

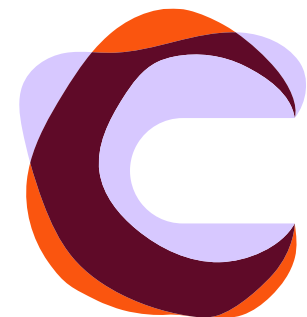
NEDERLANDSE KANKER AGENDA

ACTIEPLAN DIAGNOSTIEK

Doel - In 2032 wordt bij mensen met kanker een gepersonaliseerde diagnose snel(ler) gesteld met minimale belasting

DOOR: VERSNELLINGSTEAM DIAGNOSTIEK

VRAGEN? NEEM CONTACT OP: WARNYTA@NEDERLANDSKANKERCOLLECTIEF.NL



**Nederlands
Kanker
Collectief**

00.

Inhoudsopgave



Actieplan Diagnostiek

01.	Wat willen we veranderen?	3
02.	Activiteiten 2026	4
03.	Probleem en oorzaken	5
04.	Canvassen	6
05.	Uitwerking activiteiten	18
06.	Wie werken er mee?	24
07.	Achterliggende keuzes	25

01.

Wat willen we veranderen?

In 2032 wordt bij mensen met kanker een gepersonaliseerde diagnose snel(ler) gesteld met minimale belasting

We willen zo snel mogelijk de juiste diagnose stellen, zodat snel een passende behandeling gestart kan worden. Hierbij wordt rekening gehouden met de wensen, waarden en voorkeuren van mensen met kanker. Op dit moment zijn er verschillen in uitkomsten en doorlooptijden van diagnoseprocessen tussen ziekenhuizen. Data hierover zijn niet voor alle tumorsoorten bekend. Door inzet van technologie en innovaties kan het diagnosetraject efficiënter verlopen. Dit potentieel wordt nu onvoldoende benut.

De inzet van uitgebreide moleculaire diagnostiek heeft bewezen meerwaarde voor bepaalde patiëntengroepen, bijvoorbeeld voor Primaire Tumor Onbekend (PTO) en longkanker. Dit is niet voor alle andere patiëntgroepen bekend. Er zit verschil in de mate waarin diverse vormen van moleculaire diagnostiek per ziekenhuis worden aangeboden.

02.

WAT WE
GAAN DOEN
IN 2026

Activiteiten 2026

Activiteiten <i>Wat we gaan doen in 2026</i>	Subdoel <i>Waaraan dit bijdraagt</i>
Activiteit 1: Diagnostische patiëntenreis en markeringspunten Het diagnostisch proces kan worden ervaren als een black box. In deze patiëntenreis zoeken we naar fases en kritische momenten, om de mens met mogelijke verdenking van kanker daarin zo goed mogelijk te begeleiden.	Subdoel 3b: Gebrek aan informatie, gedeelde besluitvorming en aanspreekpunt
Activiteit 2: Afgestemde, integrale en gestroomlijnde diagnostiek Analyse naar de kansen om de verschillende onderdelen van diagnostiek beter op elkaar aan te laten sluiten, zodat deze afgestemd, integraal en gestroomlijnd plaats vinden.	Doel 1: Diagnostiek duurt lang
Activiteit 3: Samenbrengen initiatieven zelflerend zorgsysteem Analyse naar initiatieven en betrokken stakeholders die bijdragen aan het ontwikkelen van een zelflerend zorgsysteem om helder te krijgen waar witte vlekken zitten en waar versnelling kan worden gemaakt.	Subdoel 2b: Data en inzichten worden onvoldoende benut
Activiteit 4: Analyse naar doorlooptijden in diagnostiek Deskresearch en (eventueel) aanvullende data-analyse naar doorlooptijden per tumorgroep, fase en/of techniek om inzicht te krijgen in de bottlenecks en kansen tot versnelling.	Doel 1: Diagnostiek duurt lang
Activiteit 5: Analyse naar praktijkvariatie in diagnostiek Deskresearch en (eventueel) aanvullende data-analyse naar praktijkvariatie per tumorgroep, fase en/of techniek in afwijking van richtlijnen en innovaties om inzicht te krijgen in de omvang van het probleem en een oordeel te vormen wat gewenst en ongewenst is en waar verbeterkansen liggen.	Subdoel 2a: Ongelijkheid en inefficiëntie in diagnosetrajecten creëert verschillen in kwaliteit en toegankelijkheid van zorg

03.

Probleemboom

Oorzaken

Doel Diagnostiek

In 2032 wordt bij mensen met kanker een gepersonaliseerde diagnose snel(ler) en accurater gesteld met minimale belasting

Probleem

Mensen met (een vermoeden van) kanker ervaren dat het stellen van een juiste initiële diagnose lang duurt, het proces/zorgpad niet transparant is en niet goed is afgestemd op hun behoeften. De uitkomsten en snelheid van diagnostiek kunnen verschillen per behandelplek, zonder dat duidelijk is waarom. Daarnaast kan het diagnosetraject belastend zijn en voelen mensen zich onvoldoende betrokken bij beslissingen hierover.

1. **Diagnostiek duurt lang**
Mensen met kanker ervaren dat het lang duurt voordat ze weten waar ze aan toe zijn. De wachttijd en doorlooptijd variëren sterk per ziekenhuis en tumortype. Dit leidt tot onzekerheid en kan impact hebben op mogelijke behandelopties.
2. **Diagnostiek is niet consistent en niet transparant**
De uitkomsten van diagnostiek per ziekenhuis en tumortype zijn onvoldoende transparant. Het is niet duidelijk waar passende diagnostiek beschikbaar is.
3. **Diagnostiek is onvoldoende afgestemd op en met de persoon**
Mensen met kanker ervaren dat ze onvoldoende invloed hebben op hun diagnosetraject en dat de belasting niet altijd wordt meegewogen. Diagnostiek wordt nog te vaak uitgevoerd vanuit een medisch-technisch perspectief, met te weinig oog voor de individuele situatie en voorkeuren van de mens met kanker.

prioriteit

Sub-oorzaken

1a

Tekort aan capaciteit

- Er is niet altijd voor iedereen voldoende beschikbaarheid en/of efficiënte inzet van apparatuur, laboratoria, mankracht etc. voor een passend diagnosetraject
- Er zijn uitdagingen in de bekostiging van (geavanceerde) diagnostiek
- Er vindt nog onvoldoende maatschappelijke discussie plaats over de grenzen aan de zorg

1b

Beperkte toepassing van technologie en innovatie

- Bestaande technieken (AI in beeldvorming of lab en biomarkerontwikkeling), worden nog onvoldoende efficiënt ingezet
- Er vindt weinig onderzoek en praktischevaluatie plaats naar de toegevoegde waarde, benodigde bewijslast voor nieuwe diagnostiek vormen en plaatsbepaling (en ook de-escalatie) in de praktijk zoals:
 1. Nieuwe (minder-invasieve, zelftest) methodieken
 2. Nieuwe (predictieve) biomarkers of (AI-)toepassingen die tot mogelijke sub-classificatie en gepersonaliseerde behandelvoorstellen kunnen leiden
 3. De kansen van nieuwe gepersonaliseerde diagnostiek vormen worden onvoldoende benut
- Er is geen duidelijke (R&D & SWP) route en infrastructuur over hoe innovaties in diagnostiek beoordeeld, vergoed en breder beschikbaar worden
- Er is onvoldoende zicht op welke innovaties in de diagnostiek er op het zorgsysteem afkomen

