

KlachtenCommissie Onvrijwillige Zorg (KCOZ)

Beslissing inzake de klacht van
<naam klaagster> over
Stichting Dignis

DE PROCEDURE

De Klachtencommissie Onvrijwillige Zorg (hierna kortheidshalve aangeduid als de commissie) heeft kennisgenomen van de klacht van <naam klaagster> (hierna te noemen klaagster). Het klachtschrift is op 3 april 2026 door de Cliëntvertrouwenspersoon Wzd (CVP Wzd) naar de commissie gestuurd ter behandeling. De commissie heeft de stichting Dignis (verder ook te noemen: de zorgaanbieder of de verweerder) de gelegenheid gegeven om schriftelijk op de klacht te reageren. De commissie heeft het verweerschrift op 20 april 2026 ontvangen. Tijdens de hoorzitting zijn nog aanvullende stukken door de zorgaanbieder nagestuurd die pas na de hoorzitting door klager en commissie konden worden gelezen. Een deel van deze documenten is ter zitting besproken. In de overwegingen van de commissie wordt een reactie gegeven op deze stukken.

De hoorzitting vond vanwege vakanties van partijen en met instemming van klaagster plaats op 28 april 2026. Partijen hebben ingestemd met overschrijding van de beslistermijn. De commissie heeft een online zitting gehouden ter bespreking van de klacht. Aan de online zitting namen deel: klaagster en <naam> en <naam> (beiden CVP Wzd) en namens de zorgaanbieder <naam> (GZ-psycholoog), <naam> (specialist ouderengeneeskunde), <naam> (manager behandeldienst), <naam> (gedifferentieerd verpleegkundige) en <naam> (meewerkend teamleider).

FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN

De commissie gaat op grond van de schriftelijke stukken en hetgeen ter zitting naar voren is gebracht uit van de volgende feiten.

Klaagster is de echtgenote en vertegenwoordiger van <naam> (hierna te noemen cliënt). De cliënt heeft de diagnose dementie vermoedelijk Alzheimer en is opgenomen met een artikel 21 Wzd. De cliënt is op 25 november 2025 met een crisisopname opgenomen op <naam> locatie van de zorgaanbieder. Deze locatie is een geregistreerde Wzd-locatie.

DE KLACHT

Klacht 1: een beslissing om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen; insluiting (artikel 2 lid 1, sub c)

In de (concept) maatregel staat beschreven dat insluiting “zo lang als nodig” en “zo kort mogelijk” wordt toegepast en dat de cliënt de ruimte mag verlaten wanneer hij weer “in de samenwerking” is. Klaagster is van mening dat de duur en frequentie niet concreet genoeg zijn beschreven en dat dit in strijd is met artikel 10 lid 8 sub 3 Wzd. In rapportages is terug te lezen dat de cliënt tijdens momenten van insluiting ook rustig gedrag laat zien, bijvoorbeeld dat hij rustig in een stoel zit, terwijl de insluiting toch wordt voortgezet. Dit maakt dat klaagster twijfelt of de maatregel daadwerkelijk zo terughoudend wordt toegepast als beschreven. Het is zelfs een keer voorgekomen dat de cliënt bij één van de dagelijkse afzonderingen maar liefst 18 uur in deze afzonderingsruimte moest verblijven. Er is ook onvoldoende gekeken naar alternatieven zoals beschreven in het signaleringsplan. Klaagster vindt dat de ruimte meer lijkt meer een separeer- dan een

afzonderingsruimte. De zorgaanbieder zelf noemt het een veilige ruimte waar klaagster het niet mee eens is om deze ruimte zo te benoemen.

Klacht 2: een beslissing om onvrijwillige zorg uit te voeren buiten het zorgplan om; fixatie (artikel 2, lid 1 sub b)

Tot maart 2026 was er geen maatregel onvrijwillige zorg opgenomen in het zorgplan voor de fysieke fixatie om de cliënt naar de afzonderingsruimte brengen, terwijl deze fixatie wel werd toegepast. Dit blijkt uit de rapportages en de specialist ouderengeneeskunde (SO) heeft dit erkend in het MDO. De zorgaanbieder zag de fixatie als onderdeel van de methodiek Agressie Preventie en Hantering (AP&H) en daarmee niet als onvrijwillige zorg.

Klaagster maakt zich grote zorgen over de manier waarop de fixatie wordt ingezet. Het gaat om een zeer ingrijpende vorm van handelen. De klaagster vindt dat de fixatie te snel ingezet is en niet duidelijk is of er eerst wordt gekeken naar minder ingrijpende alternatieven.

