

## **De onafhankelijke klachtencommissie als bedoeld in artikel 10 van de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg regio Eindhoven**

is inzake de klacht 2026-66883 van:

De heer

XXXX, geboren op XXXX, ten tijde van de klacht verblijvend in De Woenselse Poort, onderdeel van GGzE, De Volte 1-C, tot het navolgende oordeel gekomen.

### **1. De procedure**

De klachtencommissie ontving op 13 maart 2026 een klaagschrift, gedateerd op diezelfde, van de heer XXXX, hierna te noemen klager.

De klacht richt zich volgens het klaagschrift tegen het feit dat er volgens klager geen zorgplan is, terwijl dat een klachtgrond is op grond van artikel 9.4 Wvvgz.

Klager heeft zich laten bijstaan door mevrouw XXXX, patiëntenvertrouwenspersoon, hierna te noemen: 'PVP.

Nadat de instelling aan de klachtencommissie had laten weten dat zij de klacht gegrond achtte, heeft de klachtencommissie besloten geen mondelinge behandeling te bepalen maar beide partijen verzicht om zich uit te laten over de door klager tevens verzochte schadevergoeding.

Klager heeft dat eerst gedaan via zijn PVP op 8 april 2026 waarna de instelling daarop heeft gereageerd bij schriftelijk verweer d.d. 21 april 2026.

De uitspraak is vervolgens bepaald op heden.

### **2. Inhoud van de klacht**

De klacht richt zich op:

het ontbreken van een zorgplan. Klager heeft zijn zorgplan bij de instelling opgevraagd maar ontving slechts een leeg formulier. Er zou wel een zorgplan zijn besproken in oktober 2025 maar toen hij dat zorgplan opvroeg ontving hij niets, behalve een blanco evaluatieformulier.

Volgens klager zijn er meerdere fouten gemaakt en zaten er onjuistheden in zijn dossier terwijl andere zaken juist uit het dossier waren weggelaten. Klager wil aan de klachtencommissie meegeven in het kader van de beoordeling van zijn klacht.

### **3. Standpunt van klager**

Klager verzoekt de klachtencommissie om zijn klacht gegrond te verklaren. Hij verzoekt tevens schadevergoeding. Via zijn PVP onderbouwt hij dat verzoek om schadevergoeding op basis van de Oriëntatiepunten voor schadevergoeding in verplichte zorgzaken van de LOVF. Klager geeft aan dat er in het verleden eerder fouten zijn gemaakt in zijn dossier en nu ontbreekt kennelijk ook nog eens zijn zorgplan, terwijl een actueel en accuraat zorgplan een wettelijk vereiste is. Klager ervaart een gevoel van onmacht en van wantrouwen. Het voelt volgens hem frustrerend dat er telkens fouten worden gemaakt. Er bestaat nu onduidelijkheid ten aanzien van zijn behandeling en behandeldoelen en hij vindt dat daar een compensatie bij past in financiële zin.

Hij sluit aan bij de oriëntatiepunten 'Overige vormen van verplichte zorg zonder geldige titel' en verzoekt om een schadevergoeding van € 5,- per dag dat er geen zorgplan was over een periode vanaf 1 oktober 2025 tot aan de datum van het indienen van zijn klacht -althans tot 8 april 2026- zijnde 189 dagen x € 5,- = € 945,-.

### **4. Standpunt van verweerster**

Verweerster erkent dat er een Wvggz-zorgplan ontbreekt en heeft ingestemd -net als klager- met een schriftelijke afhandeling van de klacht. Volgens verweerster dient er een onderscheid te worden gemaakt tussen een 'Wvggz-zorgplan' en een 'regulier zorgplan'. In het Wvggz zorgplan worden de vormen van verplichte zorg opgenomen die aan klager kunnen worden aangezegd. In het 'reguliere zorgplan' worden de uitgangspunten van de WGBO en de vrijwillige zorg opgenomen.

Er zijn dus 2 zorgplannen. In het kader van het reguliere zorgplan vindt tenminste éénmaal per 6 maanden een zorgplanbespreking plaats en wordt ook gekeken naar de risicotaxatie op basis waarvan de (on)mogelijkheden worden besproken voor verlof.

