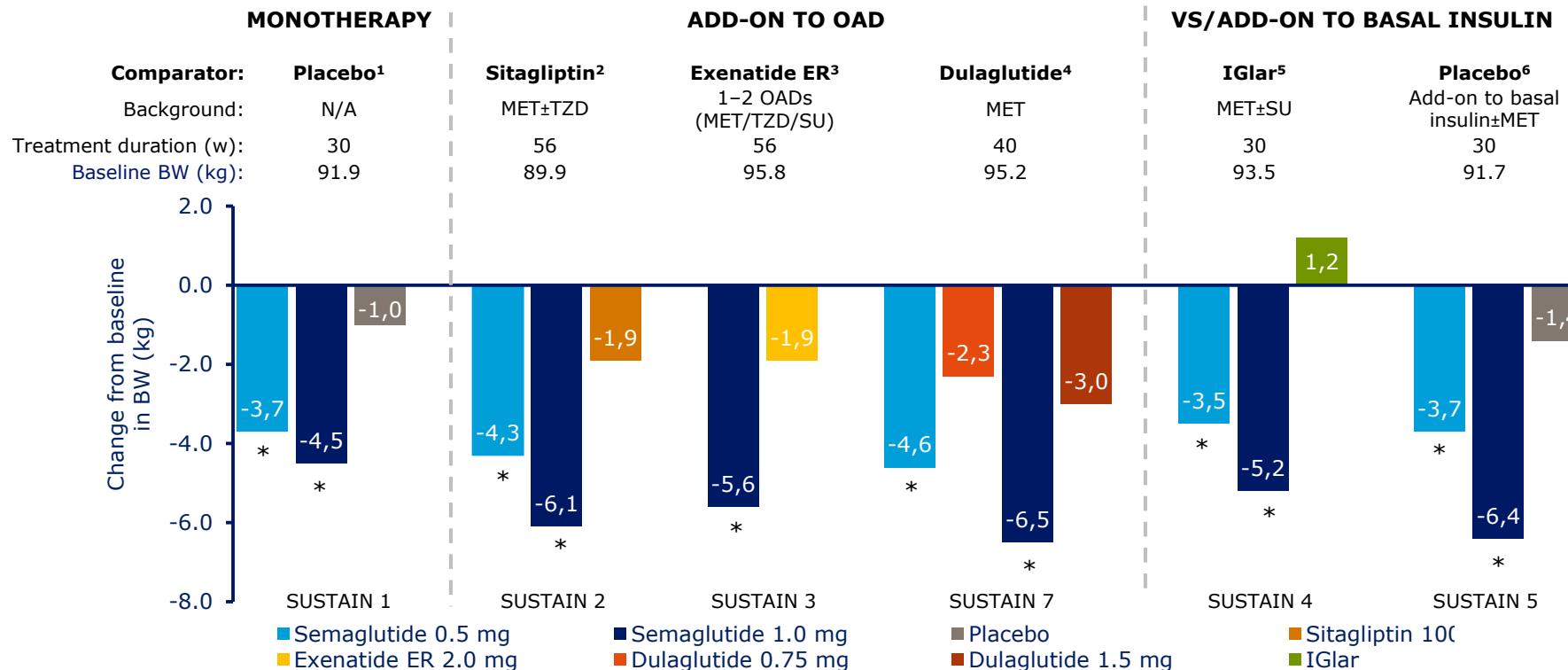
*p<0.0001 vs comparator.

Exenatide ER, exenatide extended release; I Glar, insulin glargine; MET, metformin; N/A, not applicable; OAD, oral antidiabetic drug; SU, sulphonylurea; TZD, thiazolidinedione; w, weeks.

1. Sorini C et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5:251–60; 2. Ahren B et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5:341–54; 3. Ahmann AJ et al. *Diabetes Care* 2018;41:258–66; 4. Pratley RE et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018;6:275–86; 5. Aroda VR et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5:355–66; 6; Rodbard HW et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2018;103:2291–301.

Painonmuutos

SUSTAIN 1–5 and 7



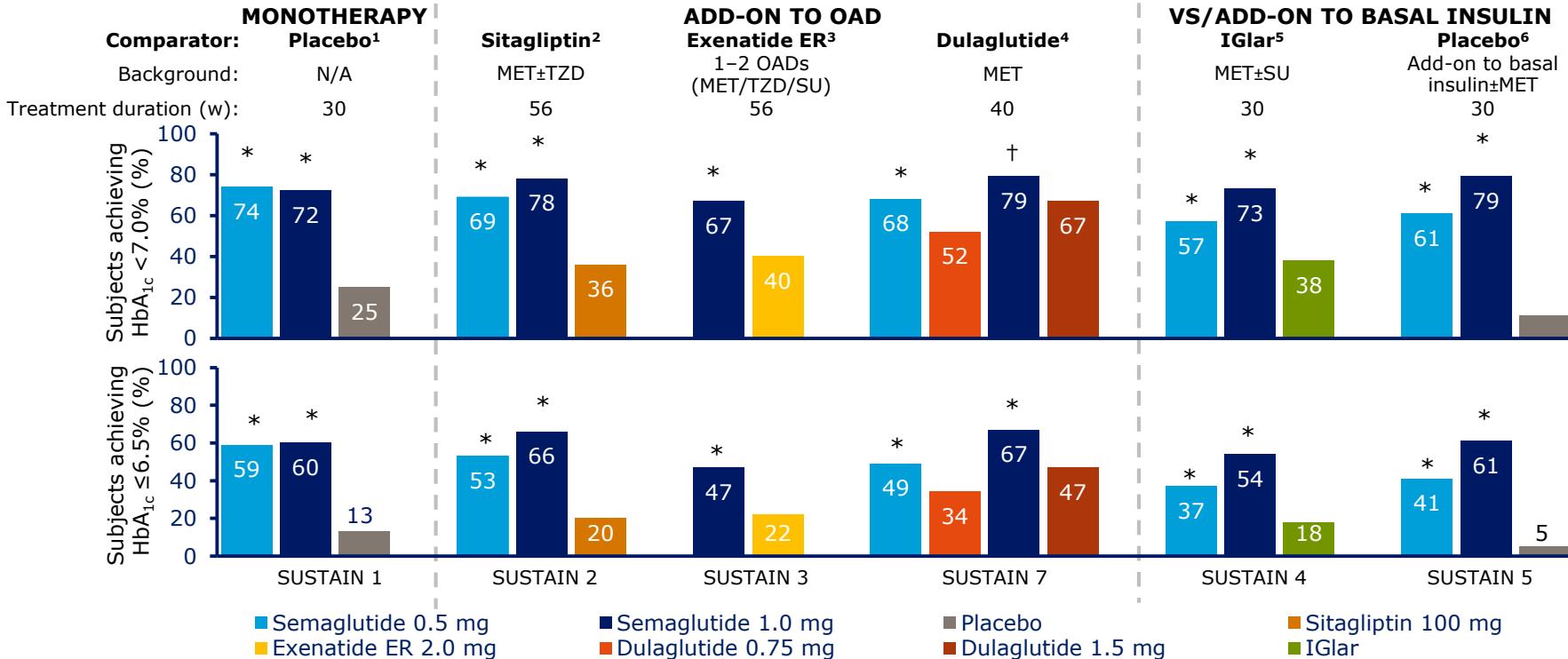
*p<0.0001 vs comparator.

