

Journal of Social Intervention: Theory and Practice –  
2023 – Volume 32, Issue 1, pp. 3–20  
<http://doi.org/10.18352/jsi.727>

ISSN: 1876-8830

URL: <http://www.journalsi.org>

Publisher: Rotterdam University of Applied Sciences  
Open Access Journals

Copyright: this work has been published under a  
Creative Commons Attribution-Noncommercial-No  
Derivative Works 3.0 Netherlands License

**Liesel Vandekerkhove** is als orthopedagoge werkzaam in  
het Centrum Algemeen Welzijnswerk regio Centraal

West-Vlaanderen. [liesel.vdk@gmail.com](mailto:liesel.vdk@gmail.com)

**Jürgen Magerman** is GGZ verpleegkundige en werkzaam  
als onderzoeksmedewerker binnen onderzoekscollectief

Equality en de vakgroep orthopedagogiek aan de  
Universiteit Gent, alsook docent orthopedagogie binnen  
HOGENT. [jurgen.magerman@hogent.be](mailto:jurgen.magerman@hogent.be)

**Wouter Vanderplasschen** is hoofddocent en  
vakgroepvoorzitter orthopedagogiek aan de Universiteit  
Gent en leidt daar de onderzoeksgroep Herstel &  
Verslaving. [wouter.vanderplasschen@ugent.be](mailto:wouter.vanderplasschen@ugent.be)

**Dirk Meesen** is als begeleidend psychiater verbonden aan  
het Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge, aan Mobil Crisis  
Team Noord en aan ontmoetingshuis Villa Voortman. [dirk.meesen@pcgs.be](mailto:dirk.meesen@pcgs.be)

Correspondence to: Liesel Vandekerkhove

E-mail: [liesel.vdk@gmail.com](mailto:liesel.vdk@gmail.com)

Category: Research

# BELEVING VAN INFORMELE DWANG BIJ ZORGGEBRUIKERS EN HULPVERLENERS IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

---

## PERCEPTIONS OF INFORMAL COERCION AMONG CARE USERS AND MENTAL HEALTH PROFESSIONALS

---

LIESEL  
VANDEKERKHOVE,  
JÜRGEN MAGERMAN,  
WOUTER  
VANDERPLASSCHEN,  
DIRK MEESEN

---

## **SAMENVATTING**

De samenleving tolereert deviant gedrag steeds minder. Tegelijk is er meer aandacht voor zelfbeschikkingsrecht. Dit plaatst hulpverleners voor ethische dilemma's. In de beschrijving van dit onderzoek wordt nagegaan op welke manier zorggebruikers en hulpverleners binnen de geestelijke gezondheidszorg informele dwang, geïnitieerd door hulpverleners, percipiëren. Tien zorggebruikers en tien hulpverleners uit vijf residentiële psychiatrische settings binnen West-Vlaanderen namen deel aan een multiple casestudy. Uit dit onderzoek blijkt dat afdelingsregels, adviseren, confronteren en stimuleren veelgebruikte vormen van informele dwang zijn. Hulpverleners zetten informele dwang in wanneer ze de zorggebruiker willen behoeden voor risico's, vaak vanuit een gevoel van eigen onmacht. Informele dwang kan ondersteunend ervaren worden als er geen veroordeling aan gekoppeld wordt, de handeling op vraag van de zorggebruiker komt en er keuzevrijheid en transparantie wordt geboden. Om machtsreductie te bewerkstelligen is reflectie op informele dwang noodzakelijk. Een continue dialoog tussen hulpverleners en zorggebruikers en aandacht voor relatieopbouw kan de paradigmashift naar herstelgerichte zorg met minder disproportioneel gebruik van dwang bevorderen.

## **TREFWOORDEN**

Informele dwang, drang, geestelijke gezondheidszorg, herstelgerichte zorg, zorgethiek.

## **ABSTRACT**

Society becomes increasingly less tolerant of deviant behaviour. At the same time, there is more focus on self-determination. This confronts caregivers with ethical dilemmas. This research describes how care users and caregivers within mental health care perceive the use of informal coercion. Ten care users and ten caregivers from five residential psychiatric settings in West Flanders participated in a multiple case study. From this research emerges that institutional rules, advising, confronting and encouraging are commonly used forms of informal coercion. Mental health professionals use informal coercion when they want to protect care users against risks, especially when linked with a sense of powerlessness. Informal coercion can be experienced in a supportive way if there is no condemnation attached to it, if the action comes at the request of the mental health care user and when choice and transparency are provided. In order to achieve a reduction in the use of power, reflection on informal coercion is required. A continuous dialogue

between caregivers and care users and attention to relationship building can foster the paradigm shift towards recovery-oriented care with less disproportionate use of coercion.

