

om na het onderzoek toezicht te blijven houden op deze zorgverleners. Klopt deze veronderstelling? En zo ja, is het wenselijk om deze bevoegdheid alsnog te regelen? Zo blijft de meldplicht niet slechts een papieren tijger, maar wordt hij een leeuw met tanden.

De SGP vindt het een goede zaak dat de verplichte verklaring omtrent het gedrag voor alle zorgmedewerkers vervangen is door een regeling die meer op maat gemaakt is. Graag hoor ik nog wel een inhoudelijke argumentatie bij de keus van de minister om de vog nu verplicht te stellen voor zorgverleners die werken in een instelling waar ouderen, mensen met een handicap of mensen met een psychische stoornis wonen. De constatering die ik in de beantwoording las, namelijk dat deze keuze het midden houdt tussen de wens van brancheorganisaties en die van cliëntenorganisaties, vind ik wat mager. Kan de minister in haar antwoord op deze vraag ingaan op de door de Tweede Kamer gevraagde afweging van kosten en baten? Kan de minister aangeven hoeveel medewerkers voorkomen in de justitiële documentatie die wordt geraadpleegd bij het onderzoek ten behoeve van het afgeven van een vog? Pas als dat bekend is, kan een evenwichtige belangenafweging tussen kosten en baten gemaakt worden.

De SGP is er nog niet helemaal gerust op dat het intern melden van incidenten 100% veilig wordt. Ik vraag de minister hoe zij voorkomt dat zorgverleners minder bereid zijn om incidenten te melden omdat het Openbaar Ministerie mogelijk — hoewel slechts in bijzondere omstandigheden — informatie uit de incidentenregistratie gaat gebruiken bij de opsporing van strafbare feiten. Zou het niet verstandiger zijn om deze bevoegdheid van het OM te schrappen, omdat informatie over zware misdrijven altijd ook wel op andere manieren te achterhalen moet zijn?

Ik constateer dat de huidige meldplicht bij grensoverschrijdend seksueel gedrag waarbij sprake is van lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht voor wat betreft het ongewenst seksuele aspect meer omvat dan de nieuw voorgestelde meldplicht bij geweld in de zorgrelatie. Erkent de minister dat seksueel overschrijdend gedrag een ruimer begrip is dan het plegen van een van de zedenmisdrijven uit het Wetboek van Strafrecht? Het gaat dan bijvoorbeeld ook om seksueel getinte opmerkingen door hulpverleners. Ik neem aan dat het niet de bedoeling van de minister is om de meldplicht in te perken. Is dat inderdaad zo? En wil zij dat dan eventueel ook repareren?

Ik kom bij het deel van de wet dat gaat over klachten en geschillen. De SGP steunt de gedachte om klachten en geschillen in eerste instantie zo veel mogelijk tussen de zorgverlener en de patiënt onderling te laten oplossen. De nieuwe, bemiddelende rol van de verplichte klachtenfunctionaris kan daarbij goed uitpakken. Ik vraag de minister of zij nader wil toelichten waarom zij niet bang is dat dit wetsvoorstel leidt tot een vermenging van klachten en claims bij de geschillencommissie. Waarom is er niet voor gekozen om klachten en claims volgtijdelijk te laten behandelen? Kan de minister ingaan op de vrees van artsen dat het medisch handelen te veel bepaald zal worden door de angst voor een mogelijke claim, met defensief handelen tot gevolg?

Het wetsvoorstel introduceert ook een nieuw fenomeen, te weten de collectieve actie die ingesteld kan worden bij een geschillencommissie. Zou het niet in de rede liggen om de

bepaling uit het BW te blijven volgen, waarin de belangengroep eerst moet proberen om met de gedaagde tot overeenstemming te komen? Dat staat in artikel 305a, lid 2. Dat sluit toch beter aan bij de tweetrapsraket die ook voor individuele klachten wordt gekozen?

