

**Van:** 10.2.e  
**Aan:** 10.2.e "Moedervlekkenkliniek"  
**Onderwerp:** RE: afspraak m.b.t concept aanvraag en toepassing wet WBO  
**Datum:** donderdag 8 september 2016 10:51:47  
**Bijlagen:** [image001.png](#)

---

Beste 10.2.e,

Prima. Succes met de voorbereiding! En pas op voor de zon het komende weekend. ☺

Met vriendelijke groet,

10.2.e

senior beleidsmedewerker screeningen en bevolkingsonderzoek  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport || Directie Publieke Gezondheidszorg  
Parnassusplein 5 || postbus 20350 || 2500 EJ Den Haag  
10.2.e || 10.2.e || [Linkedin](#)  
werkdagen: maandag, dinsdag en donderdag

---

**Van:** 10.2.e @moedervlekkenkliniek.nl]  
**Verzonden:** donderdag 8 september 2016 9:34  
**Aan:** 10.2.e )  
**Onderwerp:** RE: afspraak m.b.t concept aanvraag en toepassing wet WBO

Geachte 10.2.e,

Nogmaals hartelijk dank voor het prettige gesprek wat ik met u (je) heb gehad aangaande het de vergunningaanvraag voor de Moedervlekken kliniek.  
Door wat hectiek met andere werkzaamheden heb ik de aanvraag nog niet aangeleverd, dit zal in het begin van aankomende week gebeuren.

Alvast hartelijk dank voor het meekijken bij de aanvraag.

Een fijn zonnig weekend, gewenst!

Hartelijke groet,

10.2.e

10.2.e | **Moedervlekken Kliniek™**

Office: +31(0)20 354 17 87 | Mobile: 10.2.e



**Verzonden:** dinsdag 2 augustus 2016 14:15  
**Aan:** \_Dienstpostbus Secretariaat PG  
**Onderwerp:** afspraak m.b.t concept aanvraag en toepassing wet WBO

Geachte heer, mevrouw,

Wij zijn in de startfase van het opzetten van een kliniek welke primair moedervlekken screent op abnormaliteiten.

In de deze medische kliniek is het mogelijk om vrij toegankelijk, een van top tot teen moedervlekken screening te ondergaan o.l.v. een BIG geregistreeerde specialist.  
(opening maart 2017)

N.a.v. het bestuderen van de aanvraag formulieren en het standpunt health checks van minister Schippers welke moet leiden tot meer ruimte voor nieuw aanbod op het terrein van preventief (zelf)onderzoek, zou ik graag een afspraak plannen met mevrouw <sup>10.2.e</sup> (en of afgevaardigde van het ministerie VWS).

Graag bespreek ik de voorwaarde en eventuele toepassingen geldend voor deze concept aanvraag m.b.t de wet WBO.

Hoor graag van u de mogelijke data.

Met hartelijke groet,

10.2.e

Mob. 10.2.e

Office. 020-3541787

---

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De Staat aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The State accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

# MoederVlekkenKliniek™

*Vergunningaanvraag wet WBO*

**[www.moedervlekkenkliniek.nl](http://www.moedervlekkenkliniek.nl)**

10.2.e

+31 10.2.e

@moedervlekkenkliniek.nl

27	<b>Inhoudsopgave</b>	
28		
29	Voorwoord .....	1
30	Inhoudsopgave .....	2
31	Begrippenlijst .....	3
32	<b>1. Epidemiologie van huidkanker</b> .....	4
33	1.1 Inleiding .....	4
34	1.2 Situatie in Nederland .....	5
35	1.3 Basaalcelcarcinoom .....	6
36	1.4 Plaveiselcelcarcinoom .....	7
37	1.5 Melanoom .....	8
38	1.6 Conclusie .....	9
39	<b>2. Waarom de MoederVlekkenKliniek™</b> .....	10
40	2.1 Samengevat .....	12
41	<b>3. Voor wie is de MoederVlekkenKliniek™</b> .....	13
42	<b>4. Services en bekwaamheid</b> .....	15
43	<b>5. Producten</b> .....	17
44	<b>6. Apparatuur</b> .....	19
45	<b>7. Over de initiatiefnemer</b> .....	22
46	<b>8. Literatuurlijst</b> .....	23
47	<b>9. Contactinformatie en bedrijfsgegevens</b> .....	25
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		

## 79 1. Epidemiologie van huidkanker

### 80 1.1 Inleiding

#### 81 Algemeen

82 De huid beschermt ons onder andere tegen exogene schadelijke invloeden zoals micro-organismen,  
83 mechanisch trauma maar ook tegen oncogene factoren. Ultraviolette straling (Uv-straling), zowel  
84 natuurlijk als kunstmatig (bijvoorbeeld de zonnebank), is de meest beruchte oncogene factor en wordt  
85 als een onmisbaar onderdeel in de etiologie gezien.<sup>1</sup> Door de complexe cellulaire samenstelling van de  
86 huid bestaat er een diversiteit aan benigne en maligne tumoren. De drie meest voorkomende maligne  
87 huidtumoren zijn het basaalcelcarcinoom (BCC), plaveiselcelcarcinoom (PCC) en melanoom.<sup>2</sup>