## KEYWORDS

Informal coercion, mental health care, recovery-orientated care, care ethics.

## INLEIDING

De laatste decennia worden gekenmerkt door een trend tot zorgvermaatschappelijking waar zorggebruikers met geestelijke gezondheidsproblematiek naar de maatschappij georiënteerd worden (Hall, Raitakari & Juhila, 2021). Daarnaast vindt er in de samenleving een dubbele beweging plaats waarbij deviant gedrag minder getolereerd wordt (Verbeke, Vanheule, Cauwe, Truijens & Froyen, 2019) maar tegelijk de aandacht voor zelfbeschikkingsrecht en autonomie toeneemt (Hudson, 2019). Hulpverleners staan dan ook geregeld voor dilemma's met betrekking tot dit thema (Hem, Molewijk & Pedersen, 2014). Zij moeten een afweging maken tussen de voordelen op korte termijn, zoals veiligheidsaspecten, en risico's op langere termijn zoals een verslechtering van de hulpverleningsrelatie (Jordan & McNiel, 2019). Bij hulpverleners leeft de stigmatiserende veronderstelling dat personen met psychiatrische problematiek onvoorspelbaar zouden zijn en vaker onveilige situaties creëren. Dit legitimeert controle door middel van dwangmaatregelen (Hudson, 2019). Deze maatregelen kunnen echter een negatieve invloed hebben op de therapeutische relatie (Elmer et al., 2018; Schori et al., 2018) en resulteren in wantrouwen, controleverlies of perceptie van een oneerlijke behandeling (Jaeger & Rossler, 2010; Schori et al., 2018).

Er bestaan verschillende definities van dwang, die met elkaar gemeen hebben dat er interactionele en intersubjectieve machtsmechanismen plaatsvinden (Jordan & McNiel, 2019; Verbeke et al., 2019). De term dwang heeft betrekking op alle handelingen waarbij een persoon vrije keuzes over zijn situatie ontzegd wordt (Norvoll & Pedersen, 2016; Verbeke et al., 2019). Maar dwang, gepositioneerd als opponent van vrijheid, blijkt niet altijd des duivels. Isaiah Berlin (1969) spreekt in deze context over negatieve en positieve vrijheid. Negatieve vrijheid omvat de vrijheid van beïnvloeding door anderen, positieve vrijheid wordt beschreven als de vrijheid tot het kunnen inzetten van eigen vermogens. Dwang kan echter bepaalde gevaren van doorgedreven negatieve vrijheid indammen, zoals het recht jezelf als patiënt zwaar te beschadigen. Positieve vrijheid

## BELEVING VAN INFORMELE DWANG BIJ ZORGGEBRUIKERS

bestaat niet alleen uit het formele recht tot keuze en zelfontplooiing, maar omvat ook de concrete vaardigheden dit te realiseren. Het gaat dan om de vaardigheden die noodzakelijk zijn om vorm en zin te geven aan de eigen persoon en het eigen leven (Nussbaum, 2012 geciteerd door Gescinska, 2013). Er is een risico dat deze vaardigheden tijdelijk worden aangetast gedurende bepaalde acute episodes inherent aan sommige psychiatrische ziektebeelden.

Dwang kan echter ook gezien worden als een continuüm (zie Tabel 1) waarbij allerlei vormen bestaan tussen vrijwillige en verplichte behandeling, zoals overtuigen en onderhandelen (Jaeger & Rossler, 2010; Szmukler & Appelbaum, 2008). Informele dwang, in de Nederlandse literatuur vaak benoemd als “drang” (Schermer, 2003), kan gedefinieerd worden als alle vormen van dwang die niet vastgelegd zijn binnen een wettelijk regulerend kader (Elmer et al., 2018). Voorbeelden zijn het toepassen van leefregels of het dreigen met gevolgen indien zorggebruikers bepaalde beslissingen (Nyttingnes, Ruud & Rugkåsa, 2016; Schori et al., 2018). Waar het geschetste continuüm van dwang uit het onderzoek van Szmukler en Appelbaum (2008) het idee zou kunnen oproepen dat dwang per fase gradueel negatiever zou worden ervaren, geeft het onderzoek van Yeeles (2016) aan dat zorggebruikers informele dwang soms als meer ingrijpend ervaren dan formele dwang.

