**Behandeladviezen diabetes mellitus verschillende palliatieve stadia**

Stabiele fase en een prognose van langer dan een jaar

Streefwaarde: HbA1c < 65 mmol/l.  
Bloedglucosewaarden: 6-15 mmol/l.

Orale medicatie: overweeg preventieve medicatie te staken (denk ook aan preventieve medicatie voor cardiovasculaire aandoeningen, zoals statines).

Orale medicatie stoppen bij verdenking klinische klachten of klaring < 30 ml/min.

Insuline(pomp): aanpassen op geleide van voedingsintake en lichamelijke activiteit, bij behandeling met corticosteroïden.

Progressieve fase, prognose enkele maanden

Streefwaarde: HbA1c niet langer relevant.  
Bloedglucosewaarden: 6-15 mmol/l.

Orale medicatie stoppen bij verdenking klinische klachten of klaring < 30 ml/  
min.  
Indien zowel orale medicatie als insuline wordt gebruikt: staken orale medicatie.  
Na stoppen orale medicatie en twijfel over bloedglucosegerelateerde klachten:  
controle namiddagbloedglucose (tussen 15 en 17 uur). Indien bloedglucose > 15  
mmol/l: (her)start 30 mg gliclazide.

Insuline(pomp): aanpassen op geleide van voedingsintake en lichamelijke activiteit, bij behandeling met corticosteroïden.  
Overweeg bij alle insulinedoseringsschema’s deze over te zetten op een eenmaal daags lang werkend analoog (glargine/detemir) in de ochtend. Dosering bij aanvang maximaal 50-75% van de totale dagelijkse dosis insuline in oude schema. Bepaal daarna maximaal tweemaal per week de middagbloedglucosewaarde (tussen 15 en 17 uur).  
Indien bloedglucose < 8 mmol/l: 10-20% minder lang werkend analoog.  
Indien > 20 mmol/l: 10-20% meer langwerkend analoog.  
Bij reeds 2 maal daags insulineschema: overweeg over te zetten op 2 maal daags mixregime.

Gevorderde fase, prognose enkele weken

Streefwaarde: HbA1c niet langer relevant.  
Bloedglucosewaarden: 8-20 mmol/l.

Orale medicatie: metformine, DPP4-remmer en GLP-1-analoog stoppen. SU-derivaat: alleen kortwerkende preparaten (gliclazide/tolbutamide): stoppen of halveren.  
.Na stoppen orale medicatie en twijfel over bloedglucosegerelateerde klachten:  
controle namiddagbloedglucose (15 tot 17 uur). Indien bloedglucose > 15 mmol/  
l: (her)start 30 mg gliclazide.

Insuline(pomp): aanpassen op geleide van voedingsintake en lichamelijke activiteit, bij behandeling met corticosteroïden.  
Overweeg bij alle insulinedoseringsschema’s deze over te zetten op een een-  
maal daags lang werkend analoog (glargine/detemir) in de ochtend. Dosering  
bij aanvang maximaal 50-75% van de totale dagelijkse dosis insuline in oude  
schema. Bepaal daarna maximaal tweemaal per week de middagbloedglucose-  
waarde (15 tot 17 uur).  
Indien bloedglucose < 8 mmol/l: 10-20% minder lang werkend analoog.  
.Indien > 20 mmol/l: 10-20% meer langwerkend analoog.  
.Bij reeds 2 maal daags insulineschema: overweeg over te zetten op 2 maal daags  
mixregime.

Laatste fase (pre)terminal, prognose enkele dagen

Streefwaarde: HbA1c niet langer relevant.  
Bloedglucosewaarden: alleen bepalen bij  
twijfel over klinische klachten.

Bij bloedglucose > 20 mmol/l: 6 eenheden snelwerkend analoog insuline toe-  
dienen. 11  
Orale medicatie: alle orale medicatie staken.

Insuline: bij diabetes type 2 staken indiendagdosering niet hoger dan 40 eenheden.  
.Alle insulinedoseringsschema’s overzetten op eenmaal daags lang werkend  
analoog (glargine/detemir) in de ochtend. Dosering bij aanvang maximaal  
50-75% van de totale dagelijkse dosis insuline in oude schema.  
Indien bloedglucose < 8 mmol/l: 10-20% minder lang werkend analoog.  
Indien bloedglucose > 20 mmol/l; 10-20% meer lang werkend analoog.

\* In de terminale fase is het moeilijk onderscheid te maken tussen een hypo- en een  
hyperglykemie.  
\* Gedurende coma/sedatie: overweeg of de vermindering in bewustzijn niet het  
gevolg is van een hypoglykemie. Indien de bewustzijnsvermindering irreversibel blijkt,  
staak dan alle medicatie (dus ook de insuline).