2a

Ongelijkheid en inefficiëntie in diagnosetrajecten creëert verschillen in effectiviteit en toegankelijkheid van zorg

- Er ontbreekt centrale regie en perspectief op efficiëntie, doelmatigheid en duurzaamheid vanuit landelijk oogpunt op uniforme uitvoering
- Er is onduidelijkheid over de stappen doordat 'stepped-care diagnostiek' en 'first time right approach' niet in balans zijn
- Door gebrek aan patiëntstratificatie (biomarkers, decision support tools) is diagnostiek niet altijd passende zorg
- Zorgprofessionals worden onvoldoende bijgeschoold (bijvoorbeeld over nieuwe richtlijnen), en binnen de opleidingen is er nog te weinig aandacht voor nieuwe diagnostische methoden en toekomstbestendige zorg

2b

Data en inzichten worden onvoldoende benut

- Het zelflerend zorgsysteem (leer-, verbeter- & bijscholingscycli over kwaliteit, patiëntervaring en uitkomsten in bredere zin) komt onvoldoende van de grond
 1. Verslaglegging van het diagnosetraject is onvoldoende geprotocolleerd
 2. Data is niet altijd volledig, is onvoldoende beschikbaar en toegang van data is onvoldoende gebruiksvriendelijk
 3. Er is sprake van onvoldoende en onvolledige koppeling tussen gegevens die in verschillende databases en registers worden verzameld
 4. De voorspellende waarde van diagnostiek blijft te vaak ongedocumenteerd en onvoldoende onderzocht (zoals erfelijkheids- en pharmaco-genetische implicaties)
- Er is een gebrek aan (terug)koppeling van uitgevoerde behandelingen en uitkomsten aan inzet van diagnostiek in de praktijk. Dit leidt tot onvoldoende inzicht in de bewezen (kosten)effectiviteit van diagnostiek
- Er is gebrek aan bewustwording over EHDS bij relevante zorgpartijen (en andere relevante frameworks en regelgeving)

3a

Onvoldoende delen van informatie aan en over de mens met (het vermoeden van) kanker bij initiële diagnostiek

- Voorafgaand aan de inzet van diagnostiek (en verdenking van kanker) is onvoldoende helder wat de context, wensen, waarden en voorkeuren zijn van de mens met kanker over wat hij met een eventuele behandeling wil bereiken. Het is niet duidelijk wie de context in kaart brengt.
- Voorafgaand aan de inzet van diagnostiek wordt informatie onvoldoende gedeeld.

3b

Gebrek aan informatie en gedeelde besluitvorming en aanspreekpunt

- Er zijn onvoldoende passende hulpmiddelen beschikbaar en de gespreksvaardigheden en kennis van zorgprofessionals kunnen beter.
- (Aanvullende) diagnostiek wordt soms onnodig gedaan, omdat het goede gesprek vooraf niet is gevoerd (juiste intended use).
- Samen beslissen over wel/niet behandelen is lastig/niet mogelijk wanneer er nog geen volledige diagnose gesteld is. Het ontbreekt aan meerdere momenten in het diagnosetraject voor samen beslissen en het is onduidelijk wie hierover de regie neemt.

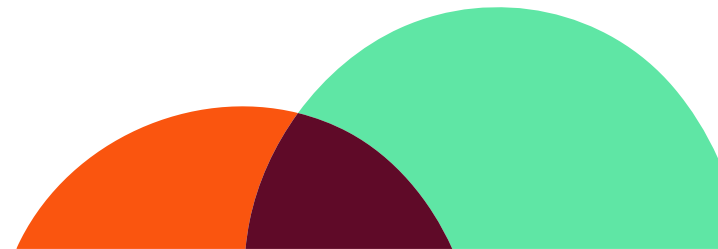
3c

Diagnostiek is fysiek en mentaal belastend

- Er is onvoldoende efficiënt gebruik van materiaal en preparaten waardoor afnames (onnodig) herhaald moeten worden
- Communicatie over wacht- en doorlooptijden vindt onvoldoende plaats

04.

**Oorzaak 1:
Diagnostiek duurt lang**



04. Canvas 1. Diagnostiek duurt lang

prioriteit

Probleem <i>Wat we willen veranderen</i>	Activiteiten <i>Wat we willen doen</i>	Output <i>Wat het directe resultaat is als gevolg van de activiteit</i>	Outcome <i>Wat het effect van het directe resultaat is op de doelgroep</i>	Impact <i>Welke impact we hebben</i>
Oorzaak 1 Diagnostiek duurt lang Sub-oorzaken Zoals in de probleemboom opgesteld A. Tekort aan capaciteit B. Beperkte toepassing van technologie en innovatie	1. Organisatie van zorg en ondersteuning 1. In Zorgdomein inzichtelijk maken wat de exacte doorlooptijden bij verschillende specialismen/ziekenhuizen tot diagnose zijn, zodat er gericht op capaciteit verwezen kan worden door huisartsen. 2. Transparant maken welke ziekenhuizen ‘VIP’/snel-diagnostiek trajecten uitvoeren voor welke zorgpaden en wanneer dit kritisch is of een welkome situatie. Analyseren in hoeverre snel-diagnostiek-trajecten helpend zijn en zo ja, uitvoerbaar zijn en voor welke zorgpaden 3. Versterken van afstemming en gestroomlijnde diagnostiek, waarbij betrokken zorgprofessionals weten waar in het diagnostisch proces de patiënt zich bevindt. 4. Stimuleren van samenwerking en het bij elkaar brengen van data tussen de verschillende laboratoria (pathologie, microbiologie, immunologie, klinische genetica, etc.) binnen een ziekenhuis en/of oncologienetwerk zodat alles voor de zorgverlener en patiënt of het MDO bij elkaar is. 5. Inzet van brede diagnostiek mogelijk maken in een zo vroeg mogelijke fase van de patient journey, waarbij je de analyse steeds beperkt tot de relevante klinische vraag van dat moment, maar je al wel materiaal/data hebt verzameld om mogelijk op een later moment te gebruiken. 6. Begrijpen waar het nut en de weerstand zit bij laboratoria om zaken niet te willen loslaten (reeds gedane investeringen, belangen, etc.), en dat meenemen in de toekomstprognose activiteit (zie eerste activiteit onder onderzoek, innovatie & implementatie op volgende dia) en gesprekken in de regio voeren rond mogelijke oplossingen. 7. Sturen op het vrijmaken van capaciteit voor prostaat-MRI en mamma-MRI.	1. De huisarts heeft inzicht in doorlooptijden van ziekenhuizen en kan hier bij verwijzing rekening mee houden. 2. Analyse naar de mogelijkheid, het nut en de beschikbaarheid van snel-diagnostiek. 3/4. Analyse naar kansen om diagnostische proces efficiënt te laten verlopen. 5. Het afnemen van materiaal en data gebeurt zo veel mogelijk in één keer. 6. Belemmeringen voor concentratie van diagnostiek zijn bekend. 7. Wachttijden voor prostaat- en mamma MRI nemen af.	- De mens met verdenking van kanker wordt gericht verwezen naar het best passende ziekenhuis met kortste doorlooptijd. - De mens met verdenking van kanker ervaart een gestroomlijnde doorloop van het diagnostisch proces. - De mens met verdenking van kanker ervaart dat afname van materiaal niet steeds wordt herhaald.	Subdoel 1 Impact op de oorzaak 'diagnostiek duurt lang'  Doel In 2032 wordt bij mensen met kanker een gepersonaliseerde diagnose snel(ler) gesteld met minimale belasting  Missie collectief De impact van kanker op de samenleving verminderen