Het inzetten van informele dwang kan ook therapeutisch positieve consequenties hebben. Wanneer hulpverleners het gedrag van zorggebruikers via informele dwang in een bepaalde

**Tabel 1: Dwang als continuüm (Szmukler en Appelbaum, 2008).**

Dwang als continuüm	
Term	Uitleg
Vrijwillige behandeling	Autonome beslissing om een behandeling te accepteren.
Overtuigen	De voordelen en risico's van een beslissing worden bediscussieerd in de context van het waardenstelsel van de zorggebruiker.
Interpersoonlijke druk uitoefenen	Door duidelijke tekenen van teleurstelling te tonen, de zorggebruiker aansturen om een bepaalde behandelingsoptie te kiezen.
Stimuleren	Utilitaristische benadering die bepaald gedrag vereist in ruil voor gewenste middelen.
Dreigen (met negatieve gevolgen)	Utilitaristische benadering die bepaald gedrag eist om in ruil bepaalde gevolgen te vermijden.
Formele dwang	Dwangmaatregelen die door de wet gereguleerd zijn.

richting sturen, kan dit een positieve keuze voor gedragsverandering initiëren. Absolute keuzevrijheid staat immers nog niet garant voor keuzevermogen, laat staan keuzeblijheid (Gescinska, 2013). Toch kunnen de ernstige gevolgen die de blinde toepassing van informele dwang met zich meebrengt niet geminimaliseerd worden tot “collateral damage” (Jaeger & Rossler, 2010).

Jordan en McNiel (2019) benadrukken dan ook het belevingsperspectief en zien informele dwang als een verzamelnaam voor alle handelingen die zorggebruikers zelf als keuze-beïnvloedend ervaren, zonder dat hiervoor noodzakelijk een wettelijk kader bestaat. Soms voeren hulpverleners handelingen uit die zorggebruikers als dwingend ervaren, hoewel hulpverleners dit zelf niet zo aanvoelen (Elmer et al., 2018). Zorggebruikers geven ook aan dat ze informele dwang minder negatief percipiëren wanneer deze wordt uitgeoefend door hulpverleners waarmee ze een goede band ervaren (Verbeke et al., 2019).

Verhoudingsgewijs lijkt er minder onderzoek te zijn naar het ervaringsperspectief van informele dwang dan naar formele dwang (Jaeger, Ketteler, Rabenschlag & Theodoridou, 2014; Norvoll & Pedersen, 2016). Omwille van de belevingsgerichtheid is dan ook de keuze gemaakt om binnen dit onderzoek informele dwang te definiëren als alle interventies die de hulpvrager zelf percipieert als keuze-beïnvloedend (Jordan & McNiel, 2019) maar die geen formeel-wettelijk kader kennen. De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt dan ook: “Op welke manier ervaren cliënten en hulpverleners binnen de geestelijke gezondheidszorg de toepassing van informele dwang?” Dit onderzoek kan diepgaande informatie opleveren over wat als informele dwang wordt ervaren en welke positieve en negatieve ervaringen de inzet van informele dwang met zich meebrengt voor zowel de cliënt als voor de hulpverlener.

## **METHODOLOGIE**

### **Onderzoeksdesign**

Dit onderzoek maakt gebruik van een kwalitatieve onderzoeksopzet, waarbij het belevingsperspectief centraal staat (Mortelmans, 2013). Om het perspectief van de hulpverlener en zorggebruiker tegen elkaar af te zetten, werd een multiple casestudy design met semigestructureerde interviews opgezet. Een casestudy is een diepgaand onderzoek naar één bepaalde eenheid (Yin, 2009), die in dit onderzoek bestaat uit één zorggebruiker en één hulpverlener. Deze studie omvat tien cases.

## **Rekruteringsproces**

Participanten werden gerekruteerd in vijf psychiatrische settings in de provincie West-Vlaanderen: een crisisafdeling, een residentiële verblijfsafdeling, een dagkliniek, een psychiatrisch verzorgingstehuis en een residentieel psychotherapeutisch centrum. De variatie in settings laat toe de transfereerbaarheid van de resultaten te verhogen en onderlinge verschillen op te merken (Slevin & Sines, 1999). Binnen elke setting rekruteerde de onderzoeker twee cases. Elke case bevat een zorggebruiker en een hulpverlener, waarvan de zorggebruiker aangeeft dat hij met deze hulpverlener een goede band heeft. In totaal nam de onderzoeker twintig diepte-interviews af, tien met zorggebruikers en tien met hulpverleners.

De rekrutering van twee zorggebruikers per setting gebeurde via het afdelingshoofd met behulp van een informatiefolder. Er werden twee exclusiecriteria gehanteerd: minderjarigheid en een gedwongen opnamestatuut. Nadat een zorggebruiker het informed consentformulier ondertekende, werd door het afdelingshoofd gevraagd met welke hulpverlener de zorggebruiker de nauwste band heeft. Deze hulpverlener werd eveneens uitgenodigd voor een interview.