BW, body weight; exenatide ER, exenatide extended release; IGlar, insulin glargin; MET, metformin; N/A, not applicable; OAD, oral antidiabetic drug; SU, sulphonylurea; TZD, thiazolidinedione; w, weeks.

1. Sorini C et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5:251–60; 2. Ahrén B et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5:341–54; 3. Ahmann AJ et al. *Diabetes Care* 2018;41:258–66; 4. Pratley RE et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018;6:275–86; 5. Aroda VR et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5:355–66; 6; Rodbard HW et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2018;103:2291–301.

HbA_{1c} <7.0% (53 mmol/mol) ja ≤6.5% (48 mmol/mol) saavuttaneiden osuudet

SUSTAIN 1–5 and 7

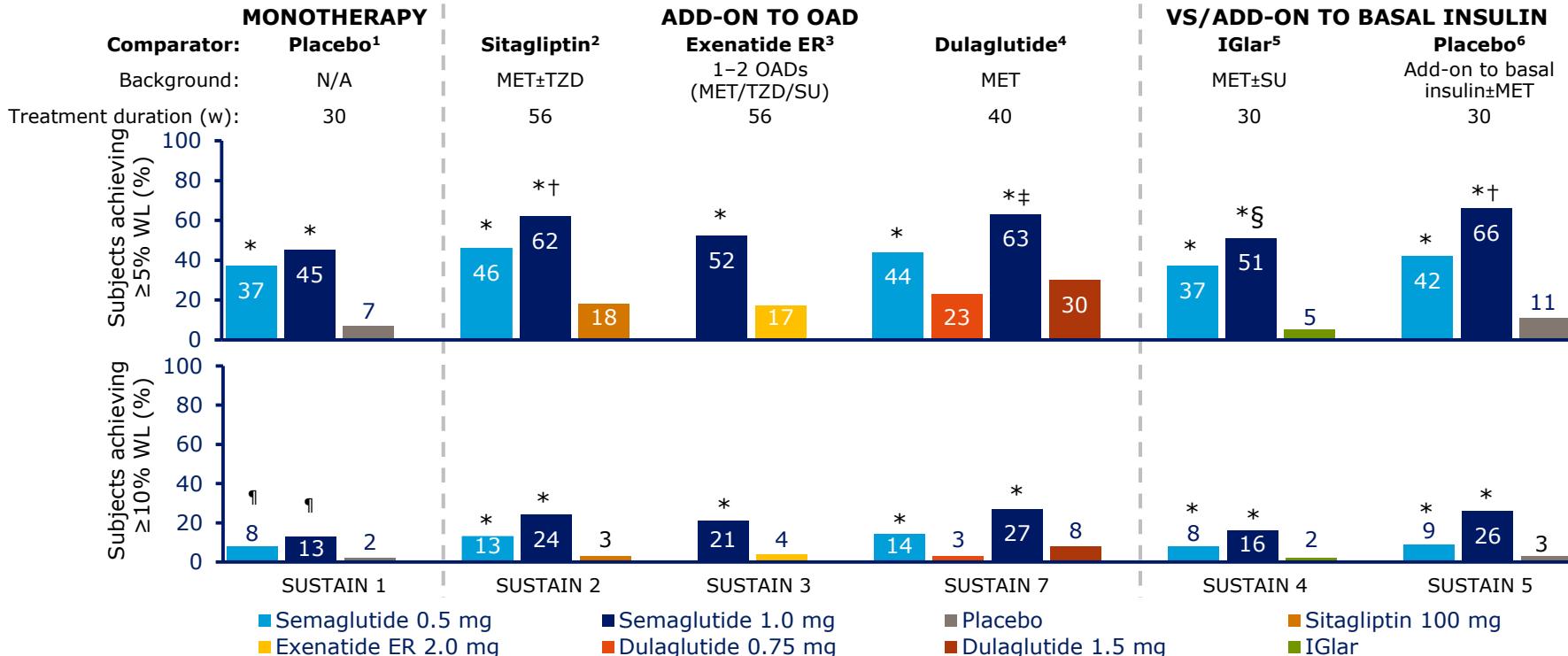


*p<0.0001 vs comparator; †p<0.005 vs comparator. Exenatide ER, exenatide extended release; I Glar, insulin glargine; MET, metformin; N/A, not applicable; OAD, oral antidiabetic drug; SU, sulphonylurea; TZD, thiazolidinedione; w, weeks.

1. Sorli C et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5:251–60; 2. Ahrén B et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5:341–54; 3. Ahmann AJ et al. *Diabetes Care* 2018;41:258–66; 4. Pratley RE et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018;6:275–86; 5. Aroda VR et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5:355–66; 6. Rodbard HW et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2018;103:2291–301.