In het Wvggz-zorgplan worden de eventueel op klager toepasselijke vormen van verplichte zorg opgenomen.

Volgens verweerster kan op basis van de Wvggz de klachtencommissie alleen oordelen over het (eventueel) ontbreken van een Wvggz-zorgplan en dus niet over het 'andere', zogenaamde reguliere zorgplan omdat de klachtencommissie daartoe op grond van de wet niet bevoegd is. Verder betwist verweerster dat klager schade zou hebben ondervonden omdat er geen Wvggz-zorgplan zou zijn. De door klager aangevoerde omstandigheden zien immers alleen op het ontbreken van het reguliere zorgplan en dat is een omstandigheid waar de klachtencommissie niet over mag oordelen. Bovendien is er in de betreffende periode ook geen verplichte zorg op basis van het Wvggz-zorgplan toegepast.

In het verlengde van het voorgaande kan dus ook geen aansluiting worden gezocht bij de Oriëntatiepunten verplichte zorg en dient het verzoek om een schadevergoeding te worden afgewezen.

Subsidiar, mocht de klachtencommissie wel toekomen aan het toewijzen van een schadevergoeding dan verzoekt verweerster de klachtencommissie de schadevergoeding te matigen tot € 20,- op basis van het ontbreken van de zorgvuldigheid bij toepassing van verplichte zorg (op basis van de Oriëntatiepunten) en meer subsidiar tot € 400,- namelijk over de periode

vanaf 1 februari (80 dagen) omdat het ontbreken van het Wvggz-zorgplan lijkt voort te komen uit de overgang van het EPD per die datum.

## **5. Bevoegdheid van de klachtencommissie**

Aan klager was ten tijde van het indienen van de klacht de strafrechtelijke maatregel terbeschikkingstelling met dwangverpleging opgelegd. Op personen die om die reden zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis zoals GGzE/De Woenselse Poort, is op grond van artikel 9:1 Wvggz de klachtprocedure van deze wet van toepassing. Klager klaagt over het ontbreken van een zorgplan, zoals bedoeld in artikel 9.4 Wvggz, zodat de klachtencommissie bevoegd is van de klacht van klager kennis te nemen.

## **6. De beoordeling van de klachten**

Klager en verweerster zijn het erover eens dat de klacht gegrond is omdat een (actueel en adequaat) zorgplan ontbreekt. Reeds om die reden en omdat zulks vaststaat zal de klachtencommissie de klacht van klager gegrond verklaren. Het opstellen van een zorgplan, zo spoedig mogelijk na opname in overleg met een cliënt, is immers een wettelijk vereiste en daaraan is in de onderhavige zaak niet voldaan.

De klachtencommissie komt vervolgens toe aan het verzoek van klager om een schadevergoeding toe te kennen nu aan dat wettelijk vereiste niet wordt voldaan.

Klager onderbouwt zijn verzoek door aan te geven dat er in het verleden meerdere zaken fout zijn gegaan, die ook in het kader van een Wkkgz-klachtenbeoordeling gegrond zijn verklaard. Nu ook een zorgplan ontbreekt ervaart klager temeer gevoelens van en van wantrouwen. Het voelt volgens hem frustrerend dat er telkens fouten worden gemaakt. Er bestaat nu onduidelijkheid ten aanzien van zijn behandeling en behandeldoelen en hij vindt dat daar een compensatie bij past in financiële zin

De klachtencommissie deelt die mening van klager. Verweerster geeft weliswaar aan dat de gevoelens van frustratie, onmacht en wantrouwen met name betrekking hebben op omstandigheden die betrekking hebben op het ontbreken van een regulier zorgplan (en dus niet op het ontbreken van een Wvggz-zorgplan), zulks neemt niet weg dat klager terecht klaagt over het ontbreken van dat zorgplan en dat hij bij de ervaren gevoelens dan geen onderscheid maakt - zelfs niet kan maken - tussen het ontbreken van het ene of van het andere zorgplan.

