



Universiteit  
Leiden

The Netherlands

## **Kinderen eerst**

Ridder, L. de

### **Citation**

Ridder, L. de. (2026). *Kinderen eerst*. Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4302659>

Version: Publisher's Version

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4302659>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof. dr. Lissy de Ridder

# Kinderen eerst



Universiteit  
Leiden

Bij ons leer je de wereld kennen

# Kinderen eerst

Oratie uitgesproken door

**Prof. dr. Lissy de Ridder**

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar

Kindergeneeskunde,

aan de Universiteit Leiden

op maandag 11 mei 2026



**Universiteit  
Leiden**



‘Mevrouw de rector magnificus, geacht faculteitsbestuur, beste collega’s, lieve familie en vrienden, zeer gewaardeerde toehoorders.’

Met veel genoegen spreek ik vandaag mijn oratie uit ter aanvaarding van de leerstoel kindergeneeskunde. Wat een voorrecht om u vandaag toe te mogen spreken. Dit is een nieuwe stap binnen een reis die inmiddels tientallen jaren geleden begonnen is. Van de diepe wens om als arts voor zieke kinderen en hun ouders/zorgdragers te mogen zorgen, naar hier. U zult begrijpen dat ik deze reis niet alleen heb afgelegd. Onderweg kwam ik velen van u tegen. Samen trokken we op, soms kort, soms langdurend en zelfs blijvend. Steeds bouwend aan betere zorg, aan opleiden en aan onze onderzoekslijnen. Aanvankelijk met de focus op kinderen/tieners met een inflammatoire darmziekte. Een aantal malen ben ik onderweg van werkplek/instituut gewisseld. Sinds augustus vorig jaar is mijn plek hier, in het Leidse, in het Willem-Alexander Kinderziekenhuis/Leids Universitair Medisch Centrum. Wat een warm bad, ik heb me vanaf de eerste dag thuis gevoeld. Hiermee heb ik mijn scoop verbreed. En houd ik me op dagelijkse basis niet alleen met kinderen en tieners met een inflammatoire darmziekte bezig, maar ook met andere kindergeneeskundige aandoeningen, en zelfs met medische kindzorg buiten de kindergeneeskunde. Altijd vanuit het motto **Kinderen eerst**. Dat is dan ook de titel van mijn oratie.

Wie van u heeft een kind of kinderen, kleinkinderen, een nichtje of neefje, buurkinderen? Dan richt ik me vandaag tot u. Ik neem u mee in mijn ambities. **Kinderen eerst**. De komende 45 minuten neem ik u mee in mijn pleidooi om de medische zorg voor kinderen te **prioriteren**. Ik schets u de uitdagingen van het opgroeien met een (al dan niet chronische) aandoening, waarbij een kind geen kleine volwassene is maar toch steeds weer in die mal gestopt wordt. Ik laat u zien waar we binnen het WAKZ/LUMC op dagelijkse basis hard aan werken, en werp vervolgens een blik op de toekomst. In mijn verhaal komende verschillende patiënten aan bod. De namen van de

patiënten zijn deels gefingeerd, deels vermeld ik de eigen namen. Dit uiteraard altijd met expliciete toestemming van de betrokkenen. Laten we van start gaan.

Zie deze twee meisjes. Een dergelijk beeld herkent u vast. Als kind wil je graag groot zijn, het voorbeeld van je ouders, en de volwassenen om je heen, volgen. Dat zijn je rolmodellen! Op het belang van rolmodellen kom ik later terug. Maar eerst deze kinderen. Zij trekken alvast de schoenen van de ‘grote mensen’ aan. Deze schoenen passen. Althans, wat is passen. Die kleine voetjes passen prima in die veel te grote schoenen, ruimte genoeg. Maar de vraag is of deze schoenen, voor deze kinderen, ook daadwerkelijk **passend** zijn. En of deze, toch evident **te grote**, schoenen hen ook daadwerkelijk helpen om de wereld in te stappen. Nu had het wellicht al enigszins geholpen als ze de linkerschoen aan de linkervoet hadden aangetrokken. Maar u zult het met me eens zijn dat dit maar een heel klein beetje geholpen had. Ook als deze schoenen wat aangepast worden, passen ze **niet** aan de voeten van deze meisjes. Om hen optimaal te ondersteunen zijn schoenen nodig die vanaf het begin af aan voor **hen** ontworpen zijn. Dit is de metafoor die ik als rode draad mee ga nemen in het komende verhaal. Want hoe belangrijk is het om hier speciale aandacht aan te besteden? Waar hebben we het eigenlijk over? Als we focussen op de getallen zien we dat kinderen een kwart van de Nederlandse bevolking vormen (zo’n vier miljoen). Waarvan één miljoen kinderen een chronische aandoening heeft. Dit betekent twee miljoen ouders van een kind met een chronische aandoening, en 1,5 miljoen broertjes en zusjes. Dat is toch de moeite waard.

### **Kindergeneeskunde binnen het LUMC, het begin**

Om dit verhaal te beginnen neem ik u eerst mee terug, naar 1915. Meer dan 100 jaar geleden dus. Zie het allereerste ‘kinder’ziekenhuis in Nederland, de voorloper van ons huidige Willem-Alexander Kinderziekenhuis. Kinderen lagen op zaal, tussen de volwassen patiënten in. Sinds toen heeft vooruitgang ons veel gebracht! Kindersterfte is, gelukkig, enorm gedaald. Betere hygiëne, schoon drinkwater, vaccinaties en minder ar-

moede hebben hier een grote rol ingespeeld. Naast deze vooruitgang, verschenen er in onze welvaartslanden ook nieuwe aandoeningen. Helaas een nadelig gevolg van deze vooruitgang. Eén van deze welvaartsziekten betreft ziekte van Crohn of colitis ulcerosa.<sup>1</sup> Dit is een hele mond vol. Daarom hebben we het meestal over **IBD** (Inflammatory Bowel Disease, inflammatoire darmziekte). Als kinderarts Maag-, Darm-, Leverziekten heb ik me de afgelopen 20 jaar ingezet om de kwaliteit van leven van de kinderen en tieners die de pech hebben deze ziekte al op zo'n jonge leeftijd te ontwikkelen, te verbeteren.