Klacht 3: een beslissing om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen; toedienen van intramusculaire medicatie (artikel 2 lid 1 sub a)

In de maatregel staat dat bij uiterste nood onder dwang intramusculaire medicatie wordt ingezet als alle andere interventies geen effect hebben gehad, zoals insluiting. Tegelijkertijd wordt als reden voor deze maatregel genoemd dat er sprake is van ernstig nadeel, onder andere doordat medebewoners last kunnen hebben van zijn agressie. Op het moment dat de cliënt zich in de afzonderingsruimte bevindt, is hij juist afgescheiden van medebewoners. Klaagster vraagt zich daarom af in hoeverre de inzet van intramusculaire medicatie op dat moment nog noodzakelijk en passend is om ernstig nadeel voor anderen te voorkomen.

Klacht 4: de verplichting om een dossier bij de houden, voor zover dat betrekking heeft op onvrijwillige zorgverlening (artikel 16 Wzd)

Tijdens de momenten waarop de cliënt wordt ingesloten in de afzonderingsruimte, wordt er onvoldoende en onvolledig gerapporteerd. Het is hierdoor vaak onduidelijk hoe lang de cliënt daadwerkelijk in de afzonderingsruimte verblijft.

HET VERWEER

Op dinsdag 25 november 2025 wordt de cliënt 's middags met een crisisopname opgenomen op <naam> locatie in verband met een onhoudbare situatie in het verpleeghuis waar de cliënt voorheen verbleef. De cliënt was ongeveer 10 dagen voor de crisisopname gevallen en liet erna forse agressie zien en had veel hoofdpijn na mogelijk een subduraal hematoom. Er is besloten na de opname om vanuit het oogpunt van veiligheid, tot plaatsing in een zogeheten veilige ruimte. Deze maatregel was gericht op het stabiliseren van de situatie en het voorkomen van escalaties.

De zorgaanbieder realiseert dat deze start van de opname door klaagster als abrupt en ingrijpend is ervaren.

Uit de rapportage bij binnenkomst blijkt dat klaagster direct is geïnformeerd over de aanleiding voor de plaatsing in de afzondering en de acute veiligheidsnoodzaak daarvan. Ook is vastgelegd dat bij binnenkomst noodmaatregelen zijn aangemaakt, waaronder afzondering en het zo nodig onder dwang toedienen van medicatie. De zorgaanbieder erkent wel dat de maatregelen niet expliciet zijn benoemd aan klaagster als noodmaatregelen in de zin van de Wet zorg en dwang. Dit vormt een belangrijk leerpunt in de wijze van expliciete communicatie over het wettelijke kader.

Klacht 1, een beslissing om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen; insluiting (artikel 2 lid 1, sub c)

De beslissing tot insluiting is in de betreffende periode telkens genomen op basis van acute ontregeling en dreigende of feitelijke agressie. Tegelijkertijd constateert de zorgaanbieder dat de uitvoering op onderdelen niet heeft voldaan aan de vereisten van zorgvuldigheid en transparantie. De zorgaanbieder erkent dat de duur, frequentie en voortzetting van insluiting niet steeds voldoende navolgbaar zijn vastgelegd. De onderbouwing voor het voortzetten van insluiting bij afnemende spanning is niet steeds expliciet gedocumenteerd. Verder is een tijdelijk ingezette werkwijze met vaste rustmomenten, die vooraf individueel is afgewogen en met klagster is besproken, beëindigd omdat die achteraf gezien onvoldoende effect had. Dat deze werkwijze was beëindigd is echter niet tijdig verwerkt in het dagprogramma en zorgplan, waardoor de maatregel enkele dagen later alsnog is toegepast. Dit had niet mogen gebeuren. Tot slot was het specifieke incident waar klagster aan refereerde waarbij sprake was van langdurig verblijf in de veilige ruimte onvoldoende onderbouwd en gedocumenteerd. Inmiddels is de werkwijze aangepast en is de inzet van insluiting aanzienlijk teruggebracht. De zorgaanbieder erkent de Wzd hier niet goed gevolgd te hebben.

Klacht 2: een beslissing om onvrijwillige zorg uit te voeren buiten het zorgplan om; fixatie (artikel 2, lid 1 sub b)

Binnen <naam locatie> wordt fysieke fixatie altijd beschouwd als een vorm van onvrijwillige zorg en uitsluitend toegepast in acute situaties van direct en ernstig gevaar. Ook bij deze situatie is deze interventie als zodanig beoordeeld.