Ik kom aan het einde van mijn betoog. Nadat de wetswijziging van artikel 13 over de vrije artskeuze in deze Kamer is gestrand, heeft de minister in de brief Kwaliteit loont aangegeven dat zij nadere eisen gaat stellen aan de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg. Ze wil daarbij gebruikmaken van de bevoegdheid die ze krijgt op basis van artikel 5, lid 2, van de Wkkgz. Is het mogelijk dat de Eerste Kamer nog voor de stemmingen inzicht krijgt in het concept voor de Algemene Maatregel van Bestuur, zodat we die kunnen betrekken bij ons eindoordeel over deze wet? Aangezien het de bedoeling is om die AMvB al per 1 januari 2016 te laten ingaan, lijkt mij dat er al een gerijpt stuk moet liggen.

Ik sluit af, maar niet dan nadat ik mevrouw Bredenoord alvast heel veel succes heb gewenst met haar maidenspeech.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Ik geef het woord aan mevrouw Bredenoord. Ik zal eerst de stemmingsbel luiden zodat iedereen weet dat er sprake is van een maidenspeech.



Mevrouw Bredenoord (D66):

Voorzitter. Het is een eer om over een zo wezenlijk onderwerp als kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg vandaag in deze Kamer mijn maidenspeech te mogen houden. Ik zeg er meteen ook bij: ik worstel ook met deze wet. Enerzijds is het garanderen van een hoge kwaliteit in onze zorg en het bieden van een laagdrempelige, goedlopende klachten- en medische claimregeling een belangrijk onderdeel van de positie en de rechtspositie van de patiënt. Het raakt bovendien aan mijn vakgebied, de medische ethiek.

De opkomst van de moderne medische ethiek hangt nauw samen met de verschrikkingen van de Tweede Wereldoorlog en de maatschappelijke en technologische veranderingen vanaf de jaren zestig. Patiëntenrechten, autonomie en het zelfbeschikkingsrecht werden belangrijke pijlers in onze gezondheidszorg. Wetgeving ter ondersteuning van die patiëntenrechten kan de gelijkwaardigheid tussen hulpverlener en patiënt bevorderen.

Maar anderzijds heeft mijn fractie serieuze zorgen of de voorgestelde regeling de positie van de patiënt ook daadwerkelijk zal verstevigen en of er niet juist ook ongewenste effecten zullen optreden.

Ik begin bij het deel van het wetsvoorstel dat handelt over kwaliteit. Mijn fractie ondersteunt de maatregelen die voorgesteld worden voor de bewaking en verbetering van de kwaliteit van zorg. Het wettelijk verankeren van een verplichting voor de zorgaanbieder voor het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens ten aanzien van de kwaliteit van zorg, past binnen wat door het Amerikaanse Institute of Medicine de "learning health care

system" genoemd wordt. Dat is een gezondheidszorgsysteem waarin zorg voor patiënten geïntegreerd is met medisch-wetenschappelijk onderzoek zodat alle aangeboden interventies voortdurend bestudeerd en verbeterd kunnen worden. Lerende dus als belangrijke morele pijler. Recente schandalen omtrent bijvoorbeeld de PIP-borstimplantaten en de Metal-on-Metal-heupimplantaten tonen het belang van systematische registratie aan, zodat altijd te achterhalen is welke patiënt welke interventie, welk implantaat of welk hulpmiddel gekregen heeft en om ook de langetermijneffecten te kunnen nagaan. Wat het onderdeel kwaliteit betreft, heeft mijn fractie wel nog een aantal vragen.

