Kwaliteitsnormen

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR UROLOGIE

Blaascarcinoom

Versie 7
September 2026

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR UROLOGIE

Achtergrond herziening 2026

De NVU heeft eind 2010 de eerste kwaliteitsnormen blaascarcinoom openbaar gemaakt en deze in 2012, 2014 en 2018 herzien.

In deze herziening Kwaliteitsnormen Blaascarcinoom, versie 7.0, zijn de nodige updates doorgevoerd.

Deze versie van de blaascarcinoom kwaliteitsnormen zal per 1 januari 2027 gaan gelden.

Blaascarcinoom

Randvoorwaarden Kwaliteit Urologische Oncologische Zorg

De Werkgroep Oncologische Urologie (WOU) stelt voor het blaascarcinoom onderstaande criteria op.

Diagnostiek en Behandeling

- Ten aanzien van de diagnostiek, behandeling en follow-up kan de uroloog de volgende richtlijnen raadplegen:
  - De Nederlandse richtlijn voor de behandeling van blaaskanker, geënt op de EAU richtlijn 2016 en met toevoeging van de module brachytherapie voor de Nederlandse situatie;[1]
  - De EAU Guidelines on bladder cancer[2]
- Indien de uroloog afwijkt van de meest recente beschikbare richtlijn:
  - Motiveert hij/zij dat naar de patiënt;
  - Noteert hij/ zij het afwijkende beleid en de bijbehorende motivatie in het dossier van de patiënt.
- Patiënten krijgen goede voorlichting voorafgaand aan de behandeling, zowel mondeling als schriftelijk (bijv. KWF folder, folder patiëntenvereniging, ander materiaal).
  - Bij deze voorlichting dienen ook de verschillende mogelijkheden voor urinedeviatie te worden besproken.
  - Mondelinge informatie wordt zowel door specialist als een gespecialiseerd verpleegkundige, bijvoorbeeld een stoma- of oncologieverpleegkundige, gegeven.
- Voorafgaand aan de behandeling vindt een gestructureerd multidisciplinair overleg (MDO) plaats, behalve als het een laaggradig niet spierinvasief blaascarcinoom betreft.
- Bij het wekelijkse MDO dienen in ieder geval de volgende specialisten vertegenwoordigd te zijn: uroloog, internist-oncoloog, radioloog, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie en eventueel andere verpleegkundigen.
  - Er dient de mogelijkheid te zijn tot consultatie van een expert van het referentiecentrum bij dit overleg.
  - De afspraken binnen dit overleg worden gedocumenteerd in het patiëntendossier. Een verslag hiervan wordt in principe binnen twee werkdagen naar de huisarts gestuurd.
- Er is tenminste één internist-oncoloog met belangstelling voor het blaascarcinoom en met ervaring met systemische therapie hiervoor. Een advies over het instellen van systemische therapie (neo-adjuvant, adjuvant of palliatief) of chemotherapie als radiosensitizer bij chemo-radiatie, wordt in overleg tussen uroloog en internist-oncoloog genomen in het MDO.
- Er is tenminste één radiotherapeut met belangstelling voor het blaascarcinoom en met ervaring met radiotherapie hiervoor. Het advies over radiotherapie, bij voorkeur in combinatie met radiosensitizerende chemotherapie, wordt in overleg met uroloog, radiotherapeut en internist-oncoloog genomen in het MDO.

  • De tijd die verstrijkt tussen het bespreken van de histologische diagnose en het uitvoeren van een definitieve behandeling dient niet langer te zijn dan 12 weken.[1] Hierbij is het streven om de definitieve behandeling zo snel mogelijk uit te voeren, tenzij neo-adjuvant chemotherapie wordt gegeven: dan vervalt het limiet voor de periode van de voorbehandeling.

