

# Dwang en drang vanuit zorgethisch perspectief

Y. Voskes, G.A.M. Widdershoven, A.L. van Melle

**Achtergrond** Dwang in de psychiatrie is een veelbesproken onderwerp.

**Doel** Presenteren van een zorgethische benadering met aandacht voor de morele aspecten van de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener, en het voorkómen en verminderen van dwang.

**Methode** Verhelderen van de zorgethische aspecten van high en intensive care (HIC-model) en bespreking van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz).

**Resultaten** In het HIC-model komen zorgethische aspecten tot uiting in drie cultuurveranderingen: van controle naar contact, van reactief naar proactief, van individualiteit naar solidariteit. In de Wvggz is er, meer dan in de Wet Bopz, aandacht voor relationele aspecten van dwang, maar door de procedures komt het zorgcontact in het gedrang.

**Conclusie** De zorgethiek – waarin de zorgrelatie uitgangspunt is – biedt een perspectief dat voor de psychiatrie van grote waarde is. De ontwikkeling van HIC is hiervan een concrete uitwerking. De Wvggz benadrukt samenwerking in de zorg, maar het zorgcontact wordt in de praktijk belemmerd door een veelheid van procedures.

Het gebruik van dwang (verplichte zorg) en met name het gebruik van separaties op gesloten afdelingen voor acute psychiatrie is een veel bediscussieerd onderwerp in Nederland. Separatie roept gevoelens op van vernedering, angst, controleverlies, kwetsbaarheid, waardoeloesheid en schaamte bij patiënten (Martinez e.a. 1999; Hoekstra e.a. 2004). Bovendien ervaren patiënten separatie vaak als een vorm van straf. Deze gevoelens kunnen wekenlang blijven bestaan nadat separatie heeft plaatsgevonden (Abma 2005). Dwangmaatregelen zijn in verband gebracht met ernstig letsel en zelfs overlijden (Mohr e.a. 2003). Bovendien kan separatie schadelijk zijn voor de therapeutische relatie (Hoekstra e.a. 2004; Whittington e.a. 2006) en kan verband houden met langdurig wantrouwen tussen de patiënt en het behandelteam (Berg 2012).

Traditioneel zag men separeren als behandelingsinterventie door het verminderen van sensorische prikkels (Välímäki e.a. 2001). Separatie wordt tegenwoordig gebruikt als een noodinterventie voor agressief of

anderszins schadelijk gedrag dat gevaar (of ernstige schade) kan opleveren voor de patiënt of voor anderen in zijn omgeving (Kaltiala-Heino e.a. 2000; Mohr e.a. 2003). Ondanks de genoemde risico's en negatieve gevolgen gebruikt men in Nederland nog steeds separatie en is er nog steeds discussie over de rechtvaardiging ervan. Tegelijkertijd is in Nederland het gebruik van met name separatie de voorbije jaren aanzienlijk teruggebracht, onder meer vanuit zorgethische overwegingen. In deze bijdrage schetsen we een zorgethisch perspectief op dwang. De nadruk ligt daarbij op het voorkómen van dwang door het centraal stellen van de relaties tussen betrokkenen. Tevens beschrijven we een recente ontwikkeling gericht op het terugdringen van dwang die is geïnspireerd door de zorgethiek, namelijk high en intensive care (HIC). Ook gaan we kort in op de Wet verplichte ggz (Wvggz). Daarbij zullen we aangeven dat de uitgangspunten van de wet goed aansluiten bij de zorgethiek, maar dat de praktijk vanuit zorgethisch perspectief vragen oproept.

## AUTEURS

**Yolande Voskes**, universitair docent, afd. Ethiek, Recht en Humaniora, Amsterdam UMC, senior onderzoeker, GGz Breburg en Tranzo, Tilburg University.

**Guy Widdershoven**, hoogleraar Medische filosofie en ethiek, afd. Ethiek, Recht en Humaniora, Amsterdam UMC.

**Laura van Melle**, wetenschappelijk onderzoeker/docent, afd. Ethiek, Recht en Humaniora, Amsterdam UMC, coördinator dwangpreventie, GGZ inGeest.

