

WEL OF NIET KOSTENBESPAREND

STELLING	ONDERBOUWING
Het intraveneus toedienen van paracetamol in plaats van oraal of als zetpil heeft geen voordelen en moet worden vermeden.	Bij orale versus intraveneuze toediening wordt door evenveel patiënten adequate pijnstilling ervaren; de kosten per 1000 mg bedragen 0,20 versus 2,17 euro. Bij intraveneuze toediening wordt (iets) sneller een hogere weefselconcentratie bereikt. Relatief weinig kostenbesparend.
Een X-BOZ bij patiënten met buikpijn op de SEH moet worden vermeden.*	In studieverband leidt gebruik van de X-BOZ in 50 versus 49% van gevallen tot correcte diagnose, en in 2% tot verandering van de diagnose. Wordt intern zeer weinig aangevraagd.
Opname van hemodynamisch stabiele patiënten met een verdenking/bewezen longembolie is niet noodzakelijk.	Ontslag met longembolie direct vanaf SEH is nog onvoldoende onderzocht dus nog niet verantwoord. Ontslag < 2 dagen bij goed geselecteerde patiënten is verantwoord. VESTA-studie volgt.
Bij de standaard combinatiebepaling KNUK kan het ureum vaak achterwege worden gelaten.	Ter bepaling van de nierfunctie heeft ureum geen toegevoegde waarde naast creatinine. Reeds geïmplementeerd
Het afnemen van een trombofiliepakket bij een patiënt met een eerste episode veneuze trombo-embolie (VTE) is niet zinvol.*	Trombofiliepakket bepalen is enkel zinvol bij (ouders van) vrouwen met zwangerschapswens, onbegrepen recidiverende VTE. Lokale afspraken; wordt afgenomen en ingevroren, niet standaard bepaald.
Een patiënt bij wie DVT is aangetoond middels – door de huisarts aangevraagde – echografie hoeft niet naar de tweede lijn te worden verwezen.	Er is geen evidence voor meerwaarde behandeling DVT in tweede lijn in plaats van eerste lijn. Lokale afspraken.
Prik op de afdeling nooit meer dan twee keer per week lab, alleen als daar een indicatie voor is.*	Minder lab leidt tot kostenbesparing, minder significant afwijkende uitslagen maar gelijk aantal heropnames, ic-opnames, opnameduur en mortaliteit.
Intraveneuze antibiotica moet bij gelijke dekking na 24 uur over worden overgezet naar orale toediening als een goede biologische beschikbaarheid wordt verwacht.*	Bij patiënten met een CAP is het is veilig om een antibioticawissel binnen 48 uur toe te passen en door verkorting van de opnameduur waarschijnlijk goedkoper.
Het plaatsen van een urineverblijfskatheter bij stabiele patiënten op de SEH die zelf nog kunnen plassen, moet worden vermeden.*	> 20% opgenomen patiënten krijgt een katheter; risico op bacteriurie 5% per katheterisatiedag; 10-20% katheter geassocieerde bacteriurie wordt urineweginfectie.
Het inzetten van een keelwat op virale verwekkers heeft zelden therapeutische consequenties.	Afname van een keelwat op virale verwekkers draagt bij aan een breder spectrum etiologische diagnoses (22 versus 43%) maar leidt niet tot minder antibioticagebruik of kortere opnameduur, de kosten bedragen 331 euro per test.

- kosteneffectief, implementatie in gang gezet
- kosteneffectief, geen implementatie of reeds geïmplementeerd
- onvoldoende kosteneffectief, geen implementatie

* punt uit de NIV-campagne 'Verstandig kiezen'

Hoe efficiënt zijn
alledaagse medische
handelingen?