De Wkkgz introduceert de zogenaamde vergewisplicht: de zorgaanbieder moet zich ervan vergewissen dat de wijze waarop de zorgverlener in het verleden heeft gefunctioneerd het aannemen van de zorgverlener niet in de weg staat. De vergewisplicht wordt niet verder ingevuld, maar tijdens de plenaire behandeling in de Tweede Kamer heeft de minister aangegeven dat het de bedoeling is dat een zorgaanbieder bij de werkgever van een sollicitant inlichtingen inwint over diens functioneren. Hoe ver moet de zorgaanbieder gaan met het nalopen van iemands antecedenten? Het doel van de vergewisplicht is goed, namelijk voorkomen dat iemand die slecht functioneert elders opnieuw aan de slag kan gaan. Zo nu en dan lezen we helaas de voorbeelden in de krant als het echt flink misgaat. Maar in artikel 11, eerste lid, wordt ook een meldplicht van ontslag van zorgverleners bij disfunctioneren geïntroduceerd: de zorgaanbieder die een zorgverlener ontslaat wegens disfunctioneren moet dit melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Mijn fractie ondersteunt in principe een dergelijke meldplicht, maar zoals het er nu staat, roept het bij mijn fractie vragen op. Hoe verhouden de vergewisplicht en de meldplicht zich tot elkaar? Maakt de meldplicht de vergewisplicht niet overbodig? Als de IGZ het onderzoek naar aanleiding van een melding van disfunctioneren nog niet heeft afgerond, kan de ontslagen zorgverlener in de tussentijd wel ergens aan de slag of blijft iemand thuis gedurende het onderzoek?

Tevens hebben wij vragen over de reikwijdte van de meldplicht. In de eerste nota van wijziging is de meldplicht voor grensoverschrijdend seksueel gedrag vervangen door de meldplicht voor geweld in de zorgrelatie. Waarom wordt niet ook expliciet grensoverschrijdend seksueel gedrag genoemd?

De Wkkgz schrijft voor dat de zorgaanbieder een schriftelijke overeenkomst sluit met zorgverleners, die waarborgt dat zij zich bij hun werkzaamheden laten leiden door de op de zorgaanbieder rustende wettelijke verplichtingen en de regels die de zorgaanbieder heeft vastgesteld omtrent de zorgverlening. Deze overeenkomst moet gesloten worden met zorgverleners tenzij sprake is van een privaatrechtelijke of publiekrechtelijke dienstbetrekking. In de praktijk zal het dus gaan om bijvoorbeeld uitzendkrachten en zzp'ers. Hoe ziet de minister dit concreet voor zich? Zeker voor uitzendkrachten die dagelijks in wisselende instellingen werkzaam zijn, kan dit extra bureaucratie veroorzaken. Elke minuut onnodige bureaucratie gaat ten koste van handen aan het bed. Is de cao voor uitzendkrachten hier niet voldoende? Daarin is namelijk bepaald dat de uitzendkracht zijn of haar werkzaamheden verricht onder leiding en toezicht van de opdrachtgever.

Ik kom nu bij het gedeelte van de wet waarin een nieuwe regeling wordt voorgesteld voor het behandelen van klachten en geschillen in de zorg. Een goedlopende, laagdrempelige regeling voor klachten en medische schadeclaims vindt de D66-fractie een belangrijk onderdeel van de rechtspositie van de patiënt. De Wkkgz verplicht de zorgaanbieder om, in overeenstemming met een representatief te achten organisatie van cliënten, een schriftelijke klachtenregeling op te stellen. Daarbij verplicht de wet zorgaanbieders om over een klachtenfunctionaris te beschikken, hetgeen mijn fractie een goede zaak vindt. Immers, in de praktijk hebben klachtenfunctionarissen hun nut en hun functie als laagdrempelige klachtenafhandeling bewezen. Daarnaast verplicht de wet zorgaanbieders om zich aan te sluiten bij een externe, door representatieve organisaties van cliënten en zorgaanbieders in te stellen en door de minister te erkennen geschillencommissie.

In een van de NIVEL-rapporten over de klachtenregelingen staat heel mooi: "Een klacht is een relatiesignaal". Een klacht begint met een patiënt bij wie bijvoorbeeld een fout is gemaakt of bij wie zich een complicatie heeft voorgedaan, die gekrenkt is, of die zich onheus bejegend of niet gezien voelt. Het wordt pas een klacht in formele zin als het gevoel van ongenoegen geformaliseerd wordt en in een procedure terecht komt. Uit verschillende studies blijkt dat patiënten behoefte hebben aan een laagdrempelige en informele vorm van klachtenafhandeling, in de nabijheid van de plek waar de klacht ontstond. Het heeft natuurlijk juist ook in de zorg de voorkeur om klachten informeel af te kunnen handelen, met het spreekwoordelijke "goede gesprek" tussen hulpverlener en patiënt, eventueel via mediation. Uiteraard dient er een duidelijke, toegankelijke, formele route te zijn, maar ik mis in dit wetsvoorstel voorstellen ter verbetering van die informele klachtenafwikkeling, voordat er eigenlijk sprake is van een klacht in formele zin. Is de minister van plan om te investeren in het informele traject aan de voorkant, om zo te voorkomen dat een uiting van ongenoegen überhaupt een klacht wordt?