88 Het BCC en in mindere mate het PCC zijn de meest voorkomende kankersoorten bij de blanke mens.  
89 Deze tumoren metastaseren relatief zelden, wat leidt tot een lage mortaliteit.<sup>3</sup> Kankerregistraties die  
90 huidkanker registreren, leggen vaak alleen de eerste histologische bevestigde tumor per patiënt vast.  
91 Van de drie huidtumoren wordt het BCC het minst geregistreerd. Navraag hiernaar leert dat registratie  
92 voornamelijk achterwege wordt gelaten vanwege de lage mortaliteit, het frequent voorkomen (onder  
93 andere regelmatig meerdere keren bij dezelfde patiënt), de hiermee gepaard gaande moeilijkheden bij  
94 het coderen en de kosten die hiermee gemoeid zijn. Hierdoor is het moeilijk om na te gaan hoe vaak  
95 BCC's voorkomen. Schattingen met betrekking tot de morbiditeit en zorgkosten veroorzaakt door BCC  
96 is lastig. Het melanoom is, in tegenstelling tot het BCC en PCC, een tumor met een lage incidentie die  
97 snel metastaseert en gepaard gaat met hoge mortaliteit. Hierdoor wordt deze tumor vaker geregistreerd  
98 in kankerregistraties. In Nederland registreert het Integraal Kankercentrum Zuid (IKZ, regio Zuid-  
99 Nederland) het eerste histologisch bevestigde BCC per patiënt. Histologisch bevestigde PCC's en  
100 melanomen worden landelijk geregistreerd door het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL).

101 Mondiaal gezien komen BCC, PCC en melanoom steeds frequenter voor.<sup>4-5</sup> Deze toename wordt  
102 grotendeels verklaard door een reële toename in de kans op het ontwikkelen van huidkanker  
103 (bijvoorbeeld vergrijzing en leefstijlveranderingen die gepaard gaan met een toenemende mate van  
104 UV-blootstelling). De hoge incidentie en prevalentie van een eerste primaire huidtumor en het  
105 verhoogde risico op het krijgen van meerdere huidtumoren laten zien dat huidkanker een belangrijk  
106 volksgezondheidsprobleem is dat gepaard gaat met een aanzienlijke druk op het gezondheidssysteem.  
107 Huidkanker, in het bijzonder het melanoom, draagt daarnaast bij aan een significant verlies van het  
108 aantal potentiële levensjaren.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Armstrong BK, Kricger A, The epidemiology of UV induced skin cancer. J Photochem Photobiol B 2001;63(1-3):8-18.

<sup>2</sup> Holterhues C, et al. Incidence and trends of cutaneous malignancies in the Netherlands, 1989-2005. J Invest Dermatol 2010;130(7): 1807-12.

<sup>3</sup> Madan V, Lear JT, Szeimies RM, Non-melanoma skin cancer. Lancet 2010;375(9715):673-85.

<sup>4</sup> Lomas A, Leonardi-Bee J, Bath-Hextall F, A systematic review of worldwide incidence of non-melanoma skin cancer. Br J Dermatol 2012;166(5):1069-80

<sup>5</sup> Curado MP, et al. Cancer Incidence in Five Continents, Vol IX. IARC Scientific Publications, 2007.

<sup>6</sup> Guy GP, Ekwueme DU. Years of potential life lost and indirect costs of melanoma and non-melanoma skin cancer: a systematic review of the literature. Pharmacoeconomics 2011;29(10):836-74

## 124 1.3 Basaalcelcarcinoom

### 125 *Algemeen*

126 Het BCC is de meest voorkomende huidtumor en maligniteit bij de blanke mens. Bij het Aziatische en  
127 negroïde ras komt deze huidkanker relatief zelden voor.<sup>8</sup> Het klinisch beeld kan zeer wisselend zijn. In  
128 de meeste gevallen gaat het om een min of meer papuleuze afwijking, gekenmerkt door een glanzend  
129 parelmoerachtig randje, met daarbij nogal eens teleangiëctasieën. Zoals eerder genoemd  
130 metastaseren BCC's zelden en is de mortaliteit laag, maar de functionele en cosmetische morbiditeit is  
131 aanzienlijk en dient niet te worden onderschat.<sup>9</sup> Dit komt omdat een groot percentage van deze tumoren  
132 in het hoofdhalso gebied ontstaat en de meest gangbare therapie (excisie, conventioneel dan wel door  
133 middel van Mohs micrografische chirurgie) voor mutilerende littekens en functieverlies kan zorgen.<sup>10</sup>