### Wereldwijde toename IBD

IBD is een veel voorkomende ziekte. Momenteel heeft binnen Nederland meer dan 1 op de 200, en ergens de komende jaren zelfs 1 op de 100 Nederlanders, IBD. Als je deze aandoening hebt, raak je het niet meer kwijt. Het is een levenslange, en ook levensveranderende, aandoening. Bij 1 op de 7 patiënten openbaart IBD zich reeds voor het 18e levensjaar, dus al op kinder-, of tienerleeftijd. Wat betekent dat de gemiddelde huisarts in zijn of haar loopbaan één keer een kind in de praktijk heeft dat IBD blijkt te hebben. De veel voorkomende aandoening bij volwassenen, is dit **niet** bij kinderen. Dit betekent onder meer dat als je een studie verricht binnen de kinderopopulatie, het veel uitdagender is om het benodigde aantal patiënten binnen die studie te includeren. Er is sprake van *te grote schoenen*.

### Etiologie van IBD

Hoe komt het dat de incidentie van IBD de laatste decaden zo fors gestegen is? Dit is te verklaren vanuit de etiologie. IBD wordt veroorzaakt door een complex samenspel van erfelijke aanleg, omgevingsfactoren (zoals roken, westers dieet, infecties, antibioticagebruik), veranderingen in het microbioom (de darmflora) en een afwijkende reactie van het afweer-, of immuunsysteem. De erfelijke aanleg is niet veel veranderd in de afgelopen tijd, de omgevingsfactoren zijn dit zeker wel. Onze wereld ziet er immers heel anders uit dan ten tijde van het eerste kinderziekenhuis, wat ik u eerder liet zien. De aandoening IBD is heel heterogeen, wat betekent dat de

uiting heel verschillend kan zijn. De ontsteking kan zich in verschillende delen van de darm, maar ook buiten de darm (zoals in de gewrichten, de huid of de ogen), manifesteren.

Het is van groot belang om de verschillende ziektemechanismen die aan de grondslag van deze heterogene aandoening liggen, te ontrafelen. Alleen als we snappen welk ziektemechanisme aan de grondslag ligt van de uiting van de darmontsteking, weten we welke behandeling het beste resultaat zal hebben. En kunnen we elke patiënt zo gericht mogelijk behandelen. Dan besparen we onze patiënten een 'trial and error' zoektocht langs allerhande medicatie, tot het beste middel voor hun vorm van ziekte gevonden is. Dit geldt niet alleen voor IBD maar voor veel andere aandoeningen. Zoals bijvoorbeeld juveniele artritis, een vorm van jeugdreuma. Voor zo'n zoektocht is translationeel onderzoek, waarbij we inzichten van het laboratorium naar de patiënt brengen, en vice versa, noodzakelijk. De crosstalk tussen deze twee werelden ervaar ik als zeer waardevol. Kennis en kunde over deze lab-kliniek brug brengen is beslist veel meer dan de som der delen.

### Tiener zijn met IBD

Hoe is het om tiener te zijn met IBD? Laat ik u meenemen in het verhaal van Marije. Zij is een meisje van 15 jaar. Sinds krap een jaar heeft zij veel klachten. Ze heeft geregeld buikpijn, is moe en heeft weinig eetlust. Op het eerste gezicht is er niet zoveel te zien aan Marije. Maar als je een beetje beter kijkt, valt op dat Marije kleiner is dan de meeste leeftijdsgenoten, wat eerder niet het geval was. Via de huisarts wordt Marije naar de kinderarts verwezen. Daar blijkt dat er sprake is van een afbuigende groeicurve. Ook is er nog nauwelijks sprake van puberteitsontwikkeling. Marije vertelt dat het al een tijd niet goed gaat op school. Er is sprake van schooluitval, ze kan zich moeilijk concentreren en is neerslachtig. Ondanks het feit dat er geen sprake is van diarree, of bloedverlies bij de ontlasting, denkt de kinderarts toch aan de mogelijkheid dat er sprake is van ziekte van Crohn. Ook omdat bij het lichamenlijk onderzoek sprake blijkt te zijn van verschillende pijnlijke blauw rood verheven plekken op haar scheenbenen, zonder zich te hebben

gestoten. Er wordt onderzoek gedaan naar tekenen van chronische ontsteking. Dit blijkt het geval. Marije heeft verhoogde bloedwaarden (BSE, CRP, thrombocyten) en het calprotectine in haar ontlasting is eveneens te hoog. Er wordt besloten een gastro-, en coloscopie te verrichten. Dat zijn kijkonderzoeken, waarbij er met een flexibele slang met aan het eind een lamp en camera, naar de binnenkant/het slijmvlies van het maag-, darmkanaal gekeken wordt. De ziekte van Crohn wordt gediagnosticeerd, waarbij de ontsteking bij Marije vooral gezien wordt in het terminale ileum, het laatste deel van de dunne darm. Dit is een goede verklaring van haar klachten.

Wat kunnen we nu voor Marije betekenen?

### **Ernstig ontstoken darm**

Gezien de ernst van de klachten wordt meteen gestart met intensieve behandeling, namelijk infliximab. Infliximab is een medicijn tegen TNF. TNF is een stof die gemaakt wordt door afweercellen, meer specifiek door inflammatoire geheugen T cellen. Infliximab bindt aan de stof TNF, wat vastzit aan deze inflammatoire geheugen T cellen. Hierdoor worden deze cellen opgeruimd. Zodat de ontsteking tot rust komt. Dat het heel belangrijk is om bij patiënten zoals Marije vlot na diagnose met infliximab te starten toonden we aan in de door mijn onderzoeksgroep opgezette en uitgevoerde gerandomiseerde gecontroleerde TISKids studie.<sup>2</sup> Maarten Cozijnsen, Myrthe Jongsma en vervolgens Stephanie Vuijk zijn opeenvolgend als PhD studenten kartrekkers van deze studie geweest, die mogelijk gemaakt is dankzij een subsidie van ZonMw, binnen een 'Priority Medicines for Children' ronde. De gedachte achter deze studie was dat zo vroeg mogelijk ingrijpen in de chronische inflammatoire cascade verdere opbouw van inflammatoire geheugen T cellen kan voorkomen, en zelfs zoveel mogelijk van deze reeds ontstane cellen weer verwijdert. De resultaten na 1 jaar vanaf start van de studie lieten een overtuigend resultaat zien.