In het verlengde hiervan mis ik aandacht voor hoe we de hulpverleners kunnen helpen beter om te gaan met een klacht of claim. De hulpverlener wordt weleens het "second victim" genoemd. Hij of zij schrikt er natuurlijk van dat er iets misgegaan is, of van bepaalde emoties of ontevredenheid bij de patiënt en zal daardoor wellicht ook minder professioneel naar de patiënt kunnen optreden. Hoe wil de minister investeren in de opvang van hulpverleners? Ik denk bijvoorbeeld aan het nog verder versterken van professionele vaardigheden en attitudes om hier goed mee om te gaan en het informele traject aan de voorkant te verbeteren.

De D66-fractie vindt het van het grootste belang dat de formele route vooraf wordt gegaan door een adequate informele route. Lukt het toch niet om er samen uit te komen, dan dient er uiteraard een goede klachtenprocedure te zijn. Op dit moment hebben verschillende zorgaanbieders interne klachtencommissies. Zo zijn de huisartsen aangesloten bij regionale klachtencommissies. Werken deze klachtencommissies naar tevredenheid? Volgens mij is het antwoord "ja en nee". Ja, want in procedurele zin lijken de klachtencommissies goed te functioneren. Nee, want evaluaties van de klachtencommissies geven aan dat veel patiënten die een klacht hebben ingediend achteraf niet tevreden zijn met de klachtafwikkeling. Er is de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in klachtencommissies, maar ook recentere evaluaties laten zien dat er nog veel ruimte voor

verbetering is. De jure schaft het wetsvoorstel de klachtencommissies niet af, maar in de praktijk zou dit voorstel wel eens het einde van de commissies kunnen betekenen, ook van de commissies die nu redelijk lopen. Dit heeft onder andere te maken met de verplichte aansluiting bij een geschillencommissie. Als instellingen er namelijk voor zouden willen kiezen om hun klachtencommissie te handhaven, komen zij met dubbele kosten te zitten voor een klachtenfunctionaris, een klachtencommissie en de verplichte aansluiting bij de geschillencommissie. Zeker voor kleinschalige zorgaanbieders kan dit betekenen dat zij misschien redelijk lopende klachtencommissies moeten afschaffen. Deelt de minister deze zorg en is zij bereid kleinschalige zorgaanbieders hierin tegemoet te komen?

Ook de voorgestelde termijn van zes weken kan negatief uitpakken. Als een klacht binnenkomt, dient deze onderzocht te worden. Er dient sprake te zijn van hoor- en wederhoor, maar wellicht dat men als commissie nog eens bij elkaar wil komen. In de praktijk is het niet ongebruikelijk dat een klachtencommissie wat langer nodig heeft om tot een zorgvuldig oordeel te komen. Deelt de minister onze mening dat de termijn van zes weken krap is? Waarom heeft de minister ervoor gekozen om niet aan te sluiten bij de termijn van drie maanden, zoals die wordt gehanteerd door de Gedragscode openheid medische incidenten, de GOMA-code? Alle partijen zijn immers sinds 2010 bezig geweest hun praktijken aan de GOMA-code aan te passen. Is de minister van mening dat de huidige vorm van het wetsvoorstel in de praktijk zal betekenen dat de klachtencommissies afgeschaft of vervangen zullen worden? Hoe verhoudt zich dat tot het voornemen om tot "een effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten" te komen? Wat betekent dit voor het kwaliteitsaspect van het klachtrecht?