### 134 1.3.1 Situatie in Nederland

#### 135 *Eerste primaire BCC*

136 In 2010 werden er in totaal 32.984 BCC's vastgesteld, waarvan 15.976 bij mannen en 17.008 bij  
137 vrouwen. Ongeveer één op de zes Nederlanders krijgt in zijn of haar leven een BCC (Tabel 1). In de  
138 afgelopen 40 jaar zijn de voor leeftijdsopbouw gestandaardiseerde incidentiecijfers (omgerekend naar  
139 de Europese gestandaardiseerde ratio, *European standardized rate* (ESR)) verviervoudigd van 40 naar  
140 162 per 100.000 mannen en van 34 naar 156 bij vrouwen in Nederland. Werd er eerder een stijging  
141 gezien van gemiddeld 5% per jaar, laten recente studies data zien dat sinds 2002 het aantal patiënten  
142 met een eerste BCC toeneemt met bijna 8% per jaar.<sup>11</sup> De verwachting is dat de incidentie in 2020 stijgt  
143 naar 234 per 100.000 persoonsjaren voor mannen en naar 226 per 100.000 persoonsjaren voor  
144 vrouwen, maar waarschijnlijk zal dit nog hoger uitpakken aangezien eerdere voorspellingen  
145 onderschattingen bleken van de ware incidentie.<sup>12</sup> Dit impliceert dat in de toekomst één op de drie  
146 Nederlanders een BCC krijgt tijdens hun leven.

#### 147 *Multipele primaire BCC's*

148 Patiënten met een eerste primaire BCC hebben een verhoogd risico op het krijgen van een volgende  
149 primaire BCC, maar ook op een PCC en melanoom. Uit twee Nederlandse studies blijkt dat het  
150 vijfjaarsrisico op een tweede BCC rond de 30% ligt.<sup>13-14</sup>

151

---

<sup>8</sup> Gloster HM Jr., Neal K. Skin cancer in skin color. *J Am Acad Dermatol* 2006;55(5):741-60: quiz 761-4

<sup>9</sup> Gropper AB, et al. Metastatic basal cell carcinoma of the posterior neck: case report and review of the literature. *J Cutan Pathol* 2012;39(5):526-34

<sup>10</sup> Rubin AI, Chen EH, Ratner D. Basal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2005;353(21):2262-9.

<sup>11</sup> Flohil SC, Seubring I, Rossum MM van, Coebergh JW, Vries E de, Nijsten T. Trends in basal cell carcinoma incidence rates: a 37-year Dutch observational study. *J Invest Dermatol* 2013;133(4):913-8.

<sup>12</sup> Flohil SC, et al. Incidence, prevalence, and future trends of primary basal cell carcinoma in the Netherlands. *Acta Derm Venereol* 2011;91(1):24-30.

<sup>13</sup> Flohil SC, et al. Cumulative risks and rates of subsequent basal cell carcinomas in the Netherlands. *Br J Dermatol* 2011;165(4):874-81.

<sup>14</sup> Kiijski V, et al. Risk for single and multiple basal cell carcinomas. *Arch Dermatol* 2010;146(8):848-55.

## 180 1.5 Melanoom

### 181 *Algemeen*

182 In tegenstelling tot het BCC en PCC vindt deze maligne tumor zijn oorsprong in de melanocyten gelegen  
183 ter hoogte van de junctie epidermis-dermis. Het melanoom kan zich grofweg gezegd op vier  
184 clinicopathologische wijzen presenteren, namelijk als een superficiael spreidend, een nodulair, een  
185 lentigo maligne melanoom of een acrolentigineus melanoom. Hoewel het melanoom maar een relatief  
186 klein deel van alle dermatologische kankers vormt, is het verantwoordelijk voor het grootste deel van de  
187 mortaliteit (circa 80%) geassocieerd met huidkanker.<sup>18</sup> Aangezien de gemiddelde leeftijd van  
188 presentatie rond de 55 jaar ligt, is het verlies van potentiële levensjaren groot.<sup>19</sup>

### 189 1.5.1 Situatie in Nederland

#### 190 *Eerste primaire melanoom*

191 In 1989 werden in totaal 1.697 Nederlanders (van wie ongeveer 60% vrouwen) gediagnosticeerd met  
192 deze vorm van huidkanker; in 2010 was dit aantal gestegen naar 4701 (van wie 2.512 vrouw).<sup>7</sup> Tijdens  
193 deze 22-jarige periode (1989-2010) werd bij 33.971 vrouwen en 25.523 mannen de diagnose melanoom  
194 gesteld. Het voor leeftijdsopbouw gestandaardiseerde incidentiecijfer (ESR) voor 1989 en 2010 voor  
195 man en vrouw gecombineerd was respectievelijk 11,4 (vrouw 13,3) en 24,2 (vrouw 25,5) en laat een  
196 duidelijke stijging zien in deze periode.<sup>7</sup> Deze significante incidentiestijging doet zich voor bij alle  
197 categorieën van de zogenaamde breslowdikte (de infiltratiediepte van de maligne cellen in de dermis,  
198 gemeten in millimeters), maar is het meest uitgesproken in de < 1 millimetergroep.<sup>20</sup> De meeste  
199 melanomen worden bij de man op de romp en bij de vrouw op de onderste extremiteiten gevonden.<sup>22</sup>  
200 Inmiddels krijgen één op de 59 mannen en één op de 50 vrouwen (0-85 jaar) gedurende hun leven ten  
201 minste één eerste primair melanoom.<sup>7</sup> In 1989 overleden er 337 (van wie 171 mannen en 166 vrouwen)  
202 patiënten ten gevolge van hun melanoom, in 2010 was dit aantal opgelopen naar 783 (van wie 446  
203 mannen en 337 vrouwen).<sup>23</sup> Het totaal aantal doden ten gevolge van een melanoom in de periode 1989-  
204 2010 ligt op 11.392 (van wie 6.268 mannen en 5124 vrouwen). Het voor leeftijd gestandaardiseerde  
205 sterftencijfer (ESR) voor 1989 en 2010 voor man en vrouw gecombineerd was respectievelijk 2,5 (vrouw  
206 2,2) en 4,6 (vrouw 3,8). Dit sterftencijfer laat in de periode een geleidelijke stijging zien, waarbij de sterfte  
207 onder mannen sneller stijgt dan onder vrouwen.<sup>23</sup> Dit verschil in mortaliteit tussen beide geslachten  
208 vertaalt zich naar een verschil in overleving. De relatieve tienjaarsoverleving (gecorrigeerd naar de  
209 verwachte sterfte) bedroeg in die periode 2001-2010 77% voor het mannelijke en 88% voor het  
210 vrouwelijke geslacht.<sup>23</sup>