### **Meteen infliximab-behandeling**

Infliximabbehandeling vanaf diagnose voor kinderen met matig tot ernstige ziekte van Crohn is veel effectiever. Omdat

ziekte van Crohn chronisch is, is een langere opvolging van de studie dan 1 jaar heel wenselijk. Om deze reden vervolgden we patiënten in totaal 5 jaar vanaf start van de studie. Best uitdagend, omdat een deel van deze patiënten gedurende de studie 18 jaar werd, en dus, zoals in Nederland gebruikelijk, overgedragen aan de MDL-arts, die voor volwassen patiënten met IBD zorgt. Toch lukte het vrijwel alle patiënten gedurende deze hele periode te volgen. Het manuscript waarin deze resultaten beschreven worden zal eendaags beschikbaar zijn. Omdat de infliximabbehandeling duurder is dan de conventionele behandeling werd er parallel aan deze studie een kosteneffectiviteitsanalyse verricht. De infliximabbehandeling bleek kosteneffectief, de meerkosten van de medicatie werden tenietgedaan door een besparing ten gevolge van minder ziekte-opvlammingen. Deze behandeling is dus beter, maar niet duurder.

Binnen deze TISKids studie waarin patiënten door loting op twee verschillende manieren behandeld werden was het resultaat van deze behandeling bij lang niet elke patiënt binnen dezelfde behandelvorm hetzelfde. Ziekte van Crohn is immers een heel heterogene ziekte. Waar het nu een zoektocht is met vele medicatiewisselingen, tot het 'juiste' middel gevonden is. Om zo goed mogelijk te snappen welke behandeling bij welk 'type' ziekte van Crohn effectief is, en dus het beste voor de individuele patiënt, bestuderen we middels uitgebreide afweerge relateerde analyses de onderliggende immuunprofielen. Beter kennis en begrip van deze onderliggende immuunprofielen helpen ook om in te kunnen schatten welke patiënt in de toekomst misschien kan stoppen met de medicatie.

U bent het vast met me eens dat dit een goede illustratie is van de grote opbrengst van een geneesmiddelenstudie. Dit betreft een door onderzoekers geïnitieerde studie, in tegenstelling tot een door de industrie geïnitieerde studie. In het eerste staan de vragen die uit de dagelijkse praktijk komen geagendeerd. Terwijl geneesmiddelenonderzoek geïnitieerd vanuit de industrie ten doel heeft om officiële registratie voor een bepaald middel voor een bepaalde patiëntengroep te behalen. En niet meer

dan dat. Om het geld wat het onderzoek gekost heeft (en dit is veel, want dergelijk onderzoek is duur en arbeidsintensief) zo snel mogelijk terug te verdienen. En daar knelt de schoen weer. Want een kind, is maar kort 'kind'. Als je de aandoening op je 15<sup>e</sup> levensjaar krijgt, heb je deze aandoening in totaal 3 jaar. Vanaf dan ben je 18, en ben je 'volwassen'. IBD is een chronische ziekte, weet u nog? Je wordt hier oud mee, en hebt de aandoening als volwassen patiënt misschien wel 80 jaar! Of 70, maar nog steeds heel lang. Daar valt dus geld te verdienen! Bij de kinderen zeker niet. Terwijl het onderzoek wel veel ingewikkelder is, je veel meer onderzoekscentra nodig hebt om de nodige aantallen te halen etc. Oftewel, de industrie zal zich echt beperken tot het onderzoek wat ze **verplicht** zijn om uit te voeren. En laten andere relevante vragen voor de behandeling van kinderen links liggen.

6

Omdat we het dus niet van de industrie moeten hebben zijn Prof. Nick Croft, werkzaam in Queen Mary University in Londen, en ik zo'n 10 jaar geleden gestart met het opzetten van een **internationaal** inceptiecohort, mogelijk gemaakt door het Horizon 2020 programma (Europese funding).<sup>3</sup> Vele andere onderzoekers uit vooral Europese centra, en PhD studenten Martine Aardoom, Renz Klomberg en Anouk Camman hebben hier veel tijd en moeite in gestoken.

Een inceptiecohort is een groep patiënten die vanaf diagnose (dus vóór start van behandeling), in de tijd gevolgd worden. De klinische data worden zorgvuldig op vaste tijden verzameld in een database. Inmiddels zijn er vele data van meer dan 900 kinderen met jaren aan follow-up in deze database verzameld. Zodat we heel goed weten welke patiënt welk ziektebeloop heeft. Bij ongeveer 200 van deze 900 patiënten zijn, naast klinische data, ook darmbiopten en buisjes bloed verzameld voor translationeel onderzoek (in samenwerking met Professor Samsom en mijn andere collega's uit het Erasmus MC). Zodat we steeds meer grip krijgen op de onderliggende ziektemechanismen van dat heterogene ziektebeeld IBD.<sup>4</sup> Ondanks het feit dat ik vandaag 45 minuten mag 'oreren' heb ik onvoldoende

tijd om toe te lichten wat dit ons al allemaal gebracht heeft. Misschien straks nog even, ten tijde van de receptie?

### **Inceptiecohort, Real World Evidence**

Patiënten die geïncludeerd worden in een klinische trial (zoals de TISKids studie) zijn geselecteerde en daardoor vrij homogene patiënten (bijvoorbeeld niet de hele jonge kinderen). We vroegen ons af of vroege start met infliximabbehandeling binnen het inceptiecohort, waarin patiënten afkomstig uit de routinezorg zijn geïncludeerd (dus een 'real world' cohort), ook een beter resultaat opleverde dan een late start.<sup>5</sup> Dit bleek inderdaad het geval. We bevestigden de conclusies uit de TIS-Kids studie. Kinderen die gediagnosticeerd worden met matig tot ernstige ziekte van Crohn hebben veel baat bij infliximabbehandeling. De nationale en internationale richtlijnen zijn inmiddels aangepast en adviseren nu een vroege start van deze behandeling.

Terug naar Marije. In eerste instantie reageert zij goed op de infliximabbehandeling, de ziekte wordt rustig. Maar een paar maanden later vlamt de ziekteactiviteit opnieuw op, ondanks het feit dat ze een goede infliximabspiegel heeft en haar voeding drastisch aangepast heeft. Wat nu?