Painonlaskun $\geq 5\%$ ja $\geq 10\%$ saavuttaneiden osuudet

SUSTAIN 1–5 and 7



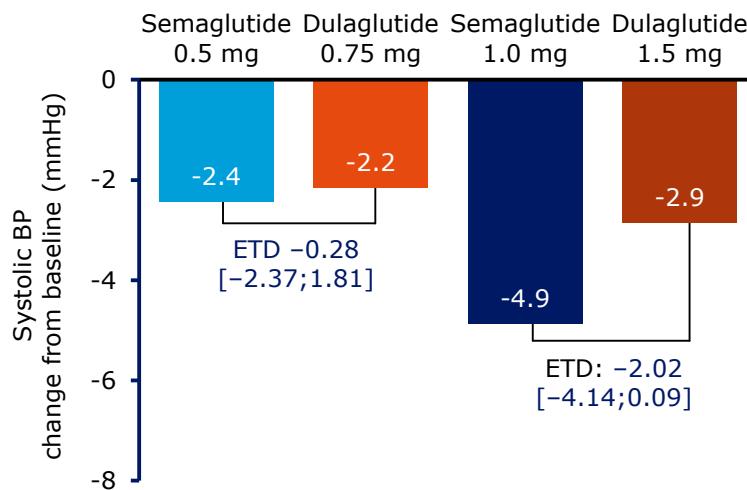
*p<0.0001 and †p<0.0001 vs comparator; ‡p<0.0001 and §p=0.002 vs semaglutide 0.5 mg. p values for comparisons of semaglutide 0.5 mg vs 1.0 mg are from references 7 and 8. Exenatide ER, exenatide extended release; IGLAR, insulin glargine; MET, metformin; N/A, not applicable; OAD, oral antidiabetic drug; SU, sulphonylurea; TZD, thiazolidinedione; w, weeks; WL, weight loss. 1. Sorli C et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5:251–60; 2. Ahrén B et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5:341–54; 3. Ahmann AJ et al. *Diabetes Care* 2018;41:258–66; 4. Pratley RE et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018;6:275–86; 5. Aroda VR et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5:355–66; 6. Rodbard HW et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2018;103:2291–301; 7. Rodbard H et al. Presented at the 77th Scientific Sessions of the American Diabetes Association, 9–13 June 2017, San Diego, CA, USA. Poster Number 1124-P; 8. Novo Nordisk. Data of file.