De klachtencommissie stelt vast aan de hand van de door verweerster overgelegde stukken dat noch sprake is van een 'regulier zorgplan', noch van een 'Wvggz-zorgplan' volgende de minimale professionele standaard. Voor de inhoud van een 'regulier zorgplan' verwijst de klachtencommissie naar de minimale geldende eisen vanuit de richtlijn „Kwaliteitskader Forensische Zorg 2021 - 2028”:

*„Voor iedere patiënt/cliënt wordt een risicotaxatie uitgevoerd middels een erkend instrument. Op basis van de uitkomsten wordt, waar geïndiceerd of waar nodig, een (vroeg) signaleringsplan opgesteld. Risicotaxatie en een signaleringsplan (en waar van toepassing een*

*terugvalpreventieplan) vormen een integraal onderdeel van het behandelplan/begeleidingsplan.” (pagina 17)*

*„De patiënt/cliënt ontvangt een behandelplan/begeleidingsplan op maat. Het behandelplan /begeleidingsplan is onderdeel van de behandelcyclus.*

*a. Het behandelplan/begeleidingsplan wordt multidisciplinair en zoveel mogelijk in samenspraak met de patiënt/cliënt en waar mogelijk reclassering opgesteld, geëvalueerd en bijgesteld. Het behandelplan/begeleidingsplan is een dynamisch document dat wordt bijgesteld wanneer dat nodig is. Minimaal halfjaarlijks wordt het plan volledig geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Dit gebeurt vaker wanneer de situatie daarom vraagt. Indien de vervolgorganisatie al in beeld is sluit deze aan bij deze besprekingen.*

*b. Met het opstellen van het behandelplan/begeleidingsplan wordt zo snel mogelijk gestart na het eerste contact met de patiënt/cliënt. Een eerste definitieve versie van het behandelplan/ begeleidingsplan wordt afgerond na de observatieperiode/kennismakingsperiode en is bij voorkeur binnen zes weken en uiterlijk binnen drie maanden na intake gereed. Wanneer nog niet alle informatie compleet is, is in het plan opgenomen hoe hiertoe te komen en wordt aanvullende informatie op een later moment aan het dynamische document toegevoegd.*

*c. De eerste definitieve versie van het behandelplan/begeleidingsplan wordt opgesteld op basis van delictanalyse (indien beschikbaar), de risicotaxatie (indien beschikbaar), de beschermende factoren, de eisen van de rechter/reclassering en stoornis-specifieke diagnostiek. Daarnaast is het behandelplan/begeleidingsplan afgestemd op iemands persoonlijke behoeften, krachten, kwetsbaarheden, wensen en voorkeuren.*

*d. Het behandelplan/begeleidingsplan bevat (SMART) doelen met helder beschreven doorlooptijden, waaronder het beoogde einddoel. Deze zijn te allen tijde transparant voor de patiënt/ cliënt. De professional en de patiënt/cliënt zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het halen van de doelen en de doorlooptijden.*

*e. Professionals sluiten in het behandelplan/begeleidingsplan aan bij de belevingswereld binnen de sociale context en vaardigheden van de patiënt/cliënt. Van belang is dat de patiënt/cliënt zo veel mogelijk geïnformeerd is over waar hij/zij aan toe is, ook als het plan nog opgesteld wordt of nog niet volledig is. De betrokken professionals en de patiënt/cliënt spreken af welke professional het eerste aanspreekpunt is voor de patiënt/cliënt en wie de patiënt/cliënt dus ook informeert.*

*f. De organisatie heeft beleid ten aanzien van anderstaligen.” (pagina 18)*

*„Rapportage en dossiervoering worden uitgevoerd conform de professionele standaard. De behandelaren/begeleiders verzamelen in de eerste 24 uur (gerekend vanaf het eerste contact met de patiënt/cliënt) de meest cruciale informatie over de patiënt/cliënt (o.a. kritische informatie over bijvoorbeeld medicatiegebruik). De behandelaren/begeleiders zorgen ervoor dat deze informatie toegankelijk is voor alle andere betrokken behandelaren/begeleiders binnen de eigen organisatie. Dat mag in een voorlopig behandelplan/begeleidingsplan, of op een andere manier in het dossier. „(pagina 18)*