*De schoen past haar geheel niet.* Terwijl er voor volwassen patiënten veel verschillende medicamenten geregistreerd en beschikbaar zijn (on label) is dat voor Marije niet het geval. Als Marije 18 zou zijn was dit anders, dan was er keuze uit wel 14 middelen. Maar ze is nog maar 15 jaar. Ze is te jong. Behoudens infliximab (en adalimumab, wat hetzelfde werkingsmechanisme heeft) zijn de andere medicamenteuze opties onder de 18 jaar 'off-label'. Een geneesmiddel dat off-label is wordt gebruikt **buiten** de officiële goedkeuring, dus voor een andere aandoening of een andere leeftijdsgroep. De 'regulators', zoals de EMA (European Medicine Agency) en de farmaceutische industrie ondersteunen deze medicatie voor kinderen en tieners niet. Voor volwassenen, vanaf de leeftijd van 18 jaar, doen ze dit wel. De wet-, en regelgevers leggen hier de

lat voor kinderen beduidend hoger dan voor volwassenen. De voorgeschreven medicatie moet absoluut veilig zijn! En moet eerst in studies met een groot aantal patiënten onder de 18 jaar onderzocht worden. Natuurlijk, dat vinden we allemaal. Maar deze grote studies zijn niet haalbaar, zoveel kinderen met deze aandoening zijn er helemaal niet. Het risico ligt in plaats van bij de regelgever, bij de patiënt en zijn of haar behandelaar. De patiënt is immers ziek en heeft medicatie hard nodig. En dus schrijf ik, en met mij vele collega's, dit middel 'off-label' voor. We hebben geen andere keuze.

Terwijl duidelijk bewezen is dat IBD zowel uitgebreider als ernstiger is als deze diagnose zich reeds op kinder/tienertijd openbaart. En eenmaal ontstane darmschade (zoals fistelvorming en vernauwingen, bekende complicaties van ziekte van Crohn) onomkeerbaar is, en Marije daar dus volwassen mee zal moeten worden. En er geen andere behandelmogelijkheden aanwezig zijn. Dit moet dus omgedraaid. Juist degenen die zo lang met ernstiger ziekte moeten leven, hebben de beste behandeling nodig. In het laatste deel van mijn verhaal licht ik toe hoe we dit om kunnen draaien.

### **Deze ziekte bij een 5 jarige**

Wat als de aandoening nog jonger dan bij Marije begint, zoals bij Ben, deze jongen van 5 jaar? *Opnieuw past de schoen geheel niet.* Ben heeft hetzelfde medicijn nodig als Marije, namelijk infliximab. In een door ons uitgevoerde studie (de Rapid studie) toonden we aan dat jonge kinderen ten opzichte van hun lichaamsgewicht een veel hogere dosering nodig hebben dan een volwassen patiënt.

### **Infliximabbehandeling onder de leeftijd van 10 jaar**

En dat we vrijwel alle kinderen veel te laag doseerden, waardoor het middel niet effectief kon zijn, en de ziekteactiviteit dus niet onder controle kwam.<sup>6</sup> Een belangrijke verklaring hiervoor is de veel hogere klaring bij een laag lichaamsgewicht. De neiging is extra voorzichtig te zijn en deze jonge, kleine kinderen met een lagere dosering te behandelen. Maar het

effect is dus averechts. Door deze kinderen te laag te doseren bereiken ze de medicatiespiegels die benodigd zijn om de optimale werking te behalen niet. Om uit te zoeken wat wel de goede dosering van infliximab is voor kinderen met ziekte van Crohn startten we de Prorapid studie. PhD student Stephanie Vuijk startte de studie, Esmee Boute heeft dit inmiddels van haar overgenomen. Jonge kinderen met ziekte van Crohn en indicatie om met infliximab te starten krijgen een intensiever schema waarbij geëvalueerd wordt of ze sneller en beter reageren op de behandeling. Deze studie loopt momenteel nog.

### **Verdenking op monogenetische vorm van IBD**

Van Ben gaan we door naar Gerben. Gerben is een jongetje van 3 maanden oud. Hij heeft frequente waterdunne diarree, verdraagt zijn voeding niet goed en groeit onvoldoende. Hij heeft abcesjes bij zijn billen die steeds terugkomen. Ook heeft hij een uitgebreide huiduitslag en ontwikkelt hij een longbeeld. Blijkbaar reageert zijn afweersysteem veel te fors op alle bacteriën die nu eenmaal overal in onze omgeving te vinden zijn. De 'uitknop' van zijn afweersysteem is zoek. Dit is geen 'reguliere' IBD. Hier zal geen polygenetische, maar een monogenetische aandoening aan ten grondslag liggen. Ondanks het feit dat dit niet gevonden werd was de verdenking zo sterk, en de klachten zo ernstig, dat er besloten werd tot een **stamceltransplantatie**. Daarvoor werd hij naar het WAKZ/LUMC verwezen.

### **Stamceltransplantatie**

De eerste succesvolle stamceltransplantatie in Europa bij een baby werd hier, in Leiden, verricht, in 1968. Dit was bij een baby met de zeldzame afweerziekte **SCID** (severe combined immune deficiency). Waar dit vóór deze behandelmogelijkheid een aandoening was waar je op jonge leeftijd aan zou komen te overlijden, is het nu mogelijk patiënten te genezen. Sinds die eerste baby zijn er dan ook velen gevolgd. Inmiddels is dit programma één van onze speerpunten. Deze vorm van behandeling is landelijk gecentraliseerd en vindt alleen in ons ziekenhuis plaats. Professor Arjan Lankaster, kinderarts-immunoloog, leidt dit programma.

### Laboratorium pediatrie immunologie

Dit speerpunt wordt verder vormgegeven door een nauwe samenwerking tussen de kliniek en het laboratorium voor Pediatrie Immunologie onder leiding van Professor Mirjam van der Burg. Een belangrijk startpunt voor het translationele onderzoek binnen het laboratorium is de vroege opsporing van zeldzame afweerstoornissen en benigne hematologische aandoeningen. Het lab heeft een leidende rol gespeeld in het invoeren van de hieprikscreening voor SCID. Dr Maartje Blom en dr Robbert Bredius hebben hier een belangrijke rol in gespeeld. Hierdoor kunnen kinderen met SCID direct na de geboorte worden opgespoord, nog voordat de ziekte zich openbaart. Dit heeft een enorm positief effect op de kans op een succesvolle stamceltransplantatie behandeling. En sinds kort geldt dit voor een specifieke groep kinderen met SCID (met een RAG1 mutatie) voor **gentherapie**. Dit is in het LUMC ontwikkeld binnen het Europese RECOMB gentherapie programma, geleid door Professor Arjan Lankester en Professor Frank Staal. Nieuwe genetische oorzaken worden onderzocht, evenals de immunologische gevolgen van de behandeling en het immuunherstel. Zo hopen we met translationeel onderzoek bij te dragen aan steeds betere behandeling voor kinderen met deze ernstige afweerstoornis.

### Verpleegkundigen aan het werk

Hoe ziet die zorg aan het bed eruit? Hier ziet u één van onze verpleegkundigen aan het werk. In een tijd waar het echt uitdagend is om voldoende handen aan het bed te hebben, slagen wij er over het algemeen in, mede dankzij de bezielende leiding van Annemarie Geenjaar, onze manager verpleging, te kunnen beschikken over sterke en zeer gemotiveerde teams die onze afdelingen Bos, Strand, en de polikliniek Stad runnen.