SUSTAIN 7: Verenpaineen muutos

CHANGE FROM BASELINE AT WEEK 40

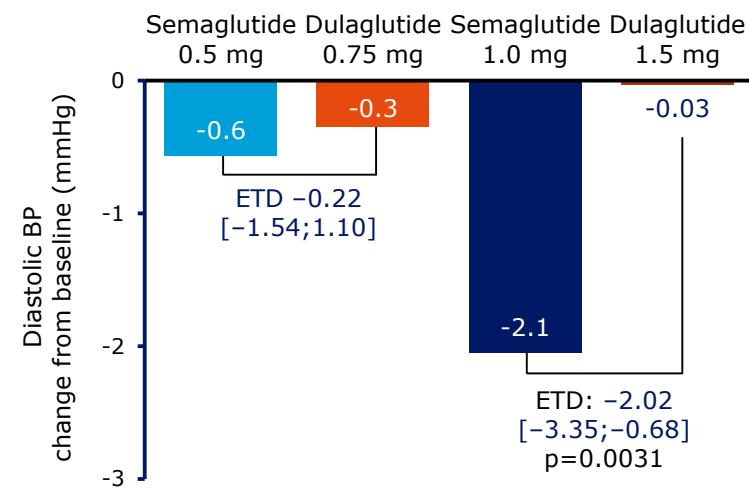
Systolic BP

Overall mean at baseline: 133.0 mmHg



Diastolic BP

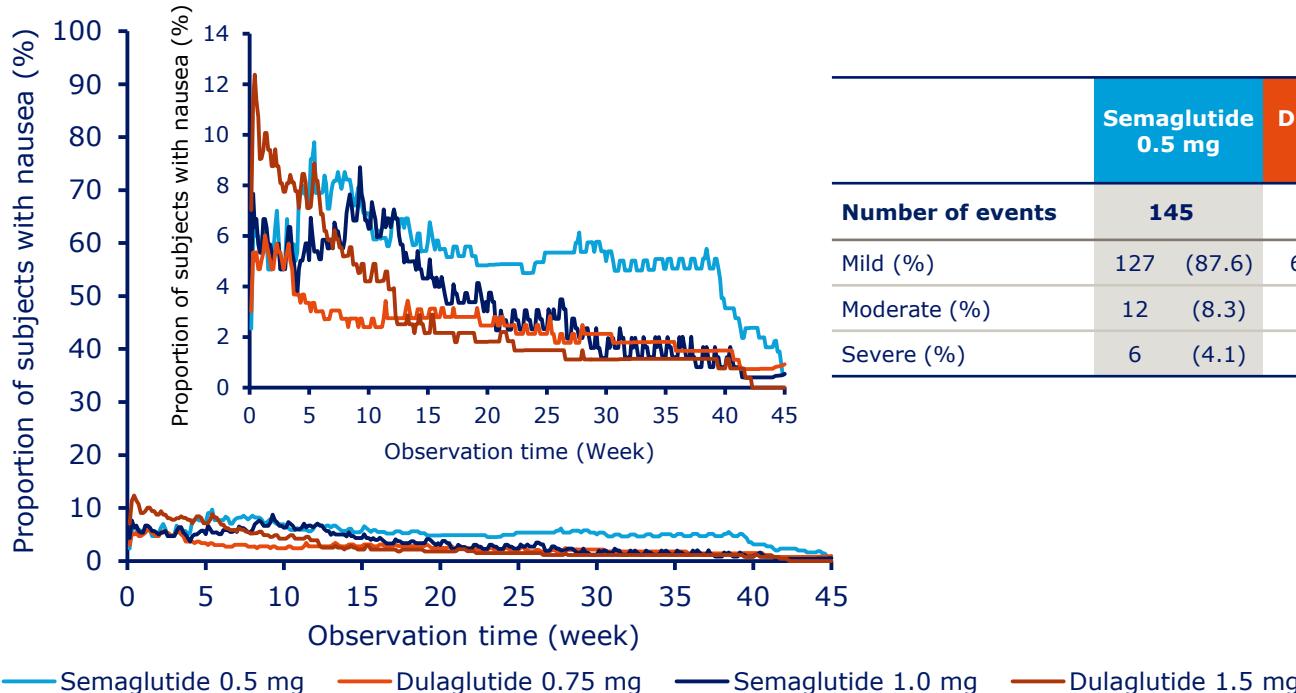
Overall mean at baseline: 80.8 mmHg



Comparisons were non-significant unless otherwise stated. Values are estimated means and estimated treatment differences from a mixed model for repeated measurements analysis using data for all randomised patients exposed to at least one dose of trial product (full analysis set) obtained while on treatment and prior to onset of rescue medication. BP, blood pressure; ETD, estimated treatment difference.
Pratley R et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018 Apr;6(4):275-286

SUSTAIN 7: Pahoinvointiin liittyvät haittavaikutukset

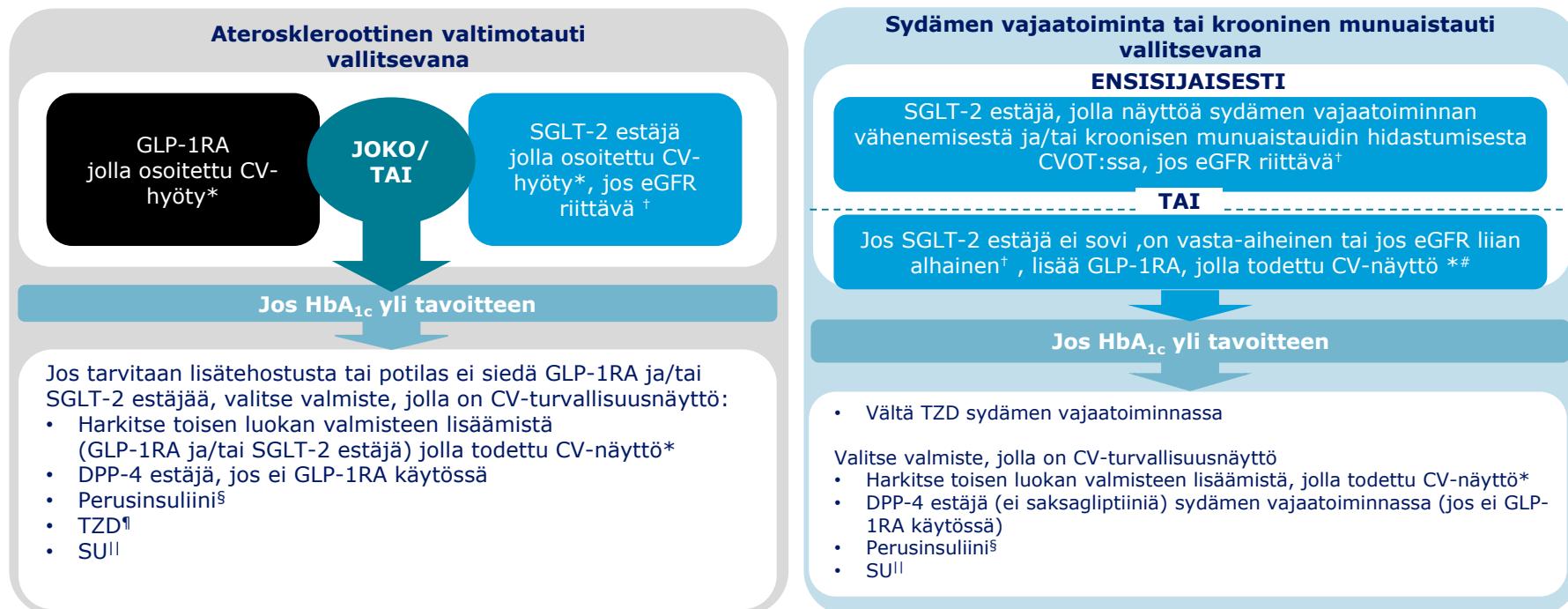
% SUBJECTS WITH NAUSEA BY TREATMENT OVER TIME AND DISTRIBUTION BY SEVERITY



Adverse events include events that had an onset, or increase in severity, shown from first exposure to the planned follow-up visit scheduled 5 weeks (+7-day visit window) after the end of treatment visit at week 40 (on-treatment data). Severity of adverse events was defined as follows: mild (transient symptoms, no interference with patient's daily activities); moderate (marked symptoms, moderate interference with patient's daily activities); severe (considerable interference with patient's daily activities, unacceptable).

Pratley RE et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018;6:275–86.