211 Indien we de relatieve overleving vergelijken voor de verschillende stadia in de IKNL-data, zien we  
212 duidelijke verschillen ten faveure van de lagere stadia (bijvoorbeeld stadium 1a 100% na vijf jaar) ten

---

<sup>18</sup> Miller AJ, Mihm MC Jr. Melanoma. N Engl J Med 2006;355(1):51-65

<sup>19</sup> Bataille V, Vries E de. Melanoma-Part 1: epidemiology, risk factors, and prevention. BMJ 2008;337: a2249

<sup>20</sup> Hollenstein LM, Akker SAW van den, Nijsten T, Karim-Vos HE, Coebergh JW, Vries E de. Trends of cutaneous melanoma in the Netherlands: increasing incidence rates among all Breslow thickness categories and rising mortality rates since 1989. Ann Oncol 2012;23(2):524-30

## 241 2. Waarom de MoederVlekkenKliniek™?

242 De incidentie van huidkanker is schrikbarend toegenomen en neemt epidemische vormen aan in  
243 Nederland. Het einde hiervan is voorlopig nog niet in zicht. Geschat wordt dat in het komende  
244 decennium jaarlijks minimaal 700.000 dermatologische consulten betrekking zullen hebben op een  
245 (mogelijke) huidkanker.<sup>26</sup> Dit zou betekenen dat ongeveer een derde van de tijd van de dermatoloog in  
246 beslag wordt genomen door huidkanker.<sup>27</sup> Door deze expansie zal er meer tijdsdruk komen te staan op  
247 dermatologische consulten.

248 In het tijdschrift Kanker Breed (2009) schrijft Prof. dr. Nijsten, bijzonder hoogleraar dermatologie  
249 Erasmus MC, dat de cijfers over toenemende incidentie van huidkanker die vaak worden besproken in  
250 de media veel onrust veroorzaakt onder patiënten en zorgverleners.<sup>28</sup> Het verhoogde bewustzijn van  
251 het risico op het ontwikkelen van huidkanker zal volgens Prof. dr. Nijsten leiden tot een verhoogde vraag  
252 naar preventieve dermatologische zorg.<sup>28</sup> Dit wordt bevestigd door onderzoek (2011) van het Koningin  
253 Wilhelmina Fonds voor de Nederlandse Kankerbestrijding (KWF) dat een voorspelling geeft tot 2020,  
254 waaruit blijkt dat bij zowel mannen als vrouwen een sterke toename wordt verwacht in de vraag naar  
255 diagnose en primaire zorg voor huidkanker.<sup>23</sup>

256 De exponentieel stijgende incidentie van huidkanker en de immer toenemende druk hiervan op de  
257 zorgverleners en het budget vragen om nieuwe vergezichten en visies. De meeste mensen die zich  
258 zorgen maken over eventuele 'verdachte plekje's' op hun huid consulteren in eerste instantie de huisarts.  
259 Echter, vaak ontbreekt het de huisarts aan kennis, tijd en middelen.<sup>29</sup> Dit is mede te verklaren door de  
260 tamelijk hoge werkbelasting vergeleken met huisartsen in andere landen en de omvang van de  
261 patiëntenpopulatie die per Nederlandse huisarts groter is dan die van hun collega's in de meeste andere  
262 landen.<sup>30</sup> In de eerste lijn worden premaligne afwijkingen als actinische keratose (AK), de ziekte van  
263 Bowen en lentigo maligna doorgaans gemist.<sup>29</sup> Dit terwijl AK en de ziekte van Bowen beide parameters  
264 zijn waaruit blijkt dat de huid in een oncologische alarmfase is terechtgekomen. AK is de meest  
265 voorkomende premaligne huidafwijking bij westerlingen en komt zowel als individuele als multipole  
266 laesie voor. AK heeft de mogelijkheid zich te ontwikkelen tot PCC. In de Richtlijn Actinische Keratose  
267 van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie & Venereologie (NVDV) wordt geadviseerd alle AK  
268 te behandelen.<sup>31</sup> De ziekte van Bowen wordt beschouwd als het laatste stadium vóór huidkanker en  
269 dient te worden behandeld door middel van cryotherapie. Een lentigo maligna is een vroeg stadium van  
270 een melanoom welke chirurgisch, via curatieve resectie of radiotherapie dient te worden verwijderd.<sup>32</sup>

---

<sup>26</sup> Nijsten TEC, Vries E de. Epidemie van huidkanker in Nederland en de gevolgen voor de zorg. Kankerbreed 2009; 1:3-8.