04. Canvas 1. Diagnostiek duurt lang

prioriteit

Probleem <i>Wat we willen veranderen</i>	Activiteiten <i>Wat we willen doen</i>	Output <i>Wat het directe resultaat is als gevolg van de activiteit</i>	Outcome <i>Wat het effect van het directe resultaat is op de doelgroep</i>	Impact <i>Welke impact we hebben</i>
Oorzaak 1 Diagnostiek duurt lang Sub-oorzaken Zoals in de probleemboom opgesteld A. Tekort aan capaciteit B. Beperkte toepassing van technologie en innovatie	2. Onderzoek, innovatie & implementatie 1. Toekomstprognose van benodigde en voorziene diagnostiek opstellen voor de korte én middellange termijn: • Capaciteit (mankracht, apparatuur, laboratoria) • Op welke plek (ziekenhuis, oncologienetwerk, regio, landelijk) • Wat voor type (specialismen die nodig zijn, basis vs. aanvullende diagnostiek die nodig is) ➤ Hieruit volgend een business case voor diagnostiek maken met alle betrokken partijen in het Collectief. ➤ Kostenbesparende kant van de inzet van diagnostiek (over- en onderbehandeling en over- en onderdiagnostiek) in kaart brengen, zowel directe als indirecte besparingen hierin meenemen. • De impact van kankerdiagnostiek (positief en negatief) op de inzet van zorg voor andere ziektebeelden hierin meenemen ➤ Hieruit volgend een proces flow maken van het hele diagnostische traject benaderd vanuit een patient journey waar diagnostiek nog te vaak een black box is (in eerste instantie per tumordomein) om vervolgens afspraken te maken. ➤ Hieruit volgend veldpartijen zoals diagnostische laboratoria & VWS overtuigen om met de resultaten van de toekomstprognose aan de slag te gaan om zo tot concrete implementatie te komen. 2. Onderzoeken of centralisatie of regionalisatie een oplossing kan zijn voor het versnellen van diagnostische trajecten, en voor welke aspecten (deel van het labwerk kan alleen bij bepaalde laboratoria bijvoorbeeld, hoog- vs. lage volume testen). 3. Concentratie en efficiëntie van diagnostiek verbeteren door toewijzing van bestaande diagnostiek aan losse diagnostische hubs (1 á 2 plekken per oncologienetwerk). 4. Blauwdruk van een implementatieroute voor innovaties ontwikkelen door als pilot een nieuwe techniek uit te werken. ZIN en VWS hierbij betrekken (<i>linken aan een nationale agenda op diagnostiek zie activiteit hierover onder beleid</i>). 5. Kader opstellen voor passend bewijs voor innovaties waar je onvoldoende bewijslast voor kan verzamelen. 6. Onderzoek faciliteren naar doelmatigheid en effectiviteit van diagnostiek en follow-up zorg (bijv door hier prioriteit aan te geven bij subsidieverstrekkers).	1. Toekomstprognose voor diverse vormen van diagnostiek. 2/3. Analyse naar het effect van centralisatie of regionalisatie op de snelheid van diagnostiek. 4. Blauwdruk van een implementatieroute voor innovaties. 5. Kader passend bewijs voor nieuwe innovaties 6. Inzicht in doelmatigheid van diagnostiek.	• Capaciteit van diverse vormen van diagnostiek sluit aan op de vraag waardoor de mens met verdenking van kanker uitslagen zo snel beschikbaar zijn als technisch mogelijk.	Subdoel 1 Impact op de oorzaak diagnostiek duurt lang  Doel In 2032 wordt bij mensen met kanker een gepersonaliseerde diagnose snel(ler) gesteld met minimale belasting  Missie collectief De impact van kanker op de samenleving verminderen

04. Canvas 1. Diagnostiek duurt lang

prioriteit

Probleem <i>Wat we willen veranderen</i>	Activiteiten <i>Wat we willen doen</i>	Output <i>Wat het directe resultaat is als gevolg van de activiteit</i>	Outcome <i>Wat het effect van het directe resultaat is op de doelgroep</i>	Impact <i>Welke impact we hebben</i>
Oorzaak 1 Diagnostiek duurt te lang Sub-oorzaken Zoals in de probleemboom opgesteld A. Tekort aan capaciteit B. Beperkte toepassing van technologie en innovatie	3. Data infrastructuur 1. Missende infrastructuur en koppelingen van data inrichten t.b.v. datahergebruik voor retrospectieve analyses van diagnose, prognose, behandeling en monitoring. 2. Ondersteunen van het beschikbaar maken van platformagnostische bio-informatie. 3. Analyse van ervaringen en effecten met het afwijken op EHDS en IVDR in andere Europese landen (mogelijk België) en op basis daarvan een visie vormen voor Nederland. Achtergrond: Meer kennis en betere praktijk disseminatie over EHDS en IVDR zijn noodzakelijk, maar maken zaken ook lastig.	1. Infrastructuur en koppelingen voor datahergebruik is beschikbaar. 2. Platformagnostische bioinformatie is beschikbaar. 3. Visie op databeschikbaarheid 4. Wettelijke grond om data te delen.	• Alle beschikbare (elders verkregen) data kan efficiënt ingezet worden voor verbeteringen in het diagnostisch traject.	Subdoel 1 Impact op de oorzaak diagnostiek duurt lang  Doel In 2032 wordt bij mensen met kanker een gepersonaliseerde diagnose snel(ler) gesteld met minimale belasting  Missie collectief De impact van kanker op de samenleving verminderen