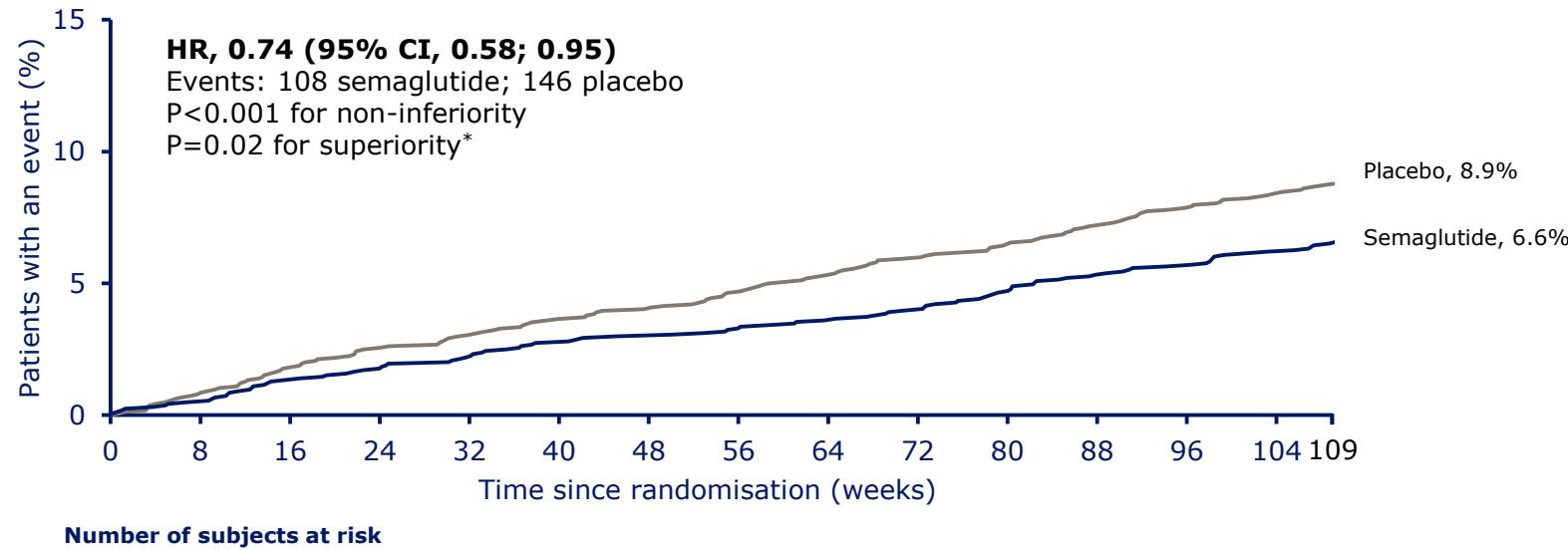
ADA/EASD 2018 konsensussuositus potilaille, joilla on todettu valtimotauti, sydämen vajaatoiminta tai krooninen munuaistauti



*Näyttö CV-hyödystä tarkoittaa, että valmisten on osoitettu vähentävän suuria sydän- ja verisuonitapahtumia CV-turvallisustutkimuksissa ja se on mainittu valmisteihin vedossa: GLP-1RA:illa näyttö: liraglutidi, semaglutidi, eksenatidi ER ja SGLT-2-estääjillä näyttö: empaglifloosiini, kanaglifloosiini; [†]Huomioi, että SGLT-2 estääjillä eGFR:n suhteeseen maa- ja valmisteohjaukista eroa indikaatiolaajuisessa koskien lääkkeen aloitusta ja käytön jatkamista; [‡]Sekä empaglifloosiinin ja kanaglifloosiinin osoitettu CVOT-tutkimuksissa vähentävän sydämen vajaatoimintaa ja vähentävän kroonisen munuaistaudin etenemistä; [§]Degludek- ja glargininsuliiniillä (U100) on osoitettu CV-turvallisus; [¶]Pieni annos voi olla paremminkin siedetty, mutta vähemmän hyvin tutkittu CV-vaikeutusten suhteen; ^{||}Valitse uudemman sukupolven SU, jolla vähäisempä hypoglykemiariski; ^{**}Varovaisuutta GLP-1RA:lla loppuvaiheen munuaistien vajaatoiminnassa

SUSTAIN 6: Ensijainen päätetapahtuma

TIME TO FIRST OCCURRENCE OF CV DEATH OR NON-FATAL MI OR NON-FATAL STROKE

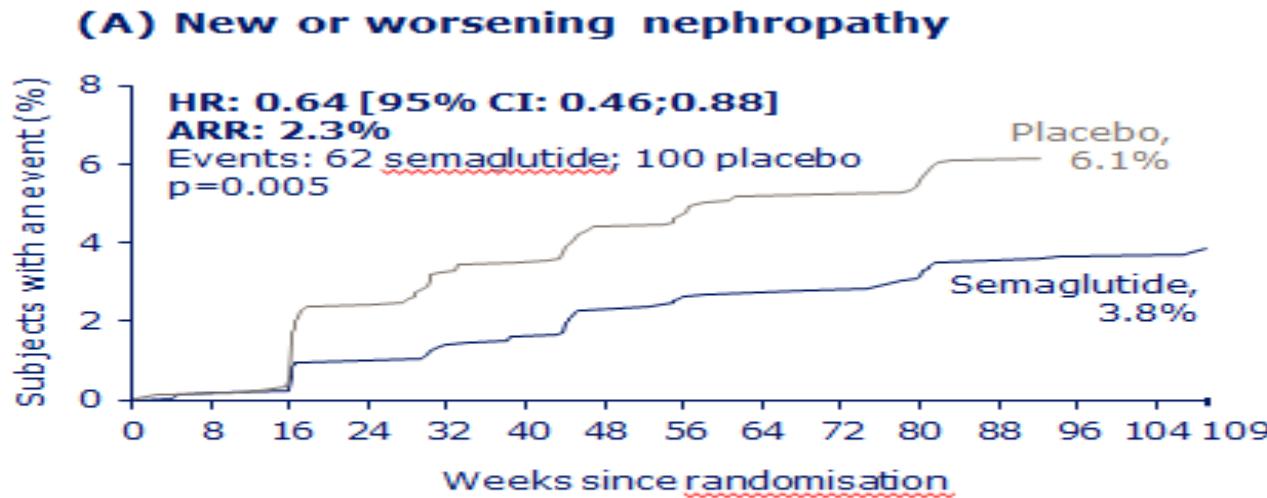


Number of subjects at risk

Semaglutide	1648	1619	1601	1584	1568	1543	1524	1513
Placebo	1649	1616	1586	1567	1534	1508	1479	1466

Figure 1A. Kaplan-Meier plot for first event adjudication committee-confirmed CV death, non-fatal MI and non-fatal stroke using 'in-trial' data from subjects in the full analysis set.
 *Not prespecified. CI, confidence interval; CV, cardiovascular; HR, hazard ratio; MI, myocardial infarction.