<sup>27</sup> Krekels G. Huidtherapeuten: de partner van de dermatoloog. Ned. Tijdschrift Huidtherapie 2013; 8:15-6.

<sup>28</sup> Prof. dr. T.E.C. Nijsten (dermatoloog), oratiereeks Erasmus MC 9 november 2012

<sup>29</sup> Margit C. J van Rijsingen, Sabine C. A. Hanssen, Joannes M. M. Groenewoud, Gert Jan van der Wilt and Marie-Jeanne P. Gerritsen, Department of Dermatology and Department for Health Evidence, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nijmegen, The Netherlands, Referrals by General Practitioners for Suspicious Skin Lesions.

<sup>30</sup> Willemijn Schäfer, Peter Groenewegen, Michael van den Berg. De werkbelasting van huisartsen Nederland in internationaal perspectief

<sup>31</sup> Richtlijn Actinische keratose, 2010, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV).

<sup>32</sup> Richtlijn Melanoom, 2015, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV).



305 huidkanker wordt op deze nationale Huidkankerdag oogluikend door het Ministerie van  
306 Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) toegestaan. Dat screening zinvol is blijkt uit de  
307 geaggregeerde data van deze dag in 2014; bij de 6.000 willekeurige passanten van de voor die dag  
308 opengestelde dermatologische poliklinieken in Nederland werden op die dag 70 melanomen  
309 gediagnosticeerd, dit naast een veelvoud van epidermale (pre)maligniteiten (grotweg 20% van alle  
310 passanten).<sup>36</sup> Beljaards et al. (2015, p. 68)

311 Op dit moment hebben dermatologen en huisartsen de bevoegdheden om de diagnose huidkanker te  
312 stellen. Dit staat geregistreerd in artikel 36 van de Wet voor de Beroepen in de Individuele  
313 Gezondheidszorg (Wet BIG). Daarnaast worden dermatologische verpleegkundigen, nurse-  
314 practitioners en de physician-assistants door medisch specialist bevoegd en bekwaam geacht om  
315 huidkanker te diagnosticeren (onder indirecte supervisie van een dermatoloog).

### 316 2.1 *Samengevat*

317 Het aantal patiënten met huidkanker stijgt. Veel van deze patiënten worden in het ziekenhuis behandeld.  
318 Daarvoor is eerst een bezoek aan de huisarts nodig, die doorverwijst. De diagnostiek van  
319 huidafwijkingen door de huisarts blijkt voor verbetering vatbaar. Met name wanneer het gaat om het  
320 herkennen van huidkanker en het gebruik van middelen die de herkenning vergemakkelijken, is er nog  
321 veel winst te behalen in de eerste lijn.<sup>29</sup>

322 De redenen voor het opzetten van de MoederVlekkenKliniek™ zijn multifactorieel, enerzijds is er het  
323 nut van preventief screenen en de vraag vanuit zorgprofessionals naar verhoogde preventieve zorg.  
324 Anderzijds zien we een toenemende behoefte vanuit de bevolking mede aangewakkerd door primair  
325 preventie campagnes zoals de Huidkankerdag en zelfbeschikking.<sup>26</sup>

326 De MoederVlekkenKliniek™ is gericht op het vroegtijdig ontdekken van huidkanker. Bij een vroege  
327 detectie is de operatieve behandeling vaak minder ingrijpend of kunnen zelfs andere, niet-operatieve,  
328 en minder belastende, technieken worden toegepast.

329 Vroegtijdige ontdekking van verdachte laesies voor zowel melanoom als non-melanoma vergroot de  
330 overlevingskans met een prognose van gemiddeld 95%. De prognose verbetert en de levenskwaliteit  
331 neemt toe.<sup>24</sup> De MoederVlekkenKliniek™ kan op deze manier bijdragen om een gedeelte van de  
332 verhoogde werkdruk door de toenemende incidentie van huidkanker te ondervangen. Ook heeft het  
333 kennis en middelen in huis om de huisarts te ondersteunen, en kan zonder op de toekomst vooruit te  
334 lopen, bij uitbreiding naar meerdere locaties zoals gezondheidscentra of ziekenhuizen meehelpen om  
335 het huidkankermanagement in Nederland te optimaliseren. De MoederVlekkenKliniek™ is zodoende  
336 een zinvolle aanvulling naast de 'traditionele' eerstelijnszorg.

337

---

<sup>36</sup> Beljaards, dr. R.C., Neumann, Prof. dr. H.A.M., & Bergman, Prof. dr. W. (2015). Handboek dermato-oncologie. Diagnostiek en behandeling van huidkanker. Haarlem, Nederland: dchg.