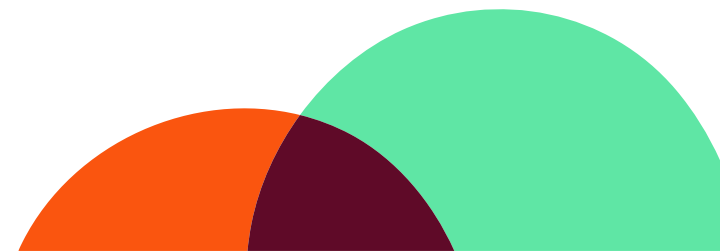
04. Canvas 1. Diagnostiek duurt lang

prioriteit

Probleem <i>Wat we willen veranderen</i>	Activiteiten <i>Wat we willen doen</i>	Output <i>Wat het directe resultaat is als gevolg van de activiteit</i>	Outcome <i>Wat het effect van het directe resultaat is op de doelgroep</i>	Impact <i>Welke impact we hebben</i>
Oorzaak 1 Diagnostiek duurt lang Sub-oorzaken Zoals in de probleemboom opgesteld A. Tekort aan capaciteit B. Beperkte toepassing van technologie en innovatie	4. Onderwijs 1. Meer aandacht voor histologische pathologie binnen de laborantenopleiding. 2. Meer aandacht voor diagnostiek in de opleiding van medisch specialisten. 3. Wetenschappelijke verenigingen diagnostici (NVVP, NvVR, etc) helpen bij de nascholing en kennisdeling voor medisch specialisten, o.a. in begrijpen diagnostische testuitslagen. 5. Informatievoorziening en communicatie 1. Capaciteitsinformatie beschikbaar maken, dit is belangrijk om de verschillen en knelpunten in kaart te kunnen brengen. 2. Voor patiënten inzichtelijk maken welk ziekenhuis welke mogelijke diagnostiek - die onderdeel van een patient journey kan zijn - biedt en wat mogelijke wachttijden hiervan kunnen zijn (keuze informatie). 3. Diagnostiekmodules van klinische richtlijnen moeten zo snel mogelijk periodiek ge-update worden zodra er meer evidence is over bestaande/nieuwe diagnostische technieken. 6. Beleid 1. Bevindingen van de toekomstprognose uitdragen (zie eerste activiteit onder onderzoek, innovatie & implementatie), incl. PR-strategie met key opinion leaders 'jonge honden', patiëntenperspectief en verder in de breedte om consensus in het veld te bereiken. 2. Lobby voor een nationale diagnostiek agenda met een landelijke gedragen visie op diagnostiek van de toekomst. 3. Lobbyen voor een Horizonscan voor diagnostiek bij ZIN (breder dan biomarkers), en adviseren hoe we dit dan inrichten: • Wat komt op ons af en welke capaciteit is daarvoor nodig? • Welke investeringen willen we dan met elkaar doen? • Dan beslissen of we dit centraal of regionaal moeten inrichten, en dat testen in een proeftuin/transformatieplan (zie vierde activiteit onder onderzoek, innovatie & implementatie)	4. Laboranten en medisch specialisten hebben goede kennis van diagnostiek. 5. Transparant welke diagnostiek waar wordt geleverd en wat de toegang is. 6. Diagnostiek aanbod is innovatief en beschikbaar.	De mens met verdenking van kanker ontvangt innovatieve en passende diagnostiek.	Subdoel 1 Impact op de oorzaak diagnostiek duurt lang  Doel In 2032 wordt bij mensen met kanker een gepersonaliseerde diagnose snel(ler) gesteld met minimale belasting  Missie collectief De impact van kanker op de samenleving verminderen

04.

**Oorzaak 2:
Diagnostiek is niet
consistent en
transparant**



04. Canvas 2. Diagnostiek is niet consistent en niet transparant

prioriteit

Probleem <i>Wat we willen veranderen</i>	Activiteiten <i>Wat we willen doen</i>	Output <i>Wat het directe resultaat is als gevolg van de activiteit</i>	Outcome <i>Wat het effect van het directe resultaat is op de doelgroep</i>	Impact <i>Welke impact we hebben</i>
Oorzaak 2 Diagnostiek is niet consistent en niet transparant Sub-oorzaken Zoals in de probleemboom opgesteld A. Ongelijkheid en inefficiëntie in diagnosetraject en creëert verschillen in kwaliteit en toegankelijkheid van zorg B. Data en inzichten worden onvoldoende benut	1. Organisatie van zorg en ondersteuning 1. Ontwikkelen van support voor oncologen om tijdig diagnostiek aan te vragen volgens de KNT-lijsten 2. Voorstel maken voor de organisatie en het oppakken van een regie-oordeel (<i>vanuit de toekomstprognosescan activiteit uit canvassen oorzaak 1</i>) 3. De cieBOD motiveren om bij nieuwe diagnostische biomarkers/technieken die eraan komen te bepalen voor welke indicaties er getest moet worden 4. Centrale MTB werkwijze bedenken en opzetten die terugkijkt wat er gebeurd is n.a.v. een diagnostiek-advies 5. Beslisboom ontwikkelen die het testprotocol inzichtelijk maakt vanuit het zelflerend zorgsysteem (<i>zie activiteit over het zelflerende zorgsysteem</i>) 2. Onderzoek, innovatie & implementatie 1. De implementatie van KNT-lijsten ondersteunen (o.a. door verwijzing in en naar de kwaliteitsstandaard “Organisatie van moleculaire pathologie diagnostiek in de oncologie” (NVVP) en andere klinische richtlijnen) 2. In kaart brengen wat al loopt rond stepped-care en first time right approaches aan diagnostiek 3. Analyse naar over- en onderbehandeling & diagnostiek en wat best practices zijn om dit tegen te gaan, zowel in Nederland als in andere landen waar we in Nederland van zouden kunnen leren 4. Onderzoeken of de inzet van AI leidt tot het beter begrijpen van de (pathologie)verslagen middels gestructureerde verslaglegging zodat oncologen dit beter kunnen interpreteren en kunnen uitleggen aan patiënten 5. Definitie vaststellen waar gepersonaliseerde diagnostiek begint en mogelijk ook eindigt.	1. Consequente uitvoering van moleculaire diagnostiek volgens de KNT-lijsten en klinische richtlijnen. 2.1 Opvolging van KNT-lijsten en klinische richtlijnen. 2.2 Overzicht stepped-care en first time right. 2.3 Overzicht best-practices over- en onder- diagnostiek en behandeling internationaal. 2.4 Analyse naar mogelijkheden, risico's, haalbaarheid en effecten van AI begeleide toelichting van verslagen. 2.5 Definitie gepersonaliseerde diagnostiek.	De mens met verdenking van kanker ontvangt passende diagnostiek.	Subdoel 2 Impact op de oorzaak diagnostiek is niet consistent en niet transparant  Doel In 2032 wordt bij mensen met kanker een gepersonaliseerde diagnose snel(ler) gesteld met minimale belasting  Missie collectief De impact van kanker op de samenleving verminderen