### Tweeling met TAPS

Waar mijn betoog tot nu toe focus had op de aandoeningen IBD en SCID, neem ik u nu mee naar andere vormen van kindzorg binnen ons ziekenhuis. Op onze NICU, de neonatale intensive care, wordt onder de leiding van Professor Enrico

Lopriore topzorg geleverd aan de echte kleintjes. Zie deze twee meisjes. Zij zijn letterlijk ‘bloedzusters’. Zij hebben namelijk TAPS (Twin anemia polycythemia sequence). Dit is een zeldzame complicatie bij een ééneïge tweelingzwangerschap met een gedeelde placenta. Waar de donor twin bloedarmoede (te weinig rode bloedcellen) ontwikkelt door, via de placenta, bloed door te geven, resulteert dit juist in polycythemie (te veel rode bloedcellen) voor de ontvangende twin. Dit is misschien maar zo’n 10-15 ml bloed op dagelijkse basis. Maar moet u zich voorstellen wat er gebeurt, als u elke dag zo’n half liter bloed zou doneren. Dat hield u waarschijnlijk niet lang vol. Deze aandoening is ontdekt binnen ons ziekenhuis. Een echte Leidse ziekte dus. Het is dan ook niet verwonderlijk dat we het centrum voor foetale therapie in Nederland zijn.

### Innovatie binnen de kindercardiologie

Door naar de volgende vorm van topzorg die geleverd wordt binnen het WAKZ. De zorg voor patiënten met een aangeboren hartaandoening. Ik stel u voor aan Professor Nico Blom, kindercardioloog, samen met een patiëntje en zijn vader. Het jongetje had therapieresistente SVTs (supraventriculaire tachycardiën). Dit houdt in dat hij een hartritme stoornis had waarbij het hart plotseling veel te snel klopt, waarbij de trigger voor deze te snelle hartactie boven de kamers van het hart gelegen is. Dit begon al in de baarmoeder. Op de leeftijd van slechts één maand oud heeft hij een katheterablatie ondergaan van een linkszijdige atrioventriculaire myocarbundel. Bij een katheterablatie wordt via een bloedvat in de lies een dun slangetje opgevoerd tot in het hart. Middels dat slangetje wordt precies het juiste blokje in het hart ‘stilgelegd’, waardoor de verkeerde elektrische baan niet meer werkt en het ritme normaal wordt. Hij woog op dat moment 3.6 kg.

Deze **zeer** specialistische vorm van behandeling vindt plaats binnen het CAHAL netwerk, het Centrum voor Aangeboren Hartafwijkingen Amsterdam-Leiden. Een bundeling van expertise wat betreft chirurgie, katheterinterventies, cardiale beeldvorming en ritmetherapie. **Kwalitatief zéér goede zorg**, zoals overigens in heel Nederland, wat door alle discussies over

de zorg voor patiënten met aangeboren hartaandoeningen wel eens anderszins. In een relatief klein land als Nederland is het vooral zaak goed samen te werken. Als het ons lukt de stap te maken **van competitie naar competentie** komen we verder!

Vandaag doe ik hier mijn verhaal, ik oreer. Maar, in ‘mijn’ verhaal kan de stem van de patiënt niet ontbreken. Ik stel u graag voor aan Azra, één van onze verpleegkundigen.

### **Van patiënt naar verpleegkundige**

Azra is inmiddels 22 jaar. Zij verwoordt heel goed wat de zoektocht naar het juiste medicijn voor haar heeft betekend. Hoe belangrijk het is om kindgerichte zorg te ontvangen met aandacht voor de consequenties van het ziek zijn in het dagelijks leven. Het belang van meedoen! En je plek vinden in de maatschappij.

Ik citeer;

‘Veel mensen kennen mij nu als kinderverpleegkundige. Maar mijn verhaal begon toen ik drie jaar oud was. Toen ik de diagnose jeugdreuma kreeg. In een ernstige vorm die moeilijk onder controle te krijgen was. Mijn kindertijd zag er anders uit. Ik zat in een rolstoel. Waar andere kinderen speelden, leerde ik omgaan met pijn. Opstaan uit bed was soms al een overwinning. Ik had al mijn energie nodig voor één beweging.

Ik weet hoe het is om anders te zijn. Op school had ik een andere stoel. Andere regels. Deed ik niet mee met de activiteiten van de anderen. Vaak... was ik er helemaal niet. Maar het zwaarst, was niet de pijn. Het was het gevoel er niet bij te horen. Ik wilde zo graag zijn als de rest. Niets doen was een keuze, maar dat betekende ook dat er niets veranderde. Dus ging ik door. Van 2006 tot 2016 heb ik bijna alles geprobeerd. Soms resulteerde dit in achteruitgang. Ik wilde een toekomst waarin ik mee kon doen, waarin ik kon werken en iets kon betekenen voor anderen.

Ik had zorgverleners die bleven zoeken, en niet opgaven. Die mij niet alleen zagen als patiënt, maar als persoon. Na jaren van zoeken kwam er een keerpunt.

De juiste behandeling. Langzaam vond ik mijn weg. Niet perfect. Niet zonder pijn. Maar mijn weg. Vandaag sta ik hier. Niet meer als dat zieke kind in bed, maar als kinderverpleegkundige, op de plek die ooit mijn tweede thuis was. Ik zorg voor kinderen die zich voelen zoals ik me ooit voelde. Wat ik hen en hun ouders kan geven, is geen belofte, maar wel herkenning en eerlijkheid.

Ik ben Azra, met jeugdreuma, en dit is mijn verhaal.’

### **Neurochirurgische patiënt op kinderleeftijd**

Azra is langdurig bij ons in het WAKZ onder behandeling van de kinderarts-reumatoloog geweest, onder meer bij Dr Brinkman. Het is goed ons te realiseren dat niet alleen kinderartsen kindzorg leveren. Veel medisch specialismen binnen het WAKZ/LUMC behandelen kinderen. Zoals de neurochirurg. Ter illustratie ziet u hier een patiënt met een heel zeldzame aandoening, het Larsen syndroom. Dit is een aangeboren afwijking waarbij gewrichten uit de kom kunnen staan. Deze jongen had een toenemend bekneld ruggenmerg door luxaties van zijn halswervels. Ten gevolge daarvan had hij een volledige verlamming ontwikkeld, van zowel armen en benen. Na een operatie door Professor Neurochirurgie Wilco Peul en zijn collega's (links ziet u de oorspronkelijke stand van de halswervels, rechts na de operatieve correctie), en aansluitend de goede zorg op onze kinderintensive care, de kinderafdeling en uiteindelijk langdurige begeleiding in het revalidatiecentrum, trad volledig herstel op. De enige resterende beperking is dat hij zijn nek niet kan buigen. Naast neurochirurgische zorg voor kinderen leveren we binnen het WAKZ/LUMC op dagelijkse basis zorg aan kinderen met neurologische, oogheelkundige, orthopedische aandoeningen en ga zo nog maar even door. Het is van belang dat deze aanpalende specialismen, die niet kindergeneeskundig zijn maar wel kindzorg leveren, goed aangehaakt zijn betreffende de specifieke behoeften van een kind.