362 of gebaat is bij een huisscreening. De cliënt van de MoederVlekkenKliniek™ kan daarna indien nodig  
363 zelf naar de huisarts om eventueel te worden doorverwezen naar de dermatoloog.

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

428 Naast de huisarts is de MoederVlekkenKliniek™ voornemens een hechte samenwerking met  
429 dermatologisch specialistische centra te zoeken waar direct en zonder wachtdienst naar kan worden  
430 doorverwezen. Er wordt dan duidelijk vermeld dat zonder verwijfsbrief van de huisarts het kan  
431 voorkomen dat de verwijzing aan de dermatoloog als niet vergoede zorg geldt. Cliënten met complexe  
432 maligne huidtumoren krijgen het advies om te worden doorverwezen naar een multidisciplinair dermato-  
433 oncologisch centrum.

434 Aangezien dit initiatief niet in gang gezet kan worden zonder de vereiste vergunning, zijn er nog geen  
435 geformaliseerde samenwerkingen met dermatologische centra. Zonder vergunning kunnen hiervoor  
436 immers geen concrete afspraken worden gemaakt. Het opstarten en vastleggen van samenwerkingen  
437 met huisartsen, dermatologen en dermatologische centra zal echter niet voor problemen zorgen. Er is  
438 sprake van reeds jarenlange goede relaties door mijn werkzaamheden binnen dit veld, onder meer als  
439 uitgever van het Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie & Venereologie (NTvDV) en de NVDV-app.  
440 Uit reeds over de MoederVlekkenKliniek™ gevoerde gesprekken met artsen blijkt dan ook dat ze positief  
441 over en geïnteresseerd zijn in dit initiatief. Een aantal van de gesproken specialisten en centra zijn  
442 geïnteresseerd in een samenwerking met de MoederVlekkenKliniek™.

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

484 onterecht verwijst naar de 2e lijn. De Melanoom richtlijn (2015) stelt dat dermatoscopie een vaste plaats  
 485 in de klinische diagnostiek van gepigmenteerde huidafwijkingen verdient, omdat het de klinische  
 486 accuratesse aanzienlijk bevordert. Daarbij wordt vermeld dat dit alléén geldt voor artsen die hierin  
 487 aantoonbaar zijn geschoold en ervaring hebben. Dermatoscopie door niet-ervaren medici leidt tot een  
 488 vermindering van de klinische accuratesse.

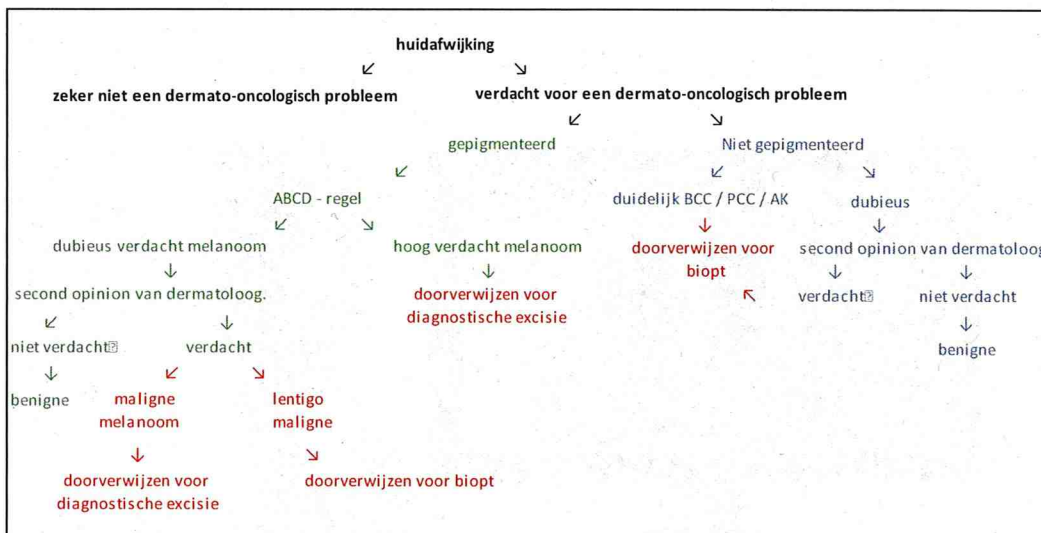
489 In de MoederVlekkenKliniek™ gebruiken we vanzelfsprekend de, volgens de markt, beste apparatuur  
 490 en wordt gewerkt met goed in dermatoscopie opgeleid personeel. De specialisten van de  
 491 MoederVlekkenKliniek™ zijn bij het starten van de kliniek uitgebreid getraind in gebruik van  
 492 dermatoscopie bij beoordeling van huidlaesies en volgen hiervoor jaarlijks nascholing.