[1] Blaascarcinoom – Brachytherapie, 2019 https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/blaascarcinoom_-_brachytherapie/startpagina_-_brachytherapie.html

[2] EAU Guidelines on bladder cancer, 2026 – Non-muscle-invasive.pdf, Muscle-invasive and metastatic.pdf

Ziekenhuis- c.q. specialistenvolume

Vanaf 1 januari 2018 is het minimaal aantal cystectomieën voor blaascarcinoom aangescherpt tot een minimum van 20 ingrepen per jaar per locatie en minimaal 10 ingrepen per individuele uroloog per jaar. Per 1 januari 2019 is dit gegeven aangepast naar een minimum van 20 ingrepen per jaar per locatie, uitgevoerd door hiervoor gekwalificeerde urologen. De reden voor deze aanpassing is een betere aansluiting bij de SONCOS-normen en het niet wetenschappelijk kunnen onderbouwen van het aantal van 10 ingrepen per persoon.

- Het aantal cystectomieën voor blaascarcinoom bedraagt minimaal 20 per jaar per locatie, uitgevoerd door gekwalificeerde urologen.

De BlaZIB-studie, die zich richtte op verschillende aspecten van de blaaskankerzorg, onderzocht o.a. de associatie tussen het ziekenhuisvolume en postoperatieve sterfte. Deze postoperatieve sterfte neemt pas af vanaf een jaarlijks volume van minimaal 30, terwijl de huidige richtlijnen een volumenorm aanhouden van 20. Omwille van deze data zal de volumenorm voor het totale aantal cystectomieën (zowel vanwege blaaskanker als vanwege een functionele/benigne indicatie, aangezien de ingreep hetzelfde is en het risico op complicaties voor alle indicaties vergelijkbaar is) gesteld worden op minimaal 30 van deze ingrepen per locatie per jaar, gemiddeld over drie jaar. Urologen en klinieken kunnen proactief voorbereidingen hiervoor treffen in hun regio.

- Het totale aantal cystectomieën (voor blaaskanker of om niet-oncologische redenen) bedraagt vanaf 1 januari 2027 minimaal 30 per locatie per jaar, gemiddeld over een periode van drie jaar, waarvan ten minste 20 worden verricht vanwege de diagnose blaaskanker.

Specialisatie van instituten en personen betrokken bij diagnostiek en behandeling

- De uroloog is de zorgcoördinator in de diagnosefase en schakelt de afdeling beeldvormende technieken (radiologie/ nucleaire geneeskunde) en laboratoria voor pathologie en klinische chemie in.
- Er is een gestructureerde indicatiestelling voor verwijzing naar internist-oncoloog of radiotherapeut aanwezig, dan wel overleg met een externe consulent voorhanden.
- Bovengenoemde afspraken worden samengevat in het Zorgpad Blaascarcinoom, dat in elk ziekenhuis onder auspiciën van een uroloog multidisciplinair is opgesteld.
- Voor eventuele per- of postoperatieve problemen is er in de instelling een afdeling interventie radiologie en intensive care aanwezig.
- De betrokken case manager is een zorg ondersteunende functionaris van het ziekenhuis, vaak een stoma- of oncologieverpleegkundige, die regelmatig bereikbaar is voor de patiënt ten tijde van het zorgproces en die op de hoogte is van het behandelplan.

Toetsingscriteria voor goede oncologische zorg

- De 30-dagenmortaliteit voor de radicale cystectomie dient, gemiddeld over een periode van drie jaar, onder de 5% te zitten.
- De gegevens uit de Transparantiekalender worden jaarlijks onder verantwoordelijkheid van het bestuur van de NVU geanalyseerd ten einde de zorginstellingen die onder het minimum aantal ingrepen uitkomen te identificeren en om navraag te doen naar welke aanpassingen in de organisatie van de zorg dit het jaar daarop leidt.
- De gegevens uit de Transparantiekalender worden jaarlijks onder verantwoordelijkheid van het bestuur van de NVU geanalyseerd teneinde de ziekenhuislocaties die een hogere 30-dagen mortaliteit dan 6%[3] laten zien te identificeren en om navraag te doen tot welke aanpassingen in de organisatie van de zorg dit het jaar daarop leidt.

[3] In de Transparantiekalender wordt nu nog de norm van 6% gehanteerd. Het is de bedoeling dat deze bij doorontwikkeling wordt verlaagd naar 5%, overeenkomstig de nieuwe NVU kwaliteitsnorm.