### Correspondentie

Dr. Yolande Voskes (y.voskes@amsterdamumc.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-8-2021.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(10):745-749

## Principe-ethiek en zorgethiek

Vanuit ethisch perspectief is het toepassen van dwang de afgelopen decennia een belangrijk thema geweest. Tot de jaren 60 van de vorige eeuw werd dwang als acceptabel beschouwd, omdat patiënten beschouwd werden als per definitie wilsonbekwaam en dwang gezien werd als nuttig en noodzakelijk (Välímäki e.a. 2001). In de afgelopen 40 jaar is de autonomie van de patiënt steeds belangrijker geworden en kwam de focus te liggen op de vraag: 'Wanneer is dwang gerechtvaardigd?' (Verkerk 1999).

### Principe-ethiek

De principe-ethiek beoogt een antwoord te geven op deze vraag en kwam op in de jaren 70 en 80 van de vorige eeuw. Ze gaat uit van vier principes die het handelen van zorgverleners normatief sturen: respect voor autonomie, weldoen, niet-schaden en rechtvaardigheid (Beauchamp & Childress 2019). Respect voor autonomie en niet-schaden leveren argumenten tegen dwang (Prinsen & Van Delden 2009). Weldoen en de bevordering van autonomie op lange termijn zijn argumenten die dwang kunnen ondersteunen (Cleary e.a. 2010; Prinsen & Van Delden 2009). Vanuit het perspectief van de principe-ethiek kan dwang alleen gerechtvaardigd worden als de balans doorslaat ten gunste van principes die voor ingrijpen pleiten.

De principe-ethiek gaat ervan uit dat voor het toepassen van dwang afwegingen nodig zijn. De kaders voor die afwegingen zijn vaste principes, met name respect voor autonomie en weldoen. Hoewel deze zeker van belang zijn, blijft hierbij de *relatie tussen patiënt en professional*, met bijbehorende wederzijdse verwachtingen en morele verplichtingen, onderbelicht. Daarnaast spelen in situaties van dwang vaak ook andere waarden een rol zoals betrokkenheid, responsiviteit en solidariteit. Dit vraagt om een andere ethische benadering en de zorgethiek biedt een bruikbaar alternatief.

### Zorgethiek

De zorgethiek richt zich op interpersoonlijke relaties en de behoeften van mensen, inclusief de behoefte om zich erkend te voelen en gezien te worden door anderen. Vanuit zorgethisch perspectief worden morele afwegingen gemaakt op basis van individuele betrokkenheid en verantwoordelijkheid en niet op basis van universele principes (Tronto 1993; Nortvedt e.a. 2011).

Tronto (1993) omschrijft zorg als: 'een activiteit van de soort die alles insluit wat we doen om onze wereld in stand te houden, te continueren en te repareren, zodat we er zo goed mogelijk in kunnen leven' (Tronto 1993, p. 103). Zorg is in deze definitie een praktische activiteit, een praktijk van voortdurend onderhoud. Volgens Tronto (2013) bestaat zorg uit vijf fasen:

1. zich zorgen maken om;
2. zorg op zich nemen;
3. zorg verlenen;
4. zorg ontvangen;
5. zorgen met.

Op basis van deze vijf fasen onderscheidt Tronto vijf ethische kwaliteiten of deugden: aandacht, verantwoordelijkheid, competentie, responsiviteit en solidariteit. Vanuit het oogpunt van zorgethiek vormen de attitudes en deugden van verschillende betrokkenen in een concrete situatie de basis voor het vinden van oplossingen voor morele vraagstukken. Bij het zoeken naar de beste manier om met een moeilijke situatie om te gaan moet men wederzijdse afhankelijkheden erkennen en beseffen dat een keuze voor het ene alternatief inhoudt dat waarden worden geschaad die het andere alternatief ondersteunen en die ook aandacht en betrokkenheid vereisen.