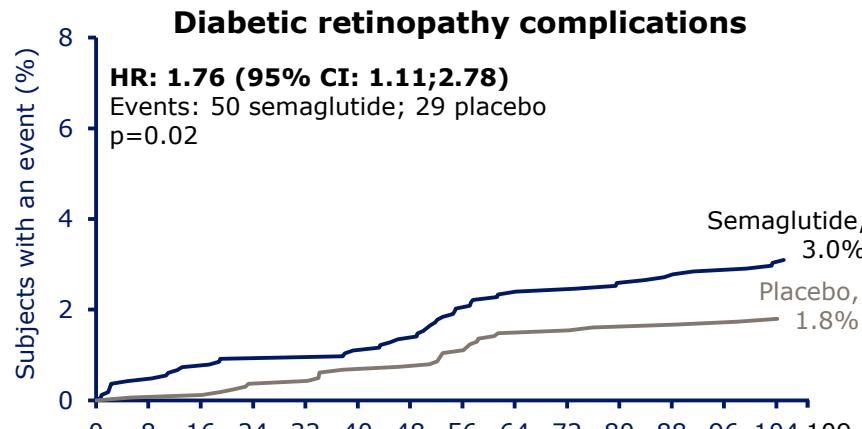
SUSTAIN 6: Nefropatia



	Number of subjects at risk							
Semaglutide	1648	1630	1605	1580	1563	1541	1525	1518
Placebo	1649	1629	1570	1545	1518	1498	1471	1465

Kaplan-Meier plot for time from randomisation to first EAC-confirmed new or worsening nephropathy (A) or EAC-confirmed diabetic retinopathy complication (B) using 'in-trial' data from subjects in the full analysis set. HR is from a proportional hazard model. CI, confidence interval; EAC, (external) event adjudication committee; HR, hazard ratio.
Marso SP et al. *N Engl J Med* 2016;375:1834–44.

SUSTAIN 6: diabeettisen retinopatian komplikaatiot



No. at risk									
Semaglutide	1,648	1,622	1,612	1,595	1,570	1,548	1,535	1,648	
Placebo	1,649	1,617	1,605	1,545	1,576	1,558	1,539	1,649	

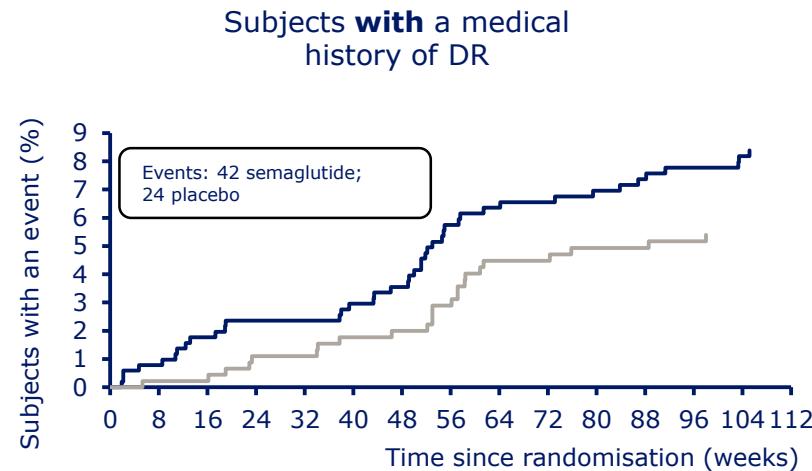
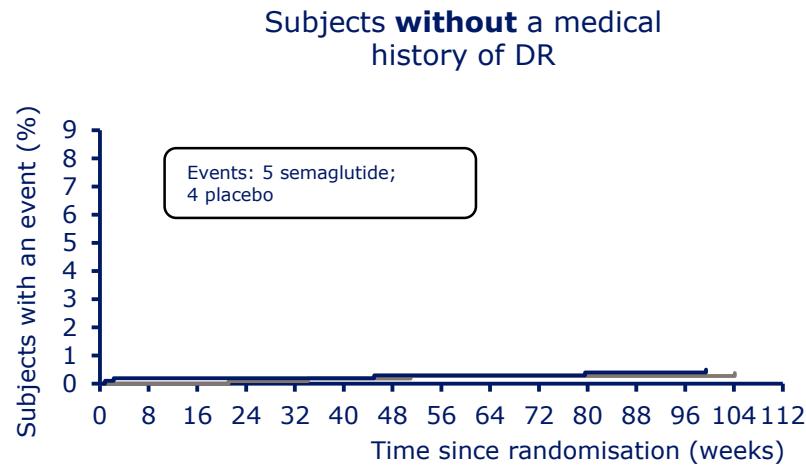
Diabetic retinopathy outcomes	N (%)	Semaglutide Incidence rate per 100 PYR	Placebo N (%)	Placebo Incidence rate per 100 PYR	HR (95% CI)	P value
Diabetic retinopathy complications	50 (3.0)	1.49	29 (1.8)	0.86	1.76 (1.11;2.78)	0.02
Need for retinal photocoagulation	38 (2.3)	1.13	20 (1.2)	0.59	1.91 (1.11;3.28)	0.02
Need for treatment with intravitreal agents	16 (1.0)	0.47	13 (0.8)	0.38	1.23 (0.59;2.56)	0.58
Vitreous haemorrhage	16 (1.0)	0.47	7 (0.4)	0.21	2.29 (0.94;5.57)	0.07
Onset of diabetes-related blindness*	5 (0.3)	0.15	1 (0.1)	0.03	5.01 (0.59;42.88)	0.14

*Defined as Snellen visual acuity of 20/200 (6/60) or less, or visual field of less than 20 degrees, in the better eye with best correction possible.
 CI, confidence interval; E, number of events. HR, hazard ratio. Four subjects had unknown history of diabetic retinopathy at baseline.
 Vilsbøll T et al. *Diabetes Obes Metab* 2018;20:889–97.



