

**Naar aanleiding van het Wzd-café over PWS zijn verschillende vragen gesteld door de deelnemers. Hieronder staan de vragen en bijbehorende antwoorden ter informatie verzameld.**

#### Vraag 1

In hoeverre kan gehandhaafd worden als het welzijn in de gevarenzone komt (in het perspectief van aan morbide obesitas gerelateerde ziektes/aandoeningen)? Wanneer en hoe wordt dan overwogen Wzd in te zetten?

*Het gaat om de overweging om onvrijwillige zorg in te zetten. Dit is zorg waartegen de cliënt zich verzet, maar die nodig is om ernstig nadeel te voorkomen én er geen andere vrijwillige alternatieven zijn. Wanneer is: er is een ernstig nadeel, er wordt zorg hierop ingezet én de cliënt verzet zich hiertegen. Hoe is: het doorlopen van het stappenplan multidisciplinair.*

#### Vraag 2

Hoe wordt omgegaan met de beoordeling van de wils(on)bekwaamheid ter zake bij cliënten met PWS? Ter illustratie: In een rustig gesprek lijken ze wilsbekwaam ter zake beoordeeld te kunnen worden en begrijpen zij dat zij beschermd moeten worden in het nuttigen van eten en drankwaren en willen zij dit ook. Echter, wanneer de PWS (de onverzadigbare eetdrang) zodanig opspeelt en zij op zoek gaan naar eten/drinken, tonen zij eigenlijk indirect verzet tegen de ingezette zorg (verzet tegen dat bv. koelkasten op slot zitten, enz). Kunnen zij op zo'n dergelijk moment als wilsonbekwaam ter zake worden beoordeeld, omdat de PWS het als het ware overneemt van de intrinsieke 'wil/wens' om niet teveel te eten en af te willen vallen?

En wordt dat verzet ook echt als verzet gezien? Omdat ze in wilsbekwame situatie aangegeven hebben akkoord te willen gaan met het zorgplan waarin afspraken ten aanzien van gewichtsreductie opgenomen staan en daarna in waarschijnlijk wilsonbekwame 'bui'/situatie toch flink verzet tonen. Telt de behoefte (tot bescherming voor teveel voedingsintake) die zij in wilsbekwaamheid aangegeven hebben dan niet 'zwaarder' dan het verzet in de wilsonbekwame 'bui'? Hoe gaan anderen daarmee om bij deze cliënten met PWS? En wat voor kaders/uitgangspunten worden daarbij gehanteerd?

*Verzet moet altijd worden gezien als verzet. Hierbij maakt het niet uit of iemand wilsbekwaam of wilsonbekwaam ter zake is.*

*Het vaststellen van de wilsbekwaamheid rondom bepaalde beslissingen doe je om de client eigen regie te geven daar waar mogelijk.*

*Iemand is wilsbekwaam tenzij is vastgesteld dat hij 'wilsonbekwaam ter zake' is voor een beslissing. Dat wil zeggen: als hij informatie niet goed begrijpt, de gevolgen van een besluit niet overziet of geen besluit kan nemen. 'Ter zake' wil zeggen: wilsonbekwaam voor die specifieke situatie. Iemand kan bijvoorbeeld nog wel zeggen waar hij trek in heeft, maar niet of hij wil verhuizen.*

*Een deskundige bepaalt of iemand wilsonbekwaam ter zake is aan de hand van de volgende punten:*

- *of de cliënt de informatie begrijpt en/of*
- *de cliënt het vermogen heeft de informatie te waarderen/te vertalen naar zijn eigen situatie en/of*
- *de cliënt de gevolgen van zijn keuze kan overzien en/of*
- *de cliënt vervolgens een keuze kan maken.*

*Als iemand wilsonbekwaam ter zake is, neemt de vertegenwoordiger in beginsel de beslissing. Deze beslissing neem je op in het cliëntdossier, samen met bijhorende overwegingen.*



### Vraag 3

In de PWS toolkit (module Samen leren) wordt aangegeven vooral ook te kijken naar de vraag die achter het gedrag zit. En niet te gaan zitten op het beheersen en controleren van het probleemgedrag, maar je te richten op de onderliggende behoeften van het probleemgedrag. Hoe vinden anderen de balans tussen enerzijds zorgen dat er niet teveel voedingsintake is (ondanks dat de cliënt altijd wil eten/drinken) en anderzijds niet teveel het probleemgedrag willen controleren en beheersen? Want deze mensen met PWS hebben in deze ook een gecontroleerde omgeving en begeleidingswijze nodig.

*Het kijken naar de vraag achter het gedrag kan veel informatie geven voor het zoeken naar alternatieven die de inzet van onvrijwillige zorg kunnen voorkomen. Maar dan kan het natuurlijk toch nog zo zijn dat inzet van onvrijwillige zorg, bij gebrek aan alternatieven noodzakelijk is. Maar alleen onder zorgvuldig multidisciplinair handelen met het stappenplan.*

### Vraag 4

Hoe wordt er aangekeken en omgegaan met mogelijkheden als RM/gedwongen opname bij deze PWS-cliënten; wanneer wel, wanneer niet? Wat is de visie daarop? Wat zijn de ervaringen daarmee?

*Zie antwoord vraag 5.*

### Vraag 5

In hoeverre kun je hen in een onvrijwillige opnamesetting 'helpen' als de kaders binnen een vrijwillige opnamesetting niet altijd voldoende toereikend zijn voor dat wat beoogd wordt te realiseren (gewichtsreductie)? Ook bij gedwongen opnames zal de gedragsproblematiek passend bij PWS geregeld opspelen. Wat zijn daarbij de meest voorkomende criteria om gedwongen opname eventueel te gaan overwegen? Wat zijn ervaringen met betrekking tot de effectiviteit van een gedwongen kader / gedwongen opnamesetting?

*Bij gedwongen opname*

1. *Blijf altijd individueel en persoonsgericht kijken. Sommige cliënten met een verstandelijke beperking kunnen wel wilsbekwaam zijn en hun mening uit over het instemmen met een opname in een zorginstelling.*
2. *Vraag je af of:*
  - *het gedrag van een cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel en wat dit is;*
  - *de opname en het verblijf of de voortzetting van het verblijf noodzakelijk is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden; dus waarom is het niet meer verantwoord om thuis te blijven wonen;*
  - *de opname en het verblijf of de voortzetting van het verblijf geschikt is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden, en waarom;*
  - *er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden. Dus welke alternatieven zijn thuis mogelijk en zijn deze benut?*