04. Canvas 2. Diagnostiek is niet consistent en niet transparant

prioriteit

Probleem <i>Wat we willen veranderen</i>	Activiteiten <i>Wat we willen doen</i>	Output <i>Wat het directe resultaat is als gevolg van de activiteit</i>	Outcome <i>Wat het effect van het directe resultaat is op de doelgroep</i>	Impact <i>Welke impact we hebben</i>
Oorzaak 2 Diagnostiek is niet consistent en niet transparant Sub-oorzaken Zoals in de probleemboom opgesteld A. Ongelijkheid en inefficiëntie in diagnosetraject en creëert verschillen in kwaliteit en toegankelijkheid van zorg B. Data en inzichten worden onvoldoende benut	3. Data infrastructuur 1. Zelflerend zorgsysteem voor diagnostiek inrichten (welke diagnostiek is ingezet, welke behandelkeuze kwam hieruit voort, wanneer werkt een behandeling niet (meer), wanneer overlijdt de patiënt) incl. klinische data. Dit leidt tot een bruikbare praktijkmonitor en draagt bij aan zorgevaluatie. Benodigde stappen hierin zijn: • Infrastructuur en uniforme verslaglegging klaar zetten om het zelflerend zorgsysteem in te kunnen richten, waarbij data aan het begin van de patient journey dus breed beschikbaar is • Analyse naar het bestaan en functioneren van lokale/regionale zelflerende zorgsystemen. Bestaande voorbeelden gebruiken ter inspiratie en analyse om daarvan leren in de opzet (bijvoorbeeld PMC met combinatie praktijk én wetenschap/innovatie) • Eerste casus uitwerken voor het zelflerend zorgsysteem: uniforme vastlegging parameters, aansluiting bij internationale standaarden • Onderdelen en relevante onderzoeksvragen zijn: • Wat is het probleem van het te lang duren van diagnostiek op basis van de data? • Kostenbesparing/efficiëntie van diagnostiek moet hierin worden meegenomen (over- & onderbehandeling en diagnostiek, concurrentie andere ziektebeelden) • Vastleggen waarom behandelaren/diagnosten ervoor kiezen om van een richtlijn of KNT-lijst af te wijken. En ook vastleggen wanneer richtlijnen niet altijd naar KNT-lijsten verwijzen. 1. Kansen verkennen rond voorlopige toelating van predictatieve biomarkers en op basis van RWD/E dit aanpassen (zowel in positieve als negatieve zin). 2. Naar andere Europese landen kijken voor uniforme verslaglegging waardoor AI-toepassing met grote dataset mogelijk wordt. 3. Zorgen dat alle activiteiten in het actieplan voldoen aan de eisen van de EHDS en dat je daarmee ook de zorgprofessional ontzorgt. 4. Health-RI helpen bij de vertaling van EDHS naar de Nederlandse wetgeving.	Zelflerend zorgsysteem waardoor inzicht ontstaat in passende diagnostiek voor effectieve behandelingen.	Mens met verdenking van kanker ontvangt passende diagnostiek en behandeling.	Subdoel 2 Impact op de oorzaak diagnostiek is niet consistent en niet transparant  Doel In 2032 wordt bij mensen met kanker een gepersonaliseerde diagnose snel(ler) gesteld met minimale belasting  Missie collectief De impact van kanker op de samenleving verminderen

04. Canvas 2. Diagnostiek is niet consistent en niet transparant

prioriteit

Probleem <i>Wat we willen veranderen</i>	Activiteiten <i>Wat we willen doen</i>	Output <i>Wat het directe resultaat is als gevolg van de activiteit</i>	Outcome <i>Wat het effect van het directe resultaat is op de doelgroep</i>	Impact <i>Welke impact we hebben</i>
Oorzaak 2 Diagnostiek is niet consistent en niet transparant Sub-oorzaken Zoals in de probleemboom opgesteld A. Ongelijkheid en inefficiëntie in diagnosetraject en creëert verschillen in kwaliteit en toegankelijkheid van zorg B. Data en inzichten worden onvoldoende benut	4. Onderwijs 1. Training ontwikkelen voor oncologen/behandelaars zodat ze diagnostiek volgens de KNT-lijsten en/of richtlijnen aanvragen. 2. Onderwijsbehoefte peilen en ontwikkelen a.d.h.v. uitkomsten zelflerend zorgsysteem (<i>zie activiteit over het zelflerende zorgsysteem</i>). 3. Diagnostiek voor patiëntenzorg inbedden als structureel onderdeel van het onderwijs voor de oncoloog en andere behandelaren (bestaand hoofdstuk uitbreiden). 4. Training voor oncologen/behandelaars ontwikkelen over de mogelijke inzet van AI bij het beter begrijpen van de (pathologie)verslagen middels gestructureerde verslaglegging zodat oncologen dit beter kunnen begrijpen en kunnen uitleggen aan patiënten. 5. De richtlijn informed consent meer bekend maken bij oncologen en andere behandelaren. 6. Leerervaringen in de klinische genetica ophalen rondom onderwijs en hiervan gebruik maken in programma's voor overige medisch specialisten. 7. Landelijk onderwijsprogramma diagnostiek ontwikkelen en goed inbedden en zorgen dat het aantrekkelijk is voor opleidingen om deze kennis aan te bieden. 8. Meer aandacht voor pathologie in de opleiding van laboranten. 9. Bewustwording onder zorgprofessionals van EHDS vergroten, omdat dit kansen geeft voor primair en secundair datagebruik. 5. Informatievoorziening en communicatie 1. Aanbod van diagnostiek per ziekenhuis inzichtelijk maken voor zorgverleners en patiënten. 2. Ervoor zorgen dat nieuwe (tumor specifieke en meer agnostische) richtlijn updates de KNT-lijsten benoemen zodat oncologen/behandelaars deze volgen. 3. Onconetwerken ondersteunen (door het delen van goede voorbeelden) bij het geven van workshops over het werken met nieuwe diagnostische middelen. 4. Beslisbomen voor zorgverleners en patiënten creëren gebaseerd op het zelflerend zorgsysteem (<i>zie activiteit over het zelflerende zorgsysteem</i>).	4. Zorgprofessionals betrokken bij diagnostiek zijn deskundig en hebben actuele kennis. 5.1 Inzichtelijk welke diagnostiek waar wordt geleverd. 5.2 KNT-lijsten krijgen aandacht in tumorspecifieke richtlijnen. 5.4 Beslisbomen zijn beschikbaar om te ondersteunen in passende diagnostiek.	Mens met verdenking van kanker ontvangt passende diagnostiek.	Subdoel 2 Impact op de oorzaak diagnostiek is niet consistent en niet transparant  Doel In 2032 wordt bij mensen met kanker een gepersonaliseerde diagnose snel(ler) gesteld met minimale belasting  Missie collectief De impact van kanker op de samenleving verminderen