Retinopatia (DR) päätetapahtuman riski suurentunut niillä, joilla tiedossa oleva DR

SUSTAIN 6



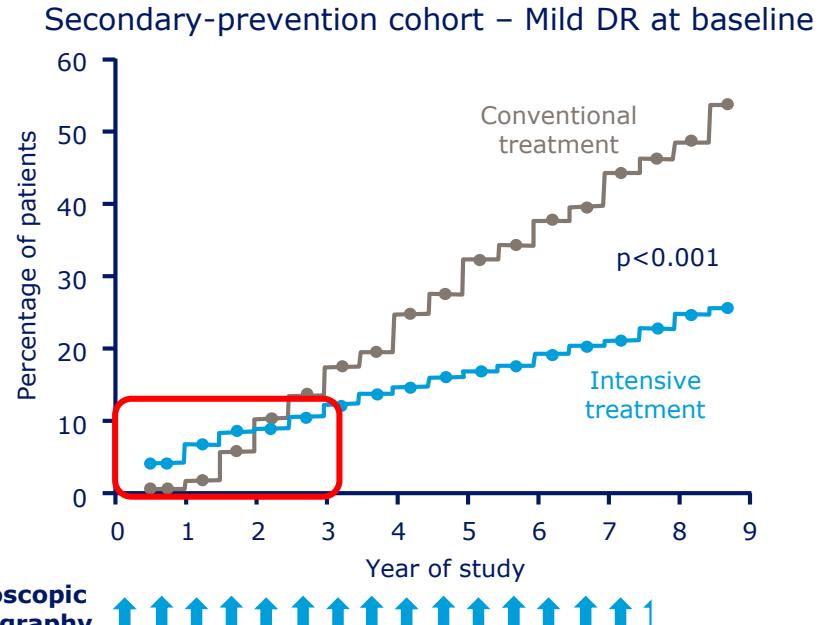
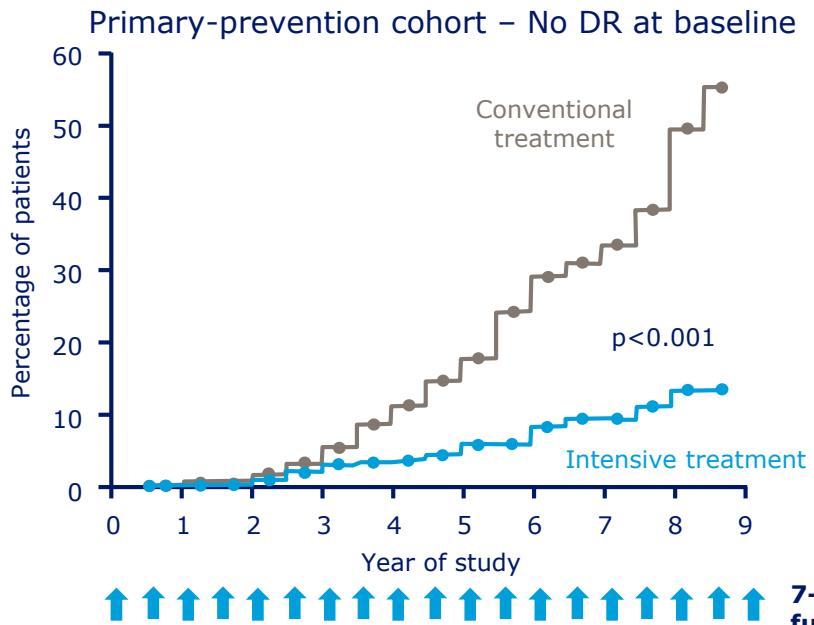
No at risk									
Semaglutide	1,023	1,015	1,011	1,005	999	985	978	116	510
Placebo	1,089	1,083	1,073	1,071	1,058	1,045	1,035	119	459
<hr/>									Semaglutide
<hr/>									Placebo

The difference in DRC between semaglutide and placebo was concentrated among subjects with pre-existing DR

DCCT

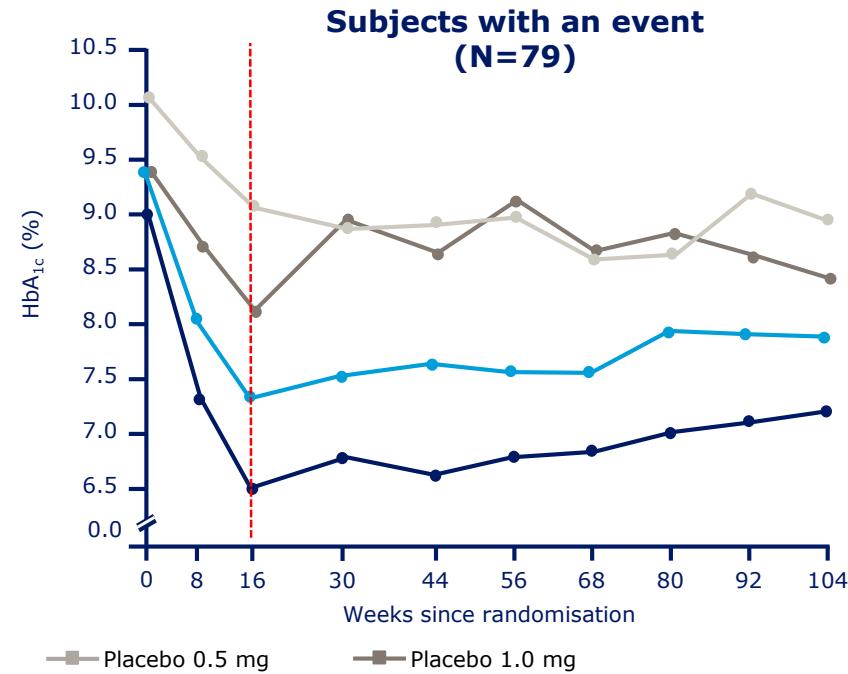
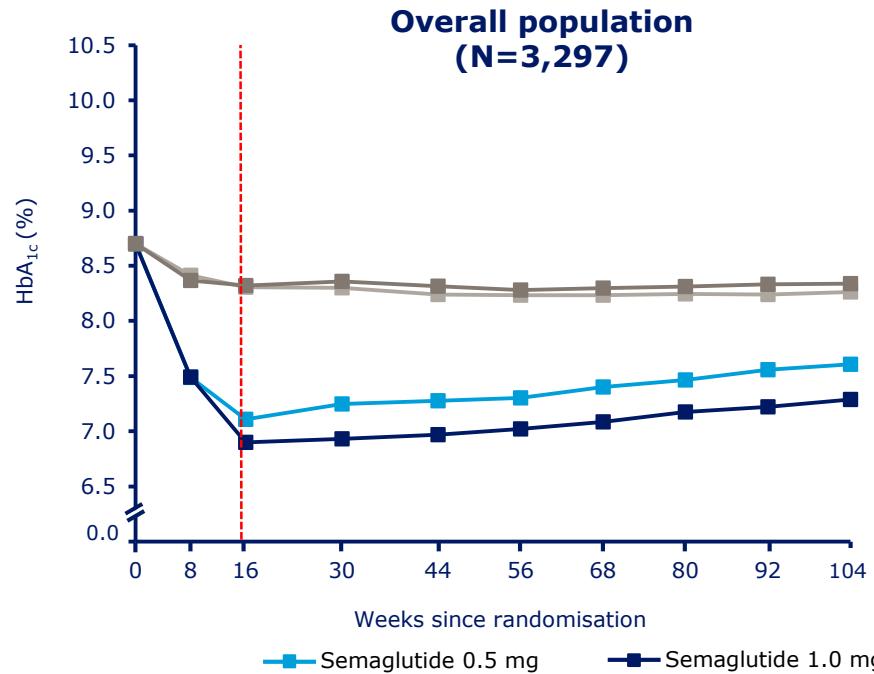
SUBJECTS WITH TYPE 1 DIABETES