In de praktijk is fysieke fixatie destijds geregistreerd als onderdeel van de lopende Wzd-maatregel insluiting en is hiervoor niet afzonderlijk een maatregel aangemaakt. Naar aanleiding van signalen en in afstemming met de CVP Wzd is alsnog een afzonderlijke Wzd-maatregel vastgelegd en is deze registratie aanpak organisatie breed aangescherpt. Deze bevindingen en de hierop getroffen maatregel is tijdens een familie-MDO, in aanwezigheid van de CVP Wzd, met klagster besproken. Ook hier erkent de zorgaanbieder de Wzd niet goed gevolgd te hebben.

Klacht 3: een beslissing om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen; toedienen van intramusculaire medicatie (artikel 2 lid 1 sub a)

Intramusculaire medicatie is binnen <naam locatie> een ultimum remedium en wordt uitsluitend toegepast wanneer minder ingrijpende interventies onvoldoende effect hebben.

In het geval van de cliënt is deze interventie beperkt ingezet in acute situaties. In de praktijk bleek het effect gering, waarna is besloten deze interventie niet langer toe te passen.

De zorgaanbieder erkent dat de communicatie hierover richting klagster onvoldoende duidelijk en inzichtelijk is geweest. Hierdoor kon het beeld zijn ontstaan dat relatief snel naar ingrijpende middelen werd gegrepen, zonder dat alternatieven voldoende zichtbaar waren.

Klacht 4: de verplichting om een dossier bij de houden, voor zover dat betrekking heeft op onvrijwillige zorgverlening (artikel 16 Wzd)

De zorgaanbieder erkent dat dossiervoering in de eerste fase van de opname onvoldoende volledig, consistent en transparant was, met name waar het de toepassing van onvrijwillige zorg betreft.

Hierdoor was voor klagster onvoldoende inzichtelijk welke maatregelen werden toegepast en op welke momenten en voor welke duur en welke concrete afwegingen hieraan ten grondslag lagen.

Deze intern geconstateerde tekortkoming in dossiervoering heeft geleid tot gerichte verbetermaatregelen zoals een specifieke training over de Wzd met specifieke aandacht over dossiervoering en een coaching on-the-job door de gedifferentieerd verpleegkundige ter ondersteuning van zorgprofessionals bij het afwegen, vastleggen en evalueren van maatregelen.

OVERWEGINGEN EN CONCLUSIES

De commissie constateert dat er sprake is van een cliënt met een moeilijk hanteerbaar gedrag. Er is door de zorgaanbieder geprobeerd om hem de beste zorg te bieden maar deze had tegelijkertijd ook te maken met een cliënt met een grote zorgvraag. Er is door de zorgaanbieder onvrijwillige zorg ingezet om ernstig nadeel te voorkomen en veiligheid te waarborgen. Daarbij is ook aandacht geweest voor prikkelreductie. Wat daarbij niet mee heeft geholpen is dat er in zeer korte tijd heel veel verschillende medewerkers de cliënt verzorgden zonder kennis van prikkelreductie. Wel is op een later moment een expert in Sensorische Integratietherapie (SI) gevraagd. De SI-therapeut heeft gerichte adviezen gegeven waardoor zorgmedewerkers beter met de cliënt om konden gaan. Sindsdien is de cliënt minder overprikkeld en is de maatregel afzondering afgebouwd. Klaagster geeft aan dat dit al veel geholpen heeft.

De commissie constateert een aantal omissies bij het naleven van de Wzd, wat de zorgaanbieder ook erkent. Zo is de onvrijwillige zorg in een onvoorziene situatie niet of te laat naar de Wzd-functionaris gestuurd en de vertegenwoordiger niet volledig geïnformeerd. Sommige zorg is onterecht als vrijwillige zorg aangemerkt en er is veel te lang gedaan over het opnemen van de onvrijwillige zorg in het zorgplan. Op de meegestuurde modules onvrijwillige zorg met datum uitdraai 2 februari 2026 stond het woord concept. Derhalve waren deze maatregelen nog niet ingevoerd als zijnde onvrijwillige zorg in het zorgplan. Uit de hoorzitting kwam naar voren dat dit deels terug te voeren was dat de klaagster graag de (concept) maatregelen thuis rustig wilde doorlezen en de zorgaanbieder de maatregelen vervolgens te lang bij de klaagster liet liggen voordat zij hierover een oordeel gaf. De commissie geeft aan dat juist als het traject lastig verloopt, je als zorgaanbieder strak aan de procedure moet houden. De vertegenwoordiger mag een standpunt innemen maar als dat tegengesteld is, moet de maatregel toch vastgesteld worden mits aan de in de wet genoemde voorwaarden is voldaan. Instemming van de vertegenwoordiger is niet vereist. De commissie constateert dat alle vormen van onvrijwillige zorg, te weten afzondering, fixatie en toedienen van intramusculaire medicatie noodzakelijk waren vanwege het ernstig nadeel en ook proportioneel en doelmatig in het kader van onvoorzienbare zorg. Uit de stukken is terug te halen dat de Wzd-functionaris pas veel later is betrokken bij deze maatregelen. Pas toen de maatregelen werden opgenomen in het zorgplan volgde er een beoordeling door de Wzd functionaris. Ten aanzien van de maatregel zo nodig medicatie IM heeft de Wzd-functionaris opgemerkt dat deze moest worden aangemerkt als separate maatregel onvrijwillige zorg. Van een aanvraag van deze zorg is het niet meer gekomen. Verder constateert de commissie dat er veel overleg met de vertegenwoordiger is geweest en dat er expertise extern is ingewonnen. Ook is er een signaleringplan opgestuurd dat er gedegen uitziet.