Een belangrijke waarde is, zoals gezegd, autonomie. Vanuit de zorgethiek ziet men autonomie als relationeel. Het gaat er niet primair om de ander vrij laten om te beslissen, maar samen de wereld in stand te houden en de ander te helpen actief vorm te geven aan het eigen leven. Autonomie wordt niet primair bevorderd door af te zien van ingrijpen, maar door samen met de pati-

ent te werken aan een situatie die de patiënt in staat stelt om te gaan met signalen van een komende crisis (Voskes 2014). Dit perspectief op autonomie vraagt om een betrokken en actieve rol om crisis te voorkomen en impliceert een pleidooi voor het ontwikkelen van drang. In de ggz zien we de zorgethische benadering expliciet terug in het HIC-model.

### High en intensive care

Het HIC-model is een landelijke aanpak voor hoogwaardige intramuraal zorg waarin eerdere inzichten en interventies vanuit projecten om dwang te reduceren zijn geïntegreerd. HIC biedt een kader voor klinische zorg aan patiënten voor wie ambulante behandeling tijdelijk niet toereikend is en voor wie kortdurende klinische opname noodzakelijk blijkt (van Mierlo e.a. 2013). Opname op een HIC is een behandelmogelijkheid in meestal een langer lopend ambulante traject. De ambulante behandelaar blijft bij de behandeling betrokken gedurende de opname.

De behandelvisie op de HIC combineert herstelondersteunende zorg en het medisch model, inclusief behandeling van de psychiatrische crisis en bescherming en veiligheid. Tijdens opname past men zo min mogelijk dwang toe en maakt men gebruik van *evidence-based* interventies (van de Sande e.a. 2011) en *best practices* (Voskes e.a. 2014), gericht op het voorkomen van dwang. Daarbij is er een mogelijkheid om de zorg op de HIC op te schalen als de situatie daar om vraagt. Bij de HIC integreert men een highcare(HC)- en een intensivecare(IC)-faciliteit, waardoor dergelijke opschaling ook goed mogelijk is. De patiënt wordt in eerste instantie opgenomen op de HC. Als de zorg op de HC niet afdoende is, kan men de patiënt overplaatsen naar de IC. De IC is een onbemande unit en heeft dus geen eigen personeel. Een verpleegkundige zal dus meegaan van de HC naar de IC als de patiënt overgeplaatst wordt. De patiënt krijgt één-op-éénbegeleiding op een IC-unit (ICU).

Het verblijf op de IC duurt zo kort mogelijk en wordt bij voorkeur beperkt tot enkele dagen en het liefst enkele uren. Wanneer ook het verblijf op de ICU geen soelaas biedt, kan men de patiënt overplaatsen naar de extra beveiligde kamer (EBK). De EBK is een afgesloten ruimte en dit betreft dus een vrijheidsbeperkende interventie. Om deze reden gebruikt men de EBK alleen in uiterste noodsituaties.

### Cultuurveranderingen bij HIC-model

In het HIC-model staat het (behoud van) contact met de patiënt en proactief werken centraal. Het voorkomen van dwang vereist continu aandacht voor de behoeften van patiënten, verantwoordelijkheid en competentie om adequaat en tijdig te kunnen handelen en samenwerking tussen alle betrokken partijen. Dit stelt eisen aan de zorg, die we kunnen samenvatten in drie cultuurveranderingen die een zorgethische benadering belichamen: namelijk:

- van controle naar contact;
- van reactief naar proactief;
- van individualiteit naar solidariteit.

We gaan nader in op deze drie cultuurveranderingen.

#### Van controle naar contact

Dit uitgangspunt geeft aan dat men op HIC-afdelingen beheersmatige manieren van werken vervangt door interventies gericht op het maken van contact met patiënten en naasten. Hierbij gaat men actief met patiënten om als de spanningen toenemen om zodoende in te spelen op de behoeften van patiënten. Dit is in lijn met de eerste fase van zorg volgens Tronto (2013) (aandacht voor de behoeften van patiënten) en met de tweede fase (verantwoordelijkheid om in deze behoeften te voorzien).