Om onze krachten zo veel mogelijk te bundelen, hebben we in ons ziekenhuis de Commissie Strategisch Kindzorg opgericht. Zodat het fundamentele recht op kindgerichte zorg geborgd is, zoals helder verwoord in het Handvest Kind & Zorg, voor al deze kinderen en hun gezinnen.

### **Handvest Kind & Zorg**

Hier ziet u de rechten van het kind, het Handvest Kind & Zorg.<sup>7</sup> Dit is opgesteld door Stichting Kind en Zorg in samenwerking met verschillende Nederlandse organisaties actief binnen de kindzorg. Het is gebaseerd op het VN-Verdrag inzake de Rechten van het Kind en wordt ondersteund door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). Waar ik op dit moment, nog een maand, voorzitter van mag zijn.

Het richt zich op de fundamentele rechten voor zieke kinderen en dient als toetssteen voor professionals in diverse zorgvoorzieningen. Twee van deze artikelen wil ik vandaag benadrukken. Artikel 1 luidt; 'ik en mijn ouders mogen altijd zeggen hoe ik verpleegd en behandeld wil worden. Wij mogen meebeslissen over de zorg.' En artikel 9; 'Ik krijg geen behandelingen of onderzoeken die ik eigenlijk niet nodig heb. Als ik pijn heb of angstig ben, dan helpen ze mij.' Deze artikelen zouden vanzelfsprekend moeten zijn, maar zijn dit toch niet. Onlangs organiseerden we een succesvol jubileumsymposium vanwege het 25-jarig bestaan van het WAKZ. Wat volledig gewijd was aan het leveren van deze kindgerichte zorg. Dus was er aandacht voor PROSA, Procedurele Sedatie en Analgesie. Dit betreft zorg waarbij adequate pijnstilling, afleiding en zo nodig bewustzijnsvermindering gegeven wordt aan kinderen die belastende en/of pijnlijke procedures moeten ondergaan. Zoals bloedafnames, injecties, het inbrengen van een neusmaagsonde. Relatief 'kleine' ingrepen maar groot genoeg om het vertrouwen van een kind in de zorg teniet te doen. Met angstige, tegenstribbelende of zelfs tegen vechtende kinderen als gevolg. PROSA is noodzakelijk om aan artikel 1 en 9 te voldoen. Dit behoeft tijd, aandacht, kennis en kunde van alle zorgprofessionals die deze zorg leveren. Mede dankzij onze Commissie Strategisch Kindzorg kunnen we deze zorg binnen

ons huis zo goed mogelijk borgen. Daarnaast is er ook financiering nodig om deze zorg uit te kunnen voeren, net als voor alle overige zorg. Maar deze financiering ontbreekt. De schoen past hier opnieuw niet. Ook hier is werk aan de winkel.

### **Waardegedreven zorg/ Leefpoli**

Inmiddels heeft u veel voorbeelden langs horen komen van complexe zorg. En wat we medisch kunnen met zijn allen. Waar 100 jaar geleden de kindersterfte nog heel hoog was, zorgt onze goede zorg ervoor dat deze kinderen volwassen worden. Hoe prachtig is dat. Tegelijkertijd scheidt dit een verplichting. Want wat is deze zorg waard als we deze kinderen beter maken, maar geen oog hebben voor hun welzijn? Het is heel belastend om langdurig ernstig ziek te zijn, een lange zoektocht naar de juiste behandeling af te leggen, nare ingrepen te moeten ondergaan. Hoe zorgen we ervoor dat patiënten zoals Azra niet alleen beter worden, maar ook met leeftijds-genoten kunnen optrekken, sporten, naar school kunnen, een opleiding kunnen volgen? Zodat ook zij volwaardig mee kunnen draaien in onze maatschappij, door bijvoorbeeld kinder- verpleegkundige in het WAKZ te worden?

Hier ziet u Bart. Bart deed mee aan een meeting die georganiseerd werd om te onderzoeken en te prioriteren wat er voor de patiënt echt belangrijk is. Uiteraard waren hierbij patiënten en hun gezinnen aanwezig. Bart (één van de aanwezige patiënten) plakte de stickers die klaarlagen om deze factoren te prioriteren op de sheets op zijn eigen voorhoofd. Dit kan niet beter verwoord worden, of eigenlijk in beeld gebracht. Bart prioriteert zichzelf. Hij zet zichzelf centraal. Dit is niet alleen aan Bart maar aan ons allemaal. Dr Anne de Pagter, kinderarts-hematoloog en onderzoeker, is onze initiator en kartrekker van de LEEFpoli. Het doel van het LEEF programma (Late effecten en follow-up) is het verbeteren van onze zorg en daarmee de kwaliteit van leven van onze patiënten en hun naasten. We willen passende zorg leveren waarin de patiënt centraal staat. We leren van onze patiënten hoe we de behandeling én onze zorg voor de lange termijn kunnen verbeteren.

### Blik op de toekomst

Het is tijd voor een blik op de toekomst. Ik heb u laten zien dat de medische zorg aan kinderen die we binnen Nederland leveren goed is. Tegelijkertijd kunnen er ook veel zaken echt veel beter. Geregeld passen de schoenen hen NIET. Hoe gaan we ervoor zorgen dat de schoenen wel passen, en wat is daarvoor nodig.