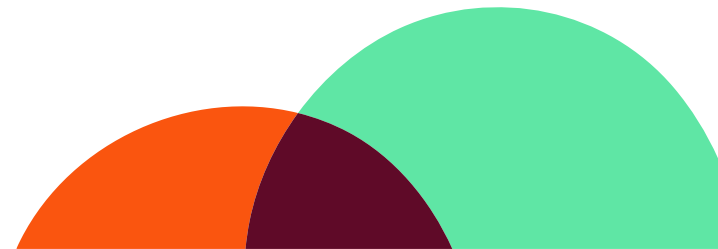
04. Canvas 2. Diagnostiek is niet consistent en niet transparant

prioriteit

Probleem <i>Wat we willen veranderen</i>	Activiteiten <i>Wat we willen doen</i>	Output <i>Wat het directe resultaat is als gevolg van de activiteit</i>	Outcome <i>Wat het effect van het directe resultaat is op de doelgroep</i>	Impact <i>Welke impact we hebben</i>
Oorzaak 2 Diagnostiek is niet consistent en niet transparant Sub-oorzaken Zoals in de probleemboom opgesteld A. Ongelijkheid en inefficiëntie in diagnosetraject en creëert verschillen in kwaliteit en toegankelijkheid van zorg B. Data en inzichten worden onvoldoende benut	6. Beleid 1. Sturen op een centrale regierol voor VWS, ZIN en later ook NVVP en andere wetenschappelijke verenigingen voor alle vormen van diagnostiek (cf- & ct-DNA, SBX (komen eraan en moet nog ingericht worden)) op grond van efficiëntie, kwaliteit, toegang en dergelijke. Hiervoor een gezamenlijke lobby inrichten, met als mogelijk startpunt long (wordt veel diagnostiek voor gedaan en loopt al). 2. Lobby voor financiering voor de opzet van, inrichten van en continueren van het zelflerend zorgsysteem. Deze lobby steunt op een duurzame businesscase en richt zich op partijen die dit kunnen financieren. 3. Onderzoeken welk wettelijk kader nodig is voor toevalsbevindingen bij brede diagnostiek.	Er zijn geen wettelijke, operationele en financiële knelpunten om de best passende diagnostiek te kunnen leveren.	Mens met verdenking van kanker ontvangt passende diagnostiek.	Subdoel 2 Impact op de oorzaak diagnostiek is niet consistent en niet transparant  Doel In 2032 wordt bij mensen met kanker een gepersonaliseerde diagnose snel(ler) gesteld met minimale belasting  Missie collectief De impact van kanker op de samenleving verminderen

04.

**Oorzaak 3:
Diagnostiek is
onvoldoende
afgestemd op en met
de persoon**



04.

Canvas 3. Diagnostiek is onvoldoende afgestemd op en met de persoon

prioriteit

Probleem <i>Wat we willen veranderen</i>	Activiteiten <i>Wat we willen doen</i>	Output <i>Wat het directe resultaat is als gevolg van de activiteit</i>	Outcome <i>Wat het effect van het directe resultaat is op de doelgroep</i>	Impact <i>Welke impact we hebben</i>
Oorzaak 3 Diagnostiek is onvoldoende afgestemd op en met de persoon Sub-oorzaken Zoals in de probleemboom opgesteld A. Onvoldoende delen van informatie aan en over de mens met (het vermoeden van) kanker B. Gebrek aan informatie en gedeelde besluitvorming en aanspreekpunt C. Diagnostiek is fysiek en mentaal belastend	1. Organisatie van zorg en ondersteuning 2. Per markeringspunt in de patiëntreis vaststellen, wie de regie voert, in welke context (setting) en waar de mens met verdenking van kanker behoefte aanheeft. 3. Inrichten dat al vroeg in het diagnostisch proces de wensen, voorkeuren en context van de persoon zijn vastgelegd en door wie. 4. Binnen zorgpaden en patiëntreizen vastleggen welke setting wordt gebruikt om vast te stellen welke professional de regie voert (per markeringspunt) (bijvoorbeeld in tumor board of MDO) (plus behoefte van mens met mogelijk kanker zelf daarin). Hierbij ook kijken hoe zorgpaden en patiëntreizen goed op elkaar aansluiten. 5. First time right benadering: voldoende en juiste materialen afnemen. 2. Onderzoek, innovatie & implementatie 1. Onderzoeksagenda opstellen gericht op persoonsgerichte diagnostiek. 2. Begrijpen waar de behoefte ligt bij patiënten in de diagnostische patiëntenreis, aansluitend op DJE SamenBeslissen (2025). 3. Effect monitoring van diagnostiek en behandeling waardoor een doorlopende feedbackloop en verbetercyclus ontstaat voor de patiënt van de toekomst. (zie activiteit over het zelflerende zorgsysteem). 4. Analyse naar de aandacht voor persoonsgerichte zorg in diagnostiek richtlijnen. Zowel in welke richtlijnen/documenten als welke aandacht hiervoor. 3. Data infrastructuur 1. Diagnostische uitslagen beter deelbaar maken tussen zorgverleners. 4. Onderwijs 1. Overzicht bieden van onderwijstools en instanties op gebied van gedeelde besluitvorming. 2. Observatietools inzetten om de gespreksvaardigheid te verhogen (kennis van gespreksvoering is aanwezig). 3. Informatiestructuur (mogelijk via nascholingen en vakliteratuur) ontwikkelen om specialisten up-to-date te houden op diagnostische testen. 5. Informatievoorziening en communicatie 1. Content ontwikkelen en aanbieden die helder maakt welke duidelijkheid de mens met verdenking van kanker per stap krijgt en hoe lang deze stap duurt. 2. Duidelijkheid over of er tijd is of haast om beslissingen te maken voor de mens met verdenking van kanker in een diagnostisch proces. 3. Informatie beschikbaar hebben over patients like me (zelflerende zorgsysteem). Beleid • ...	1. Organisatie van zorg en ondersteuning • Diagnostische patiëntenreis per subcategorie van tumorsoorten. • Pro-actieve zorgplanning vanaf vast stellen maligniteit. 2. Onderzoek, innovatie & implementatie • Onderzoeksagenda persoonsgericht zorg • Overzicht van de behoefte van de patiënt op het gebied van samen beslissen 4. Onderwijs • Er is een overzicht van onderwijstools en instanties op het gebied van gedeelde besluitvorming. 5. Informatievoorziening en communicatie * Patiënteninformatie of er noodzaak is tot snelheid en de processtappen.	• Voor mens met verdenking van kanker is duidelijker uit welke stappen het diagnostiek traject bestaat en welke stap bepalend is voor welke keuze en hoeveel tijd er is. • De stappen in het diagnostiek traject sluiten aan op de wensen en voorkeuren van de mens met verdenking van kanker.	Subdoel 3 Impact op de oorzaak, diagnostiek is onvoldoende afgestemd op en met de persoon  Doel In 2032 wordt bij mensen met kanker een gepersonaliseerde diagnose snel(ler) gesteld met minimale belasting  Missie collectief De impact van kanker op de samenleving verminderen

05.

Activiteitenkaarten

05.

SMART
SPECIFIEK
MEETBAAR
ACCEPTABEL
REALISTISCH
TIJDSGEBONDEN

Activiteit 1. Diagnostische patiëntenreis en markeringspunten

Draagt bij aan subdoel:3b. Gebrek aan informatie, gedeelde besluitvorming en aanspreekpunt

Wat gaan we doen?