De inventarisatie van behoeften is alleen mogelijk als er contact is, waardoor interventies gericht op het opbouwen en blijven van contact cruciaal zijn voor het zorgethische proces. De interventie 'de eerste vijf minuten' (Voskes e.a. 2014) is een goed voorbeeld van op een systematische manier contact leggen. Bij deze interventie ligt de focus op het ontvangen en verwelkomen van een patiënt op de afdeling, het leggen van contact vanaf het eerste moment dat een patiënt de afdeling betreedt en aandacht besteden aan de behoeften van de patiënt.

#### Van reactief naar proactief

Dit uitgangspunt betekent dat het HIC-model zich richt op een proactieve houding en werkwijzen om de ontwikkeling van crisis en agressie op de afdeling te voorkomen (Widdershoven e.a. 2021). Het voorkomen van separatie is het meest succesvol bij het voorkomen van escalatie of agressie.

Een goede illustratie van proactief ingrijpen is het gebruik van risicobeoordeling, bijvoorbeeld met de *CrisisMonitor* (Van de Sande e.a. 2009; 2011). Dit is een set bestaande observatieschalen, waaronder de *Broset Violence Checklist* (Almvik e.a. 2000), waarmee men voorspellers voor agressief gedrag kan signaleren en een toe- of afname van agitatie tijdens opname kan laten zien. Een ander instrument is het gezamenlijke crisisplan, dat kan helpen om inzicht te krijgen in het ontstaan van een crisis, vroege waarschuwingssignalen en concrete acties die men moet ondernemen om de situatie te de-escaleren (Henderson e.a. 2004; Farrelly e.a. 2014). Gezamenlijke crisisplannen worden idealiter opgesteld in de triade van patiënten, familieleden en zorgprofessionals (Thornicroft e.a. 2013). Het opstellen van een dergelijk plan betekent niet alleen dat men een proactieve houding inneemt om verdere crises te voorkomen, het bevordert ook de verantwoordelijkheid van personeel en patiënt, vergroot de aandacht voor de behoeften van patiënten en biedt concrete suggesties over het competent omgaan met waarschuwingssignalen.

## Van individualiteit naar solidariteit

In het HIC-model ligt de nadruk op het belang van samenwerking tussen intramurale en ambulante zorg en het betrekken van patiënten en naasten bij het zorgproces. Deze vormen van samenwerking kunnen we in het kader van de zorgethiek zien als een middel om solidariteit en een democratische zorgrelatie te bevorderen.

Het zorgafstemmingsgesprek (ZAG) op de HIC is een goed voorbeeld van de fase 'zorgen met' – een democratische zorgactie waarin alle bij het zorgtraject betrokken personen inzicht kunnen krijgen in hun behoeften en verantwoordelijkheden. Hierbij moeten we bedenken dat de acute psychiatrie zich kenmerkt door een verschil in machtsdynamiek tussen patiënt en zorgverleners, en tussen zorgverleners onderling. Hierdoor kan de solidariteit in het geding komen.

In het ZAG is het daarom cruciaal om patiënten en andere belanghebbenden te betrekken bij het vormgeven van een democratisch zorgproces waarin wederzijdse verantwoordelijkheden worden erkend. Daarnaast helpt het betrekken van ervaringsdeskundigen bij het zorgproces om patiënten een stem te geven en nog meer om de machtsdynamiek te doorbreken en zo de patiënt een betere positie te bieden in een inclusief zorgproces. Voor de toekomst is van belang HIC verder te ontwikkelen in samenwerking met de ambulante zorg, in de vorm van netwerkpsychiatrie (Mulder e.a. 2020).

## De Wvggz in zorgethisch perspectief

Dwangreductie impliceert niet alleen het terugdringen van verplichte zorg in de kliniek, maar ook het voorkómen van gedwongen opnames. De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) beoogt deze opnames te voorkomen door eerdere interventie mogelijk te maken. Per 1 januari 2020 heeft de Wvggz de Wet Bopz vervangen.

De Wet Bopz regelde onvrijwillige opnames en aanvullende dwangmaatregelen, zoals separatie, gedwongen medicatie en fixatie (Biesart 1997). De basisgedachte hierbij was dat schending van mensenrechten alleen kan worden toegestaan bij ernstig gevaar. Hoewel de wet bedoeld was om de rechten van patiënten te beschermen, zorgde deze ervoor dat professionals zich gingen richten op de rechtvaardiging van dwang in plaats van aandacht te hebben voor het voorkómen daarvan door oog te hebben voor de behoeften van de patiënt en samen andere mogelijkheden van omgaan met dreigende crises te onderzoeken.