Laat ik beginnen met de zorg voor de kinderen en tieners met IBD, daar begon ik mijn betoog ook mee. Medicatie die bij hen net zo goed, of zelfs beter, werkt maar voor hen toch pas 10 jaar later beschikbaar komt, is onacceptabel. Dit kan en moet beter. Momenteel zijn we met alle belanghebbenden (clinici/ academici, Critical Path Institute, farmaceutische industrie, patiëntenorganisaties, regulators zoals de EMA) hard aan de slag om over te stappen op een slimmer studiedesign gebruikmakend van innovatieve methodologie, specifiek ontworpen voor kinderen.<sup>8</sup> **It takes a community to heal a child!**

Waarbij optimaal gebruik gemaakt wordt van extrapolatie van data afkomstig van kwalitatieve 'real world' cohorten, zoals ons inceptiecohort. En van studies verricht met volwassen patiënten, waar dit gepast is. Zodat nieuwe geneesmiddelen in de toekomst (nagenoeg) gelijk beschikbaar komen voor kinderen. Tegelijk zullen we de translationele onderzoekslijn gebaseerd op dit inceptiecohort verder uitbouwen, met de ambitie om de onderliggende ziektemechanismen van het heterogene ziektebeeld IBD te ontrafelen. Om de stap te kunnen zetten naar gepersonaliseerde behandeling. Wetenschappelijk onderzoek als drijvende kracht: Van laboratoriumonderzoek tot toepassing in klinische richtlijnen.

Door naar de kindergeneeskunde, en de aanpalende kindzorg, binnen het WAKZ/LUMC. Voor een academisch huis is een sterk en zichtbaar kinderziekenhuis cruciaal. Het is dan ook mijn ambitie om het WAKZ, het Willem-Alexander Kinderziekenhuis nog steviger te positioneren. Dit in nauwe samenwerking met het clusterbestuur en de Commissie Strategisch

Kindzorg. Want dat gaat om zoveel meer dan de kindergeneeskundige zorg.

Wat betreft onderwijs en talentontwikkeling is het van belang te investeren in een stimulerende omgeving waarin jonge onderzoekers en artsen kunnen floreren. Er liggen veel kansen op ons eigen terrein. Verkenningen om nauwer samen te werken met het Leiden Bioscience Park zijn gaande. Juist een academisch ziekenhuis levert de trias zorg/wetenschap/opleiding niet alleen.

We zullen dan ook inzetten op verdere versterking van onze regio. En werken aan sterke samenwerking met de ziekenhuizen in onze regio en met nationale en internationale partners, afhankelijk van het vakgebied en het niveau van (sub)specialisatie. Om maatwerkzorg te bieden; passende patiëntenzorg, stevig verankerd in regionale en landelijke netwerken.

Dit is een brug naar heel Nederland. Hoe zorgen we er met zijn allen voor dat we ook in de toekomst optimaal voor onze patiënten kunnen zorgen?

Recent heeft de FMS (Federatie Medisch Specialisten) hun toekomstvisie op de zorg van morgen opgeleverd, Medisch Specialist 2035. Op basis van hun zorgvuldig doordachte toekomstvisie) is de strategie 2030 van de NVK gestoeld. Deze laatste is momenteel in volle ontwikkeling, mede dankzij de inzet van vele NVK leden. Over een maand, ten tijde van de Algemene Leden Vergadering, zal onze strategie gepresenteerd worden. Voor de goede luisteraar, inderdaad, dat is het moment dat ik het voorzittersstokje ga overdragen. Een mooie afronding. Belangrijke thema's voor de kindergeneeskunde die aan bod komen in de NVK Strategie 2030 zijn; het belang van Toekomstbestendige Hoogcomplexen Laagvolume zorg en hoe deze optimaal te organiseren, focus op wetenschap en implementatie van het nieuwe opleidingsplan. Waarbij, net als binnen Medisch Specialist 2035 van de FMS, er ook expliciet aandacht wordt besteed aan duurzame inzetbaarheid en werkplezier van

de dokters zelf. Laten we diensten regionaal of supraregionaal organiseren, en niet alleen voor ons eigen ziekenhuis!

### **Dromend kind**

Weet u nog dat ik in het begin van mijn verhaal het belang van rolmodellen aangaf? Dit geldt voor onze kinderen, voor degenen die nog studeren of in de beginfase van hun loopbaan zijn. Bijna 160 jaar geleden was Aletta de eerste vrouw die geneeskunde ging studeren. Nu is 60% van alle artsen vrouw. Dit aandeel is binnen de kindergeneeskunde nog hoger dan dat. Het is bijzonder om te constateren dat ik momenteel het enige vrouwelijke afdelingshoofd kindergeneeskunde binnen Nederland ben. Van de 7 in totaal. En als je dit in historisch perspectief plaatst, de tweede ooit. Kwaliteit is toch leidend? Ik kan niet anders dan constateren dat deze vlieger hier niet op gaat. Laten we er gezamenlijk voor zorgen dat kwaliteit inderdaad leidend wordt, en dat we diverse rolmodellen faciliteren. Zodat kinderen van nu zich kunnen herkennen en kunnen dromen. Wat vindt u van deze? 'Later, word ik baas van een groot kinderziekenhuis'. Of 'minister-president'. Want **zij** kan het ook.

### **Hoe gaat het nu met de patiënten**

Hoe is het nu met Marije, en met Gerben. Gelukkig gaat het beiden goed! Marije studeert, zij is gefascineerd geraakt door de onderliggende etiologie van haar aandoening en studeert biomedische wetenschappen. Wie weet wat zij in de toekomst zal ontdekken of ontwikkelen. Gerben is blij dat zijn hele traject achter hem ligt. Hij is terecht trots op wat hij, zijn ouders en broer, doorstaan hebben. Wat een veerkracht. Zij zijn mijn inspiratie om de uitdagingen die er voor ons liggen aan te gaan, en in te zetten op passende (in plaats van aangepaste) schoenen. Waarbij steeds geldt, **kinderen eerst**. Want zij, zijn 100% onze toekomst.

-----

Ik ben alweer aan het einde van deze rede, en ben nu toe aan mijn dankwoord.

Helaas kan ik niet iedereen apart bedanken, waarvoor mijn excuses.

Heel veel dank aan het college van bestuur van de Universiteit Leiden en de Raad van Bestuur van het LUMC voor het in mij gestelde vertrouwen. Dank ook aan de vele patiënten en hun ouders/zorgverleners voor het vertrouwen en de samenwerking, wat een belangrijke taak om voor jullie te hebben mogen zorgen. Aan Azra, en Gerben, dat ik jullie verhaal mocht delen! Dank aan de honderden collega's met wie ik heb mogen samenwerken.

Dank aan de studenten, naast kinderen ook onze toekomst! En hier vandaag goed vertegenwoordigd.

Ik dank mijn collega-afdelingshoofden, met name van Cluster Hart/Vrouw/Kind, het Clusterbestuur en de collega's binnen de Commissie Strategisch Kindzorg voor de prettige samenwerking.