- Inrichten van werkgroep. **Q4 – 2025**
- Indeling in hoofdgroepen van tumorsoorten. **Q4 – 2025**
- Analyse naar een aantal (regionale) zorgpaden per tumorgroep om (grofweg) inzicht te krijgen in fases en markeringspunten. Hierbij ook gebruikmaken van signalen die hierover binnenkomen bij KPO's en data uit bijvoorbeeld Doneer Je Ervaring. **Q1–2 2026**
- Onderzoeken welke initiatieven er lopen voor persoonlijke begeleiding in diagnostiek. **Q1–2 2026**
- Eerste bevindingen toetsen door het organiseren van een bijeenkomst met KPO's, diagnosten en behandelaren om feedback mee te kunnen nemen in de uitwerking van de patiëntenreizen. Hier ook afstemmen voor welke patiëntenreizen er de meeste urgentie en behoefte is. **Q2 – 2026**
- Patiëntenreizen uitwerken voor hoofdgroepen van tumorgroepen met de meeste urgentie en behoefte. **Q3–4 2026**
- Focusevent organiseren met betrokken diagnosten en behandelaren om draagvlak te creëren en te bepalen wie welke rol kan pakken in de ondersteuning in de praktijk en wat daarvoor nodig is. **Q4 – 2026**

De patiëntreis start bij het punt dat de mens zich meldt met klachten/verdenking van mogelijk kanker bij de huisarts.

Wie doet het?

- NFK
- Met ondersteuning van o.a. consortium gepersonaliseerde zorg

Wat is het beoogde resultaat?

- Uitgewerkte diagnostische patiëntenreizen voor x-aantal tumorgroepen, welke bruikbaar zijn als informatievoorziening in de praktijk.
- Helder op welk moment in de reis, door welke professional, welk gesprek of actie wordt genomen (blauwdruk voor regionale zorgpaden).

Welke andere initiatieven lopen er op dit onderwerp?

- Proactieve zorgplanning, ZiNL
- Zorgpaden en patiëntreizen in regio's en ziekenhuizen, als ook reeds ontwikkeld door sommige patiëntenorganisaties
- Richtlijn informeren bij brede tumor diagnostiek en activiteiten rond het doel 'erfelijke belasting' uit de NKA

Wie moeten we betrekken?

- Huisartsen (NHG)
- FMS
- Kanker.nl
- Verpleegkundig specialisten oncologie (VSO)

05.

SMART
SPECIFIEK
MEETBAAR
ACCEPTABEL
REALISTISCH
TIJDSGEBONDEN

Activiteit 2. Afgestemde, integrale en gestroomlijnde diagnostiek

Draagt bij aan doel 1: Diagnostiek duurt lang

Wat gaan we doen?

- Inrichten van werkgroep. **Q4 – 2025**
- Analyse naar (regionale) zorgpaden per tumorgroep en workflow per diagnosticus om (grofweg) inzicht te krijgen in fases en overgangen tussen zorgprofessionals. De werkgroep maakt een keuze over met welke tumorgroep te starten op basis van urgentie, impact, aandacht, behoefte en bereidwilligheid om zo ook toekomstige praktijkimplementatie beter te borgen. **Q1 – 2026**
- Onderzoeken welke initiatieven er al lopen om tot overstijgende interventies in de afstemming van diagnostiek te komen. **Q1 – 2026**
- Focus event organiseren met zorgprofessionals betrokken bij diagnostiek **Q2 – 2026**:
 - Ophalen van knelpunten in de overgangen tussen zorgprofessionals in het diagnostisch proces.
 - Ophalen van de behoefte van zorgprofessionals om te komen tot afgestemde, integrale en gestroomlijnde diagnostiek.
 - Prioriteren van knelpunten en behoeftes.
- Programma van eisen en haalbaarheidsstudie uitvoeren van een mogelijke interventie ('track & change applicatie'). **Q3–4 2026**

Wie doet het?

NVVP in afstemming met VT

Wat is het beoogde resultaat?

Helder wat zorgprofessionals van elkaar kunnen verwachten en waar zij overlappen en elkaar opvolgen, meer dan het huidige MDO, om zo tot passende zorg te blijven komen.

Welke andere initiatieven lopen er op dit onderwerp?

Zorgpaden en patiëntreizen in regio's en ziekenhuizen

Wie moeten we betrekken?

- Huisartsen (NHG)
- FMS
- NVVP/NVvR/NVMO/KMBP/V&VN
- Netwerk Diagnostiek (FMS)
- Koepels van ziekenhuisorganisaties (NVZ, NFU, STZ)

05.

SMART
SPECIFIEK
MEETBAAR
ACCEPTABEL
REALISTISCH
TIJDSGEBONDEN

Activiteit 3. Samenbrengen initiatieven zelflerend zorgsysteem

Draagt bij aan subdoel 2b: Data en inzichten worden onvoldoende benut

Wat gaan we doen?

Gehanteerde definitie: Een zelflerend zorgsysteem bestaat uit vier onderling verbonden elementen. De elementen 'klinische praktijk', 'data' en 'kennis' vormen een cyclisch proces dat de basis legt van kort-cyclische evaluatie en continue verbetering in de zorg, het vierde element 'standaarden' verbindt de andere drie.

- Inrichten van werkgroep. **Q4 – 2025**
- De werkgroep stelt vast aan welke urgente doelen/vragen het zelflerend zorgsysteem moet bijdragen. Dit geeft ook richting aan welke onderdelen relevant zijn binnen de scope diagnostiek oncologie (o.a. histopathologie, labwaarden, beeldvormende diagnostiek, moleculaire diagnostiek). De werkgroep zal haar bevindingen toetsen bij diagnosten, behandelaren, KPO's en dataspecialisten alvorens gestart wordt met de analyse. **Q1 – 2026**
- In beeld brengen van relevante initiatieven die werken aan een (onderdeel van een) zelflerend zorgsysteem: **Q2–3 2026**
 - Welke stakeholders zijn hierbij betrokken?
 - Hoe hangen de initiatieven met elkaar samen en versterken ze elkaar?
- In beeld brengen van de onderdelen voor een platform onco diagnostiek **Q2–3 2026**
 - Welke diagnostische data worden waar verzameld?
 - Aan welke gegevensstandaarden voldoen ze?
 - Welk data infrastructuur wordt er gebruikt?
 - Hoe wordt de data ingezet voor besluitvorming?
 - Waarom zijn de al bestaande systemen opgetuigd?
- Waar liggen kansen om te verbinden en versterken? **Q2–3 2026**
 - Conferentie gemeenschappelijk doel en voorwaarden
 - Welke governance structuren bestaan er al voor zelflerende systemen bij diagnostiek (hoe bepalen we welke inzichten gewenst zijn, wie verantwoordelijk is, hoe blijft het systeem up-to-date, etc.), en hoe kan het NKC de doorontwikkeling van een robuuste governance structuur ondersteunen?

Wie doet het?

- Health-RI
- IKNL

Wat is het beoogde resultaat?

- Langer termijn doel: versterken van bestaande initiatieven zodat gewenste inzichten over diagnostiek kunnen worden verkregen die het diagnostisch traject kunnen optimaliseren, in eerste instantie gefocust op initiële diagnostiek.

Welke andere initiatieven lopen er op dit onderwerp?