Een heikel punt in het wetsvoorstel is het gebrekkige onderscheid tussen klachten en claims. Het kan natuurlijk dat een patiënt door bijvoorbeeld het inadequaaf afhandelen van een complicatie of een medische fout zowel een klacht als een claim wil indienen, maar over het algemeen is een klacht iets heel anders dan een medische schadeclaim. Dat vraagt om een andere aanpak en afwikkeling. Patiënten die een klacht indienen, zijn niet zozeer uit op een financiële schadevergoeding, maar op erkenning van hun bezwaren en het voorkomen dat een andere patiënt hetzelfde overkomt. Daarmee kan het klachtrecht gezien worden als een belangrijk kwaliteitsinstrument. Een van onze grote zorgen, en met mij van zorgaanbieders en gezondheidsjuristen, is dat een klacht in de toekomst sneller verwordt tot een claim. Bijvoorbeeld: in de voorgestelde regeling dient de zorgaanbieder binnen zes weken een schriftelijke reactie te geven, waarin met redenen omkleed is aangegeven tot welk oordeel het onderzoek van de klacht heeft geleid, welke beslissingen de zorgaanbieder over en naar aanleiding van de klacht heeft genomen en binnen welke termijn maatregelen waartoe is besloten, zullen zijn gerealiseerd. Ten eerste kan dit betekenen dat, wanneer de informele klachtenafhandeling door de klachtenfunctionaris niet tot voldoende resultaat leidt, de zorgaanbieder zelf de klacht moet afhandelen. Zeker bij solistisch werkende zorgaanbieders kan dit het geval zijn. Dat is enerzijds natuurlijk letterlijk zo dicht bij het ontstaan van de klacht als mogelijk is, maar dat kun je geen onafhankelijk advies noemen. Hoe ziet de minister dit? Ten tweede, als de patiënt zich vervolgens niet kan vinden in het oordeel van de zorgaanbieder, kan hij of zij met zijn of haar klacht naar de geschillencommissie. Met de klacht kan de patiënt ook meteen een financiële claim neerleggen. Dat was misschien wel helemaal niet waar de

patiënt op uit was. We weten immers dat de motieven van patiënten voor het indienen van een klacht niet gericht zijn op geldelijk gewin, maar op genoegdoening en op het voorkomen dat anderen hetzelfde overkomt. Maar als de commissie daar ook over gaat, waarom dan niet even kijken of er ook financiële implicaties zijn, gewoon omdat het kan? Niks menselijks is ons vreemd.

Mijn fractie erkent dat de mogelijkheden voor patiënten om een claim beoordeeld of erkend te krijgen verre van optimaal zijn. We staan niet op voorhand afwijzend ten opzichte van een meer laagdrempelige route dan nu het geval is, bijvoorbeeld via een geschilleninstantie. Maar doordat de geschillencommissies zowel klachten als claims kunnen afwikkelen, maken wij ons zorgen over onbedoelde negatieve effecten, zoals een toename van juridisering in de zorg en het ontstaan van een claimcultuur. Deelt de minister de zorg ten aanzien van de toename van een claimcultuur?

Een ander onbedoeld negatief effect kan een toename van defensief medisch handelen zijn. Defensief medisch handelen, komt de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg niet ten goede en maakt ook de positie van de patiënt niet beter. De ervaring leert dat een terughoudende of defensieve houding van artsen ten aanzien van klachten juist tot escalatie en formalisering leidt. Defensief medisch handelen, leidt tevens tot overdiagnostiek — een extra CT, een extra bloedonderzoek — en in extremis verwordt de zorg tot een onbetaalbare geruststellingsindustrie, met als uitwas Amerikaanse toestanden waar liability als de olifant in de spreekkamer aanwezig is. Erkent de minister dat klachten en claims een andere doelstelling hebben en dat het daarmee op zijn minst onlogisch en wellicht ook onwenselijk is dat ze samengevoegd worden? Kan de minister onze zorg wegnemen ten aanzien van het ontstaan van een claimcultuur en een toename van defensief medisch handelen?