### **Het team**

Dank aan het WAKZ team! Zoals jullie misschien al zien, het is tijd voor een nieuwe foto, om weer helemaal up to date te zijn. Alle kinderartsen, arts-assistenten, verpleegkundigen, dokters, assistenten, VS'en, PA's, pedagogisch medewerkers, en alle anderen die zich dagelijks inzetten voor onze patiënten binnen het WAKZ.

Dank aan mijn Rotterdamse collega's, jullie hebben me tot hier gebracht.

De PhD's die ik heb mogen opleiden en begeleiden.

Mijn collega's kinder MDL binnen heel Nederland.

Het APO, natuurlijk het gehele NVK-bestuur en bureau, Dianne Paarhuis als directeur. Nog een maand mag ik jullie voorzitter zijn, ik ga er nog even van genieten.

Janneke Samsom en Nick Croft, mijn research partners door dik en dun.

En alle andere onderzoekers waar ik de afgelopen jaren mee samen heb mogen werken, zoveel! Waardoor ik jullie hier onmogelijk persoonlijk kan bedanken.

Mijn vrienden, velen hier vandaag aanwezig, de Bossche Bollen, en hun partners.

Mijn familie, meer specifiek mijn ouders, Pap, Mam, Eric, Edith, Riet, Mart in gedachten, mijn zussen (Myrna, Monica, Anneke) en de hunnen, mijn schoonzus Ingrid en de haren.

### **Mijn gezin**

Mijn gezin! Leiden is heel duidelijk onze plek, zie ons hier trots zijn met het door Lara behaalde masterdiploma. Op dat moment wisten we nog niet dat ik haar voetsporen zou volgen. En ook naar Leiden zou komen. Lara en Amber, mijn prachtige dochters. Ik ben zo trots op jullie. Marcel, het is bijna niet te geloven. Maar het is echt waar. Nog een paar maanden, dan zijn wij alweer 37 jaar samen. Ik heb er nog lang niet genoeg van en hoop dat er nog vele jaren zullen volgen.

**‘Ik heb gezegd’.**

## Bibliografie

1. Global evolution of inflammatory bowel disease across epidemiologic stages. Hrcacs L, et al. *Nature*. 2025.
2. First-line treatment with infliximab versus conventional treatment in children with newly diagnosed moderate-to-severe Crohn's disease: an open-label multicentre randomised controlled trial. Jongsma MME, Aardoom MA, Cozijnsen MA, van Pieterse M, de Meij T, Groeneweg M, Norbruis OF, Wolters VM, van Wering HM, Hojsak I, Kolho KL, Hummel T, Stapelbroek J, van der Feen C, van Rheeën PF, van Wijk MP, Teklenburg-Roord STA, Schreurs MWJ, Rizopoulos D, Doukas M, Escher JC, Samsom JN, de Ridder L. *Gut*. 2022 Jan;71(1):34-42.
3. International prospective observational study investigating the disease course and heterogeneity of paediatric-onset inflammatory bowel disease: the protocol of the PIBD-SETQuality inception cohort study. Aardoom MA, Kemos P, Tindemans I, Aloï M, Koletzko S, Levine A, Turner D, Veereman G, Neyt M, Russell RK, Walters TD, Ruemmele FM, Samsom JN, Croft NM, de Ridder L; PIBD-SETQuality consortium and PIBD-NET. *BMJ Open*. 2020 Jul 1;10(7):e035538.
4. Serum Immune Profiling in Paediatric Crohn's Disease Demonstrates Stronger Immune Modulation With First-Line Infliximab Than Conventional Therapy and Pre-Treatment Profiles Predict Clinical Response to Both Treatments. Jongsma MME, Costes LMM, Tindemans I, Cozijnsen MA, Raatgreep RHC, van Pieterse M, Li Y, Escher JC, de Ridder L, Samsom JN. *J Crohns Colitis*. 2023 Aug 21;17(8):1262-1277.
5. Improved Clinical Outcomes With Early Anti-Tumour Necrosis Factor Alpha Therapy in Children With Newly Diagnosed Crohn's Disease: Real-world Data from the International Prospective PIBD-SETQuality Inception Cohort Study. Klomberg RCW, van der Wal HC, Aardoom MA, Kemos P, Rizopoulos D, Ruemmele FM, Charrout M, Escher HC, Croft NM, de Ridder L; PIBD-SETQuality collaborative group. *J Crohns Colitis*. 2024 May 31;18(5):738-750.
6. Infliximab in young paediatric IBD patients: it is all about the dosing. Jongsma MME, Winter DA, Huynh HQ, Norsal L, Hussey S, Kolho KL, Bronsky J, Assa A, Cohen S, Lev-Tzion R, Van Biervliet S, Rizopoulos D, de Meij TGJ, Shouval DS, Wine E, Wolters VM, Martinez-Vinson C, de Ridder L; Paediatric IBD Porto Group of ESPGHAN. *Eur J Pediatr*. 2020 Dec;179(12):1935-1944
7. Handvest-Kind-Zorg-2025.pdf





## PROF. DR. LISSY DE RIDDER



### Academic degrees

Aug 2025	Full Professor in Pediatrics, Head of Pediatric Department Willem Alexander Children's Hospital/ Leiden University Medical Center
July 2016	<b>Associate Professor</b> at Erasmus Medical Center, Rotterdam
January 2007	Doctorate at University of Amsterdam, Supervisor Prof. Dr HSA Heymans <b>Ph.D. Thesis:</b> "Pediatric inflammatory bowel disease: scoping the future. Genetics, diagnostics and therapeutics".
May 2006	<b>Pediatric Gastroenterologist</b> (re registered until April 30 2031)
May 2003	<b>Pediatrician</b> , Academic Medical Center, Amsterdam
1988 - 1995	<b>Medical School</b> , University of Amsterdam

### Appointments

Aug 2025 – present	Head of Pediatric Department Willem Alexander Children's Hospital/Leiden University Medical Center
Sep 2007 - Aug 2025	Pediatric gastroenterologist at Erasmus MC-Sophia Children's Hospital, Rotterdam
July 2006 - Sep 2007	Pediatric gastroenterologist at VUmc, Amsterdam
May 2006 - July 2006	Pediatric gastroenterologist at AMC, Amsterdam
April 2005	Fellow pediatric IBD, Hospital for Sick Kids, Toronto, Canada
May 2003 - May 2006	Fellow pediatric gastroenterology, Academic Medical Center, Amsterdam
Oct 1998- April 2003	Resident pediatrics, Amsterdam UMC



Universiteit  
Leiden