- Monitor MDx ZINL & IKNL
- data systeem MTB's
- uitkomsten behandeling NKR (IKNL) & Dica
- Data beschikbaar binnen Palga
- KG: LUMC/UMCG/ErasmusMC/UMCU
- Rewired
- Cumuluz
- Kaiko
- IQVIA
- Onconext (doorstart)
- Praktijkmonitor project
- projecten in het kader van de KWF call 'Moleculaire protocollen'
- bestaande cohort studies
- ACTIN
- Hartwig Medical Foundation

Wie moeten we betrekken?

- NFU, Palga, Hartwig, UMC Utrecht, Medscio
 - Beroepsverenigingen: NVVP/KMBP, NVMO, NVVR, klinisch chemici
 - NFK, IKNL, VWS, HealthRI, ZINL, ZEGG, CieBag
 - GenomeScan, DICA, DHD
 - EPD leveranciers
- Mogelijke uitvoerders: Mediscio, Performance
Kaiko en AVL: <https://www.avl.nl/over-het-antoni-van-leeuwenhoek/digital-oncology/>, en Quantify, <https://quantifyresearch.com/data-explorer/>

05.

SMART
SPECIFIEK
MEETBAAR
ACCEPTABEL
REALISTISCH
TIJDSGEBONDEN

Activiteit 4. Analyse naar doorlooptijden in diagnostiek

Draagt bij aan doel 1: Diagnostiek duurt lang

Wat gaan we doen?

- Inrichten van werkgroep. **Q4 – 2025**
- Deskresearch naar bestaande onderzoeken over doorlooptijden in diagnostiek. Dit inrichten per tumorgroep, fase en/of techniek op basis waar de urgentie en meerwaarde het grootst is. **Q1–2 2026**
- Interviewreeks onder KPO's en het uitzetten van vragen naar patiënten over waar vertraging in diagnostiek wordt ervaren. **Q1–2 2026**
- Organiseren van een bijeenkomst met diagnosten, behandelaren en KPO's om opgehaalde informatie te toetsen en te bespreken hoe praktijkimplementatie van de bevindingen er mogelijk kan uitzien. **Q3 – 2026**
- (Indien nodig) aanvullend onderzoek/data-analyse. **Q3 – 2026**
- Advies opstellen voor verbeterkansen naar het versnellen van diagnostiek zonder kwaliteitsverlies. Hier wordt ook gekeken naar hoe deze inzichten in klinische richtlijnen kunnen worden meegenomen. **Q4 – 2026**
- Onderzoeken via welke routes het advies het beste ontsloten kan worden naar de klinische praktijk en hiertoe stappen ondernemen. **Q4 – 2026**

Wie doet het?

- IKNL

Wat is het beoogde resultaat?

- Duidelijkheid voor welke tumorgroepen diagnostiek lang(er) duurt.
- Duidelijkheid welke fase of type van technieken veel tijd kosten en waar kansen zitten tot versnelling.
- Kansen tot verbeteren van de doorlooptijden in diagnostiek worden ook doorvertaald naar klinische richtlijnen.

Welke andere initiatieven lopen er op dit onderwerp?

- Dickens onderzoek (UMCU)
- Richtlijnen/treeknormen
- SONCOS richtlijnen
- ACCELERATE consortium bij zeldzame kankers

Wie moeten we betrekken?

- Palga
- SONCOS

05.

SMART
SPECIFIEK
MEETBAAR
ACCEPTABEL
REALISTISCH
TIJDSGEBONDEN

Activiteit 5. Analyse naar praktijkvariatie in diagnostiek

Draagt bij aan subdoel 2a: Ongelijkheid en inefficiëntie in diagnosetrajecten creëert verschillen in kwaliteit en toegankelijkheid van zorg

Wat gaan we doen?

- Inrichten van werkgroep. **Q4 – 2025**
- Deskresearch naar bestaande onderzoeken over praktijkvariatie in diagnostiek met daarin onderscheid naar diagnostiek conform richtlijnen en daarbuiten. Variatie kan hierin zowel wenselijk als onwenselijk zijn, we richten ons op beide. Dit inrichten per tumorgroep, fase en/of techniek op basis waar de urgentie en meerwaarde het grootst is. **Q1 – 2026**
- Organiseren van een bijeenkomst met diagnosten en behandelaren om opgehaalde informatie te toetsen en te bespreken hoe praktijkimplementatie van de bevindingen, bijvoorbeeld via aanpassing van klinische richtlijnen, er mogelijk kan uitzien. **Q2 – 2026**
- (Indien nodig) aanvullend onderzoek/data-analyse. **Q3 – 2026**
- Beschouwing welke variatie acceptabel is en advies opstellen voor verbeterkansen. **Q4 – 2026**
- Onderzoeken via welke routes het advies het beste ontsloten kan worden naar de klinische praktijk en hiertoe stappen ondernemen. **Q4 – 2026**

Wie doet het?

- IKNL

Wat is het beoogde resultaat?

- Duidelijkheid voor welke tumorgroepen er veel variatie zit in diagnostiek binnen de richtlijnen en daarbuiten.
- Duidelijkheid in welke fase of type van technieken veel variatie zit.

Welke andere initiatieven lopen er op dit onderwerp?

Wie moeten we betrekken?

- Palga
- SONCOS
- Vektis

06.

VERSNELLINGS- TEAM

Wie werken er mee?

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| • Silvia van de Flier | CieBAG/ VGZ |
| • Simone Koole | CieBAG/ Zilveren Kruis |
| • Sahar van Waalwijk | CieBAG/ CZ |
| • Hilde Nienhuis | Hartwig/ UMCU |
| • Lifang Liu | Health-RI |
| • Femke Jacobs | IKNL |
| • Carla Pieterman | KWF |
| • Marion Scharpfenecker | KWF |
| • Carin Louis | NFK |
| • Ilse Diederén | NVVP/ LabPON |
| • Léon van Kempen | NVVP KMEP/ MUMC |
| • Tilja van den Berg | Nederlands Kanker Collectief |
| • Warnyta Minnaard | Nederlands Kanker Collectief |

07.

Achterliggende keuzes

Het versnellingsteam heeft allereerst het probleem bij het doel in kaart gebracht. Vervolgens zijn oorzaken daarvan benoemd. Zie hiervoor de probleemboom (*pagina 6*).

Het versnellingsteam heeft gekozen om in 2026 met de volgende oorzaken aan de slag te gaan:

1. Diagnostiek duurt lang
2. Ongelijkheid en inefficiëntie in diagnosetrajecten creëert verschillen in kwaliteit en toegankelijkheid van zorg
3. Data en inzichten worden onvoldoende benut
4. Gebrek aan informatie, gedeelde besluitvorming en aanspreekpunt

Per oorzaak is een canvas met activiteiten gemaakt, die nodig zijn om het probleem op te lossen. Ook is de *output*, *outcome* en *impact* van de activiteiten beschreven.

Met paars gemarkeerde activiteiten zijn geprioriteerd om in 2026 mee te starten.



HOE WE
TOT KEUZES
KOMEN



Nederlands Kanker Collectief