Cumulative incidence of a sustained ≥ 3 -step change worsening on the ETDRS scale during ≥ 6 months



HbA_{1c} laskun yhteys retinopatiaan

SUSTAIN 6



Reductions in HbA_{1c} were greater in subjects with DRC vs the overall trial population

Observed in trial data. Group means (17% error bars). DRC, diabetic retinopathy complications.
Vilsbøll T et al. *Diabetes Obes Metab* 2018;20:889-97.

Semaglutidin haittavaikutukset

- Samat kuin muilla GLP-1RA
 - Alkuaiheen GI-haitat (etenkin pahoinvoitti)
 - Syketason nousu (2-4 lyöntiä/min)
 - Sappirakon sairaudet jkv. yleisempia
- Huomioitava silmänpohjatilanne, mikäli hoito aloitetaan pitkään huonossa hoitotasapainossa olevalle potilaalle
 - Tehokas, nopea verensokerin lasku voi ohimenevästi pahentaa retinopatiaa, mikäli preproliferatiivinen retinopatia (vrt. insuliinien valmisteyhteenvetojen varoitus)
- Pankreatiitit, pankreas ca /muut ca: ei eroa vs. vertailuhoidot

Käytännön ohjeet

- Aloitusfraasi GLP-1-agonisti naive potilaalle:
 - Aloitetaan Ozempic 0.25 mg kerran viikossa pistettynä. Lääke pistetään aina samana viikonpäivänä. Yhdessä kynässä on neljän viikon annos. Lääkkeen vaikutus tulee hitaasti viikkojen kuluessa. Jos lääkkeen aloituksen jälkeen ei tule pahoinvointia/tottuu lääkkeeseen 4 viikon käytön aikana, nostaa annokseen 0.5 mg kerran viikossa. Jos tulee pahoinvointia, jota on vielä 4 viikon käytön jälkeen, ostaa vielä toisen kynän kuukaudeksi annoksella 0.25 mg. Sama asia koskee 0.5 mg annosta. Jos ei tule pahoinvointia, annos nousee 4 viikon käytön jälkeen lopulliseen annokseen 1.0 mg keran viikossa. Mikäli 4 viikon käytön päättäeksi on vielä pahoinvointia, ostaa vielä toisen kynän kuukaudeksi annoksella 0.5 mg. Soittaa jos tulee hankalaa pahoinvointia. Ozempicin aloituksen yhteydessä kannattaa syödä hitaasti ja puolittaa annoskoko.

Resepti:

- Ozempic 0.25 mg no II. Pistos kerran viikossa. Tyypin 2 diabetes
- Ozempic 0.50 mg no II. Pistos kerran viikossa. Tyypin 2 diabetes
- Ozempic 1.0 mg. Vuoden annos (pysyvä lääkitys). Tyypin 2 diabetes

Apteekkitiedote 3/2019

Inkretiinimimeetteihin kuuluva semaglutidi (Ozempic) on tullut 1.1.2019 alkaen rajoitetusti peruskorvattavaksi korvausoikeudella 346.

Kelan saamien yhteydenottojen mukaan asiakkaat, joilla on ennestään inkretiinimimeettien erityiskorvausoikeus 285, mutta ei peruskorvausoikeutta 346, tiedustelevat apteekkeista neuvoa korvauksen saamiseksi semaglutidista. Kela voi myöntää näille asiakkaille korvausoikeuden 346 saatuaan tiedon, että asiakas siirtyy käyttämään semaglutidia.

Kun apteekkiin saapuu asiakas, jolla on erityiskorvausoikeus 285 ja lääkemääräys semaglutidivalmisteesta, apteekki voi joko

- soittaa apteekin tilityksiä käsittelevään Kelan toimistoon ja kertoa asiakkaan ja lääkemääräyksen tiedot, jolloin asiakkaan oikeus semaglutidin peruskorvaukseen voidaan yleensä varmistaa jo puhelun yhteydessä, tai
- toimittaa semaglutidivalmisten ilman korvausta ja ohjata asiakkaan hakemaan semaglutidiostosta korvausta Kelasta. Kela myöntää korvausoikeuden 346 näissä tapauksissa lääkkeen ostopäivästä lukien (kuitenkin aikaisintaan 1.1.2019 alkaen).

Asiakas, jolla on voimassa oleva korvausoikeus 285, voi semaglutidilääkemääräyksen saatuaan ottaa yhteyttä Kelaan myös itse saadakseen korvausoikeuden 346 jo ennen lääkkeen hankkimista.