Verweerster stelt weliswaar in haar verweer dat er een onderscheid dient te worden gemaakt tussen een ‘vrijwillig’ en een ‘onvrijwillig’ zorgplan, zonder daarbij aan te geven wie wat bepaalt en wat (voor een cliënt) het onderscheid is waarnaar gekeken dient te worden. Op geen enkele manier heeft de klachtencommissie bij de aangeleverde stukken aangetroffen waar klager het

wel mee eens is en waarmee niet. De klachtencommissie is van oordeel dat het noodzakelijk is om dat te beschrijven in de samenwerkende documenten van het 'zorgplan' en het 'Wvggz plan' wat -zo staat vast- minstens 6 maandelijks wordt geëvalueerd. Hierbij is het nagenoeg onmogelijk om in het kader van een TBS maatregel het ene zorgplan los te zien van het andere zorgplan, als dat onderscheid voor een cliënt überhaupt al duidelijk is.

Zowel in het 'reguliere zorgplan' als in een Wvggz plan worden de behandeldoelen besproken en hoe deze behandeldoelen te bereiken, zoals i.c. het toewerken naar verlof, wat een betrokkene kan uitvoeren/doen om deze doelen te behalen, hoe de instelling of de behandeling hierbij kan ondersteunen of wat er overigens nodig of wenselijk is. Belangrijk daarbij is zowel in het ene als in het andere zorgplan bijvoorbeeld de risicotaxatie, maar uit niets kan de klachtencommissie afleiden wat er nu wel en wat er nu niet aan behandeldoelen en instrumenten zijn besproken of afgesproken, laat staan dat dit voor klager duidelijk is.

Juist bij klager, aan wie een ernstig vrijheidsbeperkende maatregel is opgelegd (TBS met dwangverpleging) is dit echter van belang.

Bij de stukken bevindt zich een volkomen leeg Wvggz-zorgplan en een evaluatieverslag van 5 maart 2026, waarbij onduidelijk is wat -en aan de hand waarvan- die evaluatie heeft plaats gevonden. Of er inmiddels wel een regulier en/of een Wvggz-zorgplan is, is de klachtencommissie eveneens onduidelijk.

Vast staat dat er niet is gewerkt volgens de professionele standaard en evenmin volgens eigen interne maar ook niet volgens landelijk geldende richtlijnen, terwijl volgens verweerster er kennelijk ook nog problemen zijn (opgetreden) bij de overgang naar een nieuw EPD-systeem per 1 februari 2026.

De klachtencommissie is al met al van mening dat er alle reden is om aan klager een schadevergoeding toe te kennen. Of dat echter een schadevergoeding dient te zijn op basis van 189 (dagen) x € 5,- omdat over al die dagen verplichte zorg is toegepast zonder rechtsgeldige titel is de vraag. Er is immers niet gebleken dat in die periode verplichte zorg zonder titel is toegepast, maar er is gebleken dat er over deze periode een adequaat en actueel zorgplan ontbrak. Ook acht de klachtencommissie het niet aannemelijk dat dit gegeven gedurende de *gehele* periode tot gevoelens van onmacht, frustratie en wantrouwen heeft geleid.

Het is dus moeilijk om directe aansluiting te vinden bij de Oriëntatiepunten voor schadevergoeding volgens het LOVF. De klachtencommissie zal daarom naar maatstaven van billijkheid een schadevergoeding van € 500,- aan klager toekennen omdat zij van oordeel is dat een adequaat en actueel, bijgewerkt en regelmatig geëvalueerd (regulier- en Wvggz-) zorgplan de primaire basis is voor een professionele behandeling. Op basis van zo een zorgplan worden behandeldoelen gesteld, risicotaxaties opgesteld en bijgesteld, wordt toegewerkt naar vrijheden en wordt behandeling geboden aan een nota bene onvrijwillig opgenomen patiënt. Het is dus van wezenlijk belang dat zo een zorgplan in orde is.

## **7. Beslissing**

De klachtencommissie verklaart:

- de klacht van klager met betrekking tot het ontbreken van een zorgplan, zoals bedoeld in artikel 9.4 Wvggz

**GEGROND;**

- kent aan klager een schadevergoeding toe van € 500,- ten laste van de instelling.

Deze beslissing werd genomen te Eindhoven op 5 mei 2026 door de klachtencommissie, bestaande uit de heer XXXX, voorzitter, en de leden mevrouw XXXX en mevrouw XXXX, psychiater, in tegenwoordigheid van mevrouw XXXX, secretaris.