Het wetsvoorstel had ook zo ingericht kunnen worden dat er voor klachten en claims twee aparte paden blijven. Voor klachten kan de patiënt dan terecht bij de klachtenfunctionaris, waardoor ook de huidige klachtencommissies kunnen worden behouden voor de afhandeling van klachten. De geschillencommissies richten zich dan uitsluitend op medische schadeclaims. Waarom heeft de minister niet gekozen voor deze variant? Immers, mede op grond van wat we weten van de wensen en behoeften van patiënten, is er geen reden om aan te nemen dat een op afstand van de zorgaanbieder staande externe geschillencommissie voor de patiënt aantrekkelijker is dan de huidige nabije klachtencommissie.

Onze fractie heeft ook wat vragen over hoe de werking van de geschillencommissie zich verhoudt tot artikel zes van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. Daarin is bepaald dat bij de vaststelling van burgerlijke rechten en plichten de oordelende instantie onafhankelijk en onpartijdig dient te zijn en bij wet moet zijn ingesteld. De geschillencommissie, zoals voorgesteld in de Wkkgz, wordt ingesteld door representatieve organisaties van cliënten en zorgaanbieders en erkend door de minister. Meent de minister dat bij toetsing in Straatsburg de bepaling van "onafhankelijk en onpartijdig" stand zal houden?

Artikel 6 EVRM vereist verder dat de behandeling van een zaak en de uitspraak openbaar zijn. Het wetsvoorstel schrijft slechts voor dat de uitspraak openbaar is, waarbij de klager anoniem blijft. Ook andere eisen uit artikel 6, zoals hoor en

wederhoor, adequate motivering en toegang tot processtukken, zijn in het wetsvoorstel niet terug te vinden. Kan de minister duidelijkheid verschaffen over de verenigbaarheid van dit wetsvoorstel met artikel 6 EVRM?

Vervolgens een opmerking over vorm en samenstelling van de geschillencommissies. Het succes van de geschillencommissies zal worden bepaald door de deskundigheid en de toegankelijkheid van de commissies en door de snelheid en zorgvuldigheid waarmee zij hun werk zullen doen. In het wetsvoorstel is bepaald dat de geschillencommissie haar werkzaamheden uitoefent op basis van een schriftelijke regeling en dat ze bevoegd is een bindende uitspraak te doen, alsmede een vergoeding van maximaal €25.000 toe te kennen. Kan de minister toelichten wat er in die schriftelijke regeling dient te staan? Wordt er een mondelinge behandeling aan gewijd, of vindt er een schriftelijke behandeling plaats? Komen er regionale zittingen, of alleen landelijke? Dergelijke factoren maken natuurlijk uit voor de vermeende toegankelijkheid en laagdrempeligheid van de afhandeling van geschillen. Kortom, wat is de procedure? Eigenlijk hebben we op dit moment geen zicht op dat proces.

Verwacht de minister dat patiënten die een geschil voorleggen aan de geschillencommissie hierbij juridische ondersteuning nodig hebben? Zo ja, worden de kosten die de patiënt gemaakt heeft voor bijvoorbeeld juridische ondersteuning ook vergoed en, zo ja, door wie?

Ik kom tot een afronding. Mijn fractie onderschrijft het uitgangspunt van deze wet. Hoe kun je tegen het waarborgen van een hoge kwaliteit, het voortdurend verbeteren van de zorg en het versterken van de positie van de patiënt zijn? Mijn fractie vraagt zich echter af of de voorgestelde regeling de positie van de patiënt daadwerkelijk zal verstevigen, of er voldoende geïnvesteerd wordt in het informele traject aan de voorkant, of er niet juist ook ongewenste effecten zullen optreden en of de belasting voor zorgaanbieders in alle gevallen evenredig is. De leden van mijn fractie zien uit naar de antwoorden van de minister.

De voorzitter:

Mevrouw Bredenoord, u blijft nog even staan. Mijn hartelijke gelukwensen met uw maidenspeech. Mag ik ook op uw maatschappelijke achtergrond kort ingaan? De Eerste Kamer heeft een reputatie in het herbergen van wetenschappers. Dat past bij het beschouwende en op inhoudelijke argumentatie gerichte karakter van dit huis. Gelukkig zijn die wetenschappers zelden studeerkamergeleerden, maar doorgaans mensen met een brede maatschappelijk blik en een praktische inslag. U kunt met recht geplaatst worden in deze traditie. U bent weliswaar een wetenschapper pur sang, maar uw interesse strekt zich gezien uw cv uit tot tal van maatschappelijke terreinen. U bent al bijna vijftien jaar politiek actief, maar dit is uw eerste podium als volksvertegenwoordiger.