De Wvggz benadrukt, sterker dan de Wet Bopz, het belang van participatie in de samenleving. Zorg moet erop gericht zijn opname in een instelling te voorkomen en meedoen aan het maatschappelijk leven te bevorderen. Opname in een instelling is daarom geen voorwaarde voor toepassing van dwang. Alhoewel verplichte zorg buiten de instelling mogelijk is, worden daar strenge eisen aan gesteld. Dit houdt in dat men

verplichte zorg alleen mag toepassen als alle andere opties zijn geprobeerd.

Bovendien heeft de Wvggz meer aandacht voor het voorkómen van dwang door bijvoorbeeld het gebruik van de zorgkaart en het 'eigen plan van aanpak'. Hierbij wordt ook samenwerking tussen patiënt en professional benadrukt. Ook familie wordt zoveel mogelijk betrokken. Deze uitgangspunten stroken met de zorgethiek.

## De Wvggz in de praktijk

Terwijl de Wvggz in beginsel mogelijkheden biedt om contact, proactief werken en solidariteit vorm te geven in situaties waarin de zorg moeilijk is, roept de uitwerking in de praktijk vragen op. Er moeten tal van procedures gevolgd worden en ook moet veel worden vastgelegd. Dit kan betekenen dat zorgverleners niet contact centraal stellen, maar zich verplicht voelen om aan de regels te voldoen. Patiënten krijgen formeel meer inspraak, maar materieel is dat niet zonder meer het geval.

Vanuit zorgethisch perspectief is het problematisch dat procedures veel aandacht opeisen, waardoor het daadwerkelijke zorgcontact in het gedrang komt. Zodoende biedt de uitwerking van de wet in de praktijk niet altijd de mogelijkheid om daadwerkelijk gestalte te geven aan de beginselen van contact, proactief werken en solidariteit.

## Concluderende opmerkingen

De zorgethiek – waarin de *zorgrelatie* uitgangspunt is – biedt een perspectief dat voor de psychiatrie van grote waarde is. De ontwikkeling van HIC is hiervan een concrete uitwerking: in het HIC-model is zorg gebaseerd op contact, proactief handelen en solidariteit. In de wetgeving komen uitgangspunten van de zorgethiek (betrokkenheid, verantwoordelijkheid en solidariteit) voorzichtig terug in de Wvggz.

Ondanks hoopgevende ontwikkelingen in de zorgpraktijk en de wetgeving zien we de laatste jaren een stijging van het aantal dwangopnames (Kroon e.a. 2019) en is er in de helft van de afdelingen geen reductie van het aantal separaties (IGJ 2019). Dit roept de vraag op wat we verder kunnen doen om dwang te voorkomen en te verminderen in de ggz. Van belang is te beseffen dat HIC en de Wvggz niet alleen vragen om een andere manier van werken, maar ook om een andere cultuur, met gedeelde waarden. Dit vereist een dialoog met alle betrokkenen. Reflectie op problematische situaties met bijvoorbeeld moreel beraad kan hierbij nuttig zijn.