493

494 *Schematisch screeningstraject*

495 Schematisch weergegeven ziet het stappenplan van de MoederVlekkenKliniek™ voor een  
 496 systematisch screeningstraject bij laesies verdacht voor een huidmaligniteit er als volgt uit:

497



498

499

500 Cliënten van de MoederVlekkenKliniek™ worden geadviseerd om tijdens de eerste afspraak ter  
 501 ondersteuning van het klinisch onderzoek gebruik te maken van een vernieuwende technologie die  
 502 'mole-mapping' (het digitaal vastleggen van moedervlekken) heet. Met behulp van een  
 503 (computergestuurd en geautomatiseerd) digitaal opnamesysteem kunnen stabiele laesies  
 504 gedocumenteerd worden en veranderingen in individuele naevi, ook subtiele en langzaam progressieve,  
 505 over tijd worden gedetecteerd. Op deze manier kunnen er bij vervolgonames automatisch nieuwe  
 506 laesies worden opgespoord en seriële opnames van laesies worden vergeleken. NB mole-mapping,  
 507 oftewel het in kaart brengen en vergelijken van laesies via herhaaldelijk inzetten van dermatoscopie  
 508 brengt geen nadelen of gevaren met zich mee. De gebruikte apparatuur is veilig, er is geen sprake van  
 509 cumulatieve nadelen/risico's bij herhaaldelijk gebruik. In Nederland wordt mole-mapping nog vrijwel  
 510 nergens toegepast. De MoederVlekkenKliniek™ wil in Nederland een voortrekkersrol vervullen.

511

529 De DANAOS-studie benadrukt dat diagnostiek door dermatologen en via het MicroDERM-systeem op  
 530 andere manieren werkt en daardoor andere moeilijkheden met zich meebrengt. Waar dermatologen  
 531 zich bij het onderzoeken van huidlaesies hun beslissingen baseren op ervaring, is het geautomatiseerde  
 532 systeem in staat om te leren van complexe relaties door herhaalde blootstelling aan voorbeelden. Om  
 533 het systeem goed te trainen is een grote database van een diverse populatie met verschillende  
 534 huidtypes nodig.

535 Om de prestatie van computer- en menselijke expert te kunnen vergelijken moet sensitiviteits- en  
 536 specificiteitsdata van beiden, uit alle deelnemende centra uit de DANAOS-studie, meegewogen worden.  
 537 De hele collecties van gepubliceerde sensitiviteits- en specificiteitsdata, gecombineerd als een soort  
 538 meta-studie, laat zien dat het computersysteem vergelijkbaar presteert als expert dermatologen. De  
 539 databases zijn echt verschillend en de resultaten zijn afhankelijk van de moeilijkheid van de casus,  
 540 tevens de grote van de dataset is belangrijk. De prestatie is afhankelijk van de grootte en kwaliteit van  
 541 de database en de selectie. (Tabel 4) <sup>43</sup>

**Tabel 4** - List of published sensitivity and specificity data for distinction of benign and malignant PSLs.

DA= Digital analysis; ELM= Epiluminescence microscopy by human experts; C= clinical investigation by physicians; B= Benign; M= Malignant;  
 Total = Total

	Reference	Method			Number of cases			ROC	
		DA	ELM	C	B	M	T	Sensitivity	Specificity
1	Binder (23)	x			81	39	120	90	74
2	Argenziano (11)		x		86	60	146	95	75
3	Andreassi (3)	x			90	57	147	81	88
4	Schindewolf (19)	x			229	80	309	91	83
5	Menzies (39)	x			95	75	170	93	67
6	Seidenari (24)	x			385	18	403	99	92
7	Ganster (40)	x			5281	108	5389	72	99,8
8	Benelli (41)			x	341	60	401	85	55
9		„	x		341	60	401	80	89
10	Cristofolini (42)			x	187	33	220	85	75
11		„	x		187	33	220	88	79
12	Lorentzen (43)			x	183	49	232	78	89
13		„	x		183	49	232	82	94
14	Soyer (44)			x	94	65	159	94	82
15		„	x		94	65	159	94	82
16	Stranganelli (45)			x	207	55	262	67	84
17		„	x		210	58	268	96	97
18	Soyer et a (46)		x		73	35	108	95,93	48,1
19		„	x		73	35	108	98,02	28,8
20		„	x		73	35	108	99,166	12,6

## 560 7. Over de initiatiefnemer

561 <sup>10.2.e</sup> is mede-eigenaar van State-of-Publishing BV., een uitgever van apps voor medisch  
562 specialisten. Binnen State-of-Publishing wordt onder andere in samenwerking met de Nederlandse  
563 Vereniging voor Dermatologie & Venereologie (NVDV), de NVDV-app uitgegeven. Verder is <sup>10.2.e</sup>  
564 <sup>10.2.e</sup> Founder en Managing Consultant van State-of-Health BV., een bedrijf dat ad interim opdrachten  
565 verzorgt binnen de FMCG met als specialisatie OTC en (derma)-cosmetica. Heden werkt <sup>10.2.e</sup> als  
566 directeur a.i. voor DCHG medische communicatie waar hij onder meer het Nederlands Tijdschrift voor  
567 Dermatologie & Venereologie uitgeeft. <sup>10.2.e</sup> heeft Nederlands Recht gestudeerd aan de Universiteit  
568 Maastricht (UM) en heeft de eerst 10 jaar van zijn carrière verschillende marketing & sales  
569 managementposities bekleed binnen L'Oréal.