Tot slot merkt de commissie nog op dat de zorgaanbieder diverse keren voorafgaand aan de hoorzitting is gevraagd om aanvullende informatie aan te leveren maar dit heeft de zorgaanbieder nagelaten. Het tijdens de hoorzitting delen van het dossier en andere stukken heeft het nodige opgehelderd, maar dit laat onverlet dat voorafgaand aan de zitting voldoende informatie aangeleverd had moeten worden. Omdat op basis van wat tijdens de hoorzitting naar voren is gekomen en op basis van het verweerschrift het al voldoende duidelijk was voor de commissie wat er is gebeurd en of al dan niet de Wzd is gevolgd, oordeelde de commissie al dat de klacht grotendeels gegrond is. De nagezonden informatie heeft derhalve geen aanleiding gegeven om aan een van de partijen nadere vragen daarover te stellen, of een ander standpunt in te nemen. Het oordeel van de commissie is door de aanvullende informatie niet anders geworden.

BEOORDELING

De commissie oordeelt gelet op bovenstaande dat klachten 1, 2, 3 en 4 gegrond zijn.

De commissie geeft ten overvloede nog twee aanbevelingen.

De eerste aanbeveling gaat over de opname titel. De commissie leest uit de stukken dat de cliënt een artikel 21 Wzd indicatie heeft. In dit soort gevallen met veel onvrijwillige zorg en veel discussie is het wellicht aangewezen om op grond van artikel 21 lid 3 Wzd een rechterlijke machtiging (RM) aan te vragen. De Wzd geeft namelijk aan dat als een cliënt vrijwillig dan wel met een artikel 21 Wzd is opgenomen in een accommodatie en er daarbij zoveel verzet is van de cliënt tegen de behandeling en verblijf en er ook geen akkoord is van de vertegenwoordiger dat dan mogelijk een RM een passendere "verblijfstitel" is.

De tweede aanbeveling gaat erover dat het uiteraard goed is om de vertegenwoordiger te blijven betrekken bij de zorg zodat klagster de rol van vertegenwoordiger goed kan vervullen maar dat ervoor moet worden gewaakt dat de cliënt niet benadeeld wordt door het tijdsverloop dat daardoor optreedt.

RECHTSMIDDEL

Partijen kunnen, binnen zes weken na de dag waarop de commissie deze beslissing aan partijen heeft medegedeeld (dat wil zeggen: binnen zes weken na de dag waarop partijen gemeld is dat zij deze beslissing kunnen downloaden van het netwerk van de KCOZ), een verzoekschrift indienen bij de rechter ter verkrijging van een beslissing over de klacht (zie artikel 56c Wet zorg en dwang).

Deze uitspraak is vastgesteld op 8 mei 2026 door de voorzitter van de KlachtenCommissie Onvrijwillige Zorg, de heer mr. C.W.M. Verberne (voorzitter) en de leden de heer drs. J.P. van der Borgh (specialist ouderengeneeskunde) en mevrouw drs. N.C. Heerema (specialist ouderengeneeskunde).

mr. C.W.M. Verberne
Voorzitter

mr. C.B.M.M Hoegen-van Tiel
Secretaris

Dit is de geanonimiseerde versie van een uitspraak van de KCOZ. Conform artikel 56b, lid 7 Wzd maakt de KCOZ haar uitspraken openbaar 'in zodanige vorm dat deze niet tot personen herleidbaar zijn, behoudens voor zover het de zorgaanbieder betreft'. De KCOZ maakt haar uitspraken openbaar door deze op de website van de KCOZ te publiceren