## LITERATUUR

- Abma TA. Dwang hoeft niet! Het cliëntenperspectief op dwang en drang in de psychiatrie. *Medische Antropologie* 2005; 17: 201-16.
- Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist sensitivity, specificity, and interrater reliability. *J Interpers Violence* 2000; 15: 1284-96.
- Beauchamp TL, Childress, JF. *Principles of biomedical ethics*. 8ste ed. New York: Oxford University Press; 2019.
- Berg A. Langdurige separaties: Interviews met patiënten, familie en teamleden, een kwalitatief onderzoek. Amsterdam: GGZ inGeest; 2012.
- Biesmaat MCIH. De Wet Bopz, enkele kwesties. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1997; 21: 69.
- Cleary M, Hunt GE, Walter G. Seclusion and its context in acute inpatient psychiatric care. *J Med Ethics* 2010; 36: 459-62.
- Farrelly S, Brown G, Rose D, e.a. What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 1609-17.
- Henderson C, Flood C, Leese M, e.a. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: a single blind randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329: 136.
- Hoekstra T, Lendemeijer HGM, Jansen MGMJ. Seclusion: the inside story. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004; 11: 276-83.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Toezicht terugdringen separeren en afzonderen in de GGZ 2016-2019; Den Haag: IGJ; 2019.
- Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuohimäki C, e.a. Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 213-9.
- Kroon H, Michon H, Knispel A, e.a. Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019.
- Martinez RJ, Grimm M, Adamson M. From the other side of the door: patients views of seclusion. *J Psychosoc Nurs* 1999; 37: 12-27.
- Mierlo van T, Bovenberg F, Voskes Y, e.a. *Werkboek high en intensive care*. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.
- Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Averse effect associated with physical restraint. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 330-7.
- Nortvedt P, Hemm MH, Skirbekk H. The ethics of care: role obligation and moderate partiality in health care. *Nurs Ethics* 2011; 18: 192-200.
- Mulder N, van Weeghel J, Delespaul P, e.a. *Netwerkpsychiatrie: samenwerken aan herstel en gezondheid*. Amsterdam: Boom; 2020.
- Prinsen EJD, Van Delden JJM. Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *J Med Ethics* 2009; 35: 69-73.
- Sande van de R, Hellendoorn EM, Roosenschoon BJ, e.a. De CrisisMonitor. Het signaleren van agressie en het voorkomen van separatie. *MGv* 2009; 64: 540-50.
- Sande van de R, Nijman HL, Noorthoorn EO, e.a. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 473-8.
- Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, e.a. Clinical outcomes of joint crisis plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: A randomised controlled trial. *Lancet* 2013; 381: 1634-41.
- Tronto J. *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York/Londen: Routledge; 1993.
- Tronto J. *Caring democracy. Markets, equality and justice*. New York: New York University Press; 2013.
- Välämäki M, Taipale J, Kaltiala-Heino R. Deprivation of liberty in psychiatric treatment: a Finnish perspective. *Nurs Ethics* 2001; 8: 522-32.
- Verkerk M. A care perspective on coercion and autonomy. *Bioethics* 1999; 13: 358-68.
- Voskes Y. *No effect without ethics: Reduction of seclusion in psychiatry from a care ethics perspective*. [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2014.
- Voskes Y, Kemper M, Landeweer EGM, e.a. Preventing seclusion in psychiatry: A care ethics perspective on the first five minutes at admission. *Nurs Ethics* 2014; 21: 766-73.
- Whittington R, Baskind E, Paterson B. Coercive measures in the management of imminent violence: Restraint, seclusion and enhanced observation. In: Richter D, Whittington R, red. *Violence in mental health settings*. New York: Springer; 2006. p. 145-69.
- Widdershoven GAM, Voskes Y, van Veen SMP. *Naar een proactieve psychiatrische ethiek: een zorgethisch perspectief*. *Tijdschr Psychiatr* 2021; 63: 150-3.

## SUMMARY

## Coercion and urge from a care ethics perspective

Y. Voskes, G.A.M. Widdershoven, L. van Melle

**Background** Coercion is much discussed topic in psychiatry.

**Aim** Presentation of an ethics of care perspective on coercion, focusing on the moral aspects of the relationship between care recipient and caregiver, and the prevention and reduction of coercion.

**Method** Clarification of the care-ethical aspects of the high and intensive care (HIC) model and discussion of the Compulsory Mental Health Care Act (Wvvggz).

**Results** In the HIC model, ethics of care underlies three cultural changes: from control to contact, from reactive to proactive, from individuality to solidarity. More than the older Bopz Act, the Wvvggz pays attention to relational aspects of coercion, but the procedures endanger care contact.

**Conclusion** Ethics of care – in which the care relationship is the starting point – offers a perspective that is of great value to psychiatry. The development of HIC is a concrete example of this. The Wvvggz emphasizes collaboration in care, but care contact is hindered in practice by a multitude of procedures.