570 Klik [hier](#) voor verdere informatie via LinkedIn.

571

572

573

574

575

576

577

578

579

580

581

582

583

584

585

586

587

588

589

590

- 651 20. Hollenstein LM, Akker SAW van den, Nijsten T, Karim-Vos HE, Coebergh JW, Vries E de.  
652 Trends of cutaneous melanoma in the Netherlands: increasing incidence rates among all  
653 Breslow thickness categories and rising mortality rates since 1989. *Ann Oncol*  
654 2012;23(2):524-30.
- 655  
656 21. Toename sterfte door huidkanker, 17-9-2016 09:30, Centraal bureau voor de statistiek (CBS),  
657 geraadpleegd via internet: [https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2013/38/toename-sterfte-door-](https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2013/38/toename-sterfte-door-huidkanker)  
658 [huidkanker](https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2013/38/toename-sterfte-door-huidkanker).
- 659  
660 22. Leest RJ van der, et al. Risk of second primary in situ and invasive melanoma in Dutch  
661 population-based cohort: 1989-2008. *Br J Dermatol* 2012;167(6):1321-30.
- 662  
663 23. KWF Kankerbestrijding, S. K. (2011). *Kanker in Nederland tot 2020, trends en prognoses*.  
664 Amsterdam, KWF-kankerbestrijding.
- 665  
666 24. Loescher, L. J., Janda, M., Soyer, H. P., Shea, K., & Curiel-Lewandrowski, C. (2013, August).  
667 Advances in skin cancer early detection and diagnosis. In *Seminars in oncology nursing* (Vol.  
668 29, No. 3, pp. 170-181). WB Saunders.
- 669  
670 25. Bataille, V. (2009). Early detection of melanoma improves survival. *Practitioner*, 253 pp. 29–  
671 33.
- 672  
673 26. Nijsten TEC, Vries E de. Epidemie van huidkanker in Nederland en de gevolgen voor de zorg.  
674 *Kankerbreed* 2009; 1:3-8.
- 675  
676 27. Krekels G. Huidtherapeuten: de partner van de dermatoloog. *Ned. Tijdschrift Huidtherapie*  
677 2013; 8:15-6.
- 678  
679 28. Prof. dr. T.E.C. Nijsten (dermatoloog), oratiereeks Erasmus MC 9 november 2012.
- 680  
681 29. Margit C. J van Rijsingen, Sabine C. A. Hanssen, Joannes M. M. Groenewoud, Gert Jan van  
682 der Wilt and Marie-Jeanne P. Gerritsen, Department of Dermatology and Department for  
683 Health Evidence, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nijmegen, The Netherlands,  
684 Referrals by General Practitioners for Suspicious Skin Lesions.
- 685  
686 30. Willemijn Schäfer, Peter Groenewegen, Michael van den Berg. De werkbelasting van  
687 huisartsen Nederland in internationaal perspectief.
- 688  
689 31. Richtlijn Actinische keratose, 2010, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en  
690 Venereologie (NVDV).
- 691  
692 32. Richtlijn Melanoom, 2015, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie  
693 (NVDV).
- 694  
695 33. Geer S1 van der, Reijers HA, Tuijl HF van, Vries H de, Krekels GAM, need for a new skin  
696 cancer management strategy. *Arch Dermatol* 2010;146(3):332-6.
- 697  
698 34. Robinson JK. A Comparison of Interventions to Teach Melanoma Patients Skin Self-  
699 examination (NCT01432860), <https://clinicaltrials.gov> .
- 700  
701 35. Persbericht Stichting Melanoom; [http://stichtingmelanoom.nl/mel/melanoom/vroegherkennen-](http://stichtingmelanoom.nl/mel/melanoom/vroegherkennen-melanoom/how-to-check-a-guy-in-20-seconds/persbericht/)  
702 [melanoom/how-to-check-a-guy-in-20-seconds/persbericht/](http://stichtingmelanoom.nl/mel/melanoom/vroegherkennen-melanoom/how-to-check-a-guy-in-20-seconds/persbericht/) .
- 703  
704 36. Beljaards, dr. R.C., Neumann, Prof. dr. H.A.M., & Bergman, Prof. dr. W. (2015). *Handboek*  
705 *dermato-oncologie. Diagnostiek en behandeling van huidkanker*. Haarlem, Nederland: dchg.
- 706  
707 37. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS Pasquini P, Picconi O, Boyle P, Melchi CF. Meta-analysis  
708 of risk factors for cutaneous melanoma: II Sun exposure. *Eur J Cancer* 2005; 41:45-60.
- 709

### Contactinformatie & Bedrijfsgegevens

---

10.2.e  
Initiatiefnemer  
Tel +31 10.2.e  
Email 10.2.e@moedervlekkenkliniek.nl  
Website [www.moedervlekkenkliniek.nl](http://www.moedervlekkenkliniek.nl)



**MOEDERVLEKKEN KLINIEK®**  
VOORKOMEN IS BETER DAN GENEZEN