U studeerde van 1997 tot 2003 theologie aan de Universiteit Leiden en aan dezelfde universiteit politicologie van 2002 tot 2007. U werkte van 2003 tot 2005 als docent medische ethiek aan het Leids Universitair Medisch Centrum en van 2005 tot 2009 als onderzoeker bij de faculteit Health, Medicine and Life Sciences aan de Universiteit Maastricht. Vanaf 2008 bent u universitair docent/hoofddocent (bio)medische ethiek aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht. In

2010 promoveerde u in de medische ethiek aan de Universiteit Maastricht op het proefschrift: "Ethics at the interface of reproductive medicine and genetic technology: the case of mitochondrial disorders". Dat laatste zijn, als ik het goed begrijp, aandoeningen in de stofwisseling die langs de vrouwelijke lijn overerven. U richt zich als wetenschapper op ethische vragen omtrent nieuwe, vaak controversiële biomedische technologie, zoals stamcelonderzoek en genetica. Naast uw werk aan de universiteit bent u actief bij tal van gremia op dat terrein. Van 2011 tot 2013 was u lid van de Jonge Gezondheidsraad en momenteel bent u lid van De Jonge Akademie van de KNAW.

Uw interesse in maatschappelijke en politieke vraagstukken is volgens uw eigen website in uw tienertijd ontstaan, thuis aan de keukentafel, met geregelde discussies over het Paarse kabinet, dat ook tal van ethische kwesties aanvatte. Uit die tijd dateert uw bewondering voor uw partijgenote en toenmalig minister van VWS, Els Borst, die in het bijzonder betrokken was bij medisch-ethische beleidskwesties. Op uw site geeft u aan dat wetenschap en technologie steeds meer vervlochten raken met politiek, ethiek en samenleving en dat dit ook in de besluitvorming vraagt om mensen die zich op verschillende terreinen thuis voelen.

Dit uitgebreide wetenschappelijke palet aan activiteiten heeft u niet weerhouden van politieke activiteiten. Sinds uw studie is D66 een rode draad in uw leven. U liep al stage bij het wetenschappelijk bureau van D66 en was in 2002 en 2003 fractieassistent van D66 in de gemeenteraad van Leiden. Daarna was u lid van de programmacommissie van D66 voor de Tweede Kamerverkiezing van 2010. U werd in 2011 voorzitter van de afdeling Utrecht van uw partij en in weerwil van uw jeugdige leeftijd — het is echt een oude dame die nu spreekt! — bent u vanaf 2013 lid van de Landelijke Talentcommissie D66.

Ook de media is het niet ontgaan dat een aantal jeugdige, veelbelovende vrouwelijke senatoren in de nieuwe Eerste Kamer hebben plaatsgenomen. Een groot landelijk dagblad, te weten de Volkskrant, besteedde hier al in maart van dit jaar, nog voor de Statenverkiezingen en de Eerste Kamerverkiezing, aandacht aan. We zagen daarin interviews met u en Mirjam Bikker, thans collega-senator. Ook Christine Teunissen, thans ook lid van dit huis, kwam in de media met interviews aan bod. De boodschap van Els Borst, "De politiek is te belangrijk om alleen aan mannen over te laten", is kennelijk aangekomen.

Ik wens u alle succes met uw verdere bijdrage aan het werk van de Kamer. Ik schors de vergadering om de collegae de gelegenheid te geven om u geluk te wensen met uw maidenspeech. Ik zal dat zelf weer als eerste doen.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.



De heer **Ganzevoort** (GroenLinks):

Voorzitter. Ik feliciteer allereerst de collega's Don en Bredenoord met hun maidenspeech. Hun deskundige en betrokken inbreng belooft veel en het is goed om er een theoloog bij te hebben.

Het wetsvoorstel dat wij vandaag behandelen, heeft niet alleen een lange, maar vooral ook een verwarrende voorge-