## **Steekproef**

De gemiddelde leeftijd van zorggebruikers was 45,5 jaar, waarbij de jongste 27 jaar was en de oudste 65 jaar. Het aantal opnames varieerde van één tot vijftien opnames. Voor één zorggebruiker was deze opname het eerste contact met de geestelijke gezondheidszorg, vier anderen hadden meer dan twintig jaar geleden een eerste zorgcontact.

De gemiddelde leeftijd van de hulpverleners was 43,3 jaar. De werkervaring in de geestelijke gezondheidszorg varieerde van zes tot vierendertig jaar met een gemiddelde van 18,9 jaar. Naast één psycholoog en één ergotherapeut waren de overige hulpverleners verpleegkundigen. Om de variatie binnen de sample te verhogen werden ook doelbewust twee negatieve cases (Morse, 1995) opgenomen, namelijk twee zorggebruikers die sterk informele dwang ervaren. Ook werd een setting geïnccludeerd die aangaf alle vormen van dwang binnen de werking te hebben geband.

## **Interviews**

De duur van de interviews, afgenomen tussen november 2020 en maart 2021, varieerde van dertig minuten tot anderhalf uur. De interviews werden afgenomen door dezelfde onderzoeker

aan de hand van een interviewschema. Het interviewschema voor zorggebruikers en hulpverleners had eenzelfde structuur met gelijklopende thema's. Bij wijze van inleiding van de vragen kaderde de onderzoeker de definitie van het concept informele dwang en stelde hierover enkele algemene open vragen. Daarna ging de onderzoeker specifiek in op thema's die de participant zelf inbracht (Gill, Stewart, Treasure & Chadwick, 2008).

## **Analysemethode**

Alle interviews werden ad verbatim getranscribeerd en gepseudonimiseerd. Om de externe validiteit te verhogen, voerden twee onderzoekers een bracketing oefening uit, waarbij ze hun visie op het onderzoeksonderwerp uitschreven en bespraken (Tufford & Newman, 2012). Vervolgens voerden dezelfde onderzoekers een thematische analyse uit, waarbij ze gelijkenissen en verschillen in de verzamelde data vergeleken en relaties tussen thema's onderzochten (Gale, Heath, Cameron, Rashid & Redwood, 2013). De hypothesen die per thema ontstonden, werden continu afgetoetst aan verder analysemateriaal. De interviews werden axiaal gecodeerd met behulp van het softwareprogramma NVivo. De analyse was gebaseerd op systematische labeling, reductie en clustering. Gedurende het codeerproces hielden de onderzoekers een gemeenschappelijk manuscript bij dat, eigen aan een iteratief proces, steeds bijgewerkt en herhaaldelijk getoetst werd met andere interviews.

Om de interne validiteit te verhogen, werd gekozen voor onderzoekertriangulatie (Diefenbach, 2008) waarbij twee onderzoekers het interviewmateriaal intensief analyseerden onder supervisie van een senior onderzoeker. De uiteindelijke onderzoeksresultaten werden ter validering via twee focusgroepen teruggekoppeld naar de participanten.

## **Ethische richtlijnen**

Dit onderzoek werd goedgekeurd door de betrokken perifere en centrale commissie voor medische ethiek van het UZ Gent (kenmerknummer BC-08359).

## **ONDERZOEKSRESULTATEN**

De resultaten zijn opgebouwd rond drie kernthema's. Het thema structuur gaat dieper in op het opstarten en afronden van een behandeling en afdelingsregels tijdens een opname. De therapeutische relatie heeft een sterke impact op de beleving van informele dwang en wordt om

die reden in een apart thema beschreven. Tot slot komt ook communicatie binnen de behandeling aan bod.

### Structuur

Het opstarten van een behandeling is een veelbesproken topic in de interviews. Alle bevroegde zorggebruikers kwamen vrijwillig in opname. Toch blijkt dat slechts enkelen het gevoel hebben dat de opname écht hun eigen keuze was. Zorggebruikers laten zich immers vaak opnemen na sterke aansporing van naasten of ambulante hulpverleners uit hun omgeving.

*Ik ben vrijwillig maar ben wel aangespoord geweest voor hier te komen, door de mensen van de begeleiding en ook door mijn ouders. (Zorggebruiker 7)*

Ook de afronding van een behandeling is een thema dat vaak aan bod komt. Volgens hulpverleners is de ontslagdatum idealiter een gedeelde beslissing. Tijdens het interview werd aan alle hulpverleners een gevraagd hoe zij zouden reageren indien een zorggebruiker de behandeling morgen zou willen beëindigen. Alle participanten geven soortgelijke antwoorden waarbij men zou peilen naar de reden voor de stopzetting en samen concrete oplossingen zou zoeken om het verblijf draaglijker te maken zodat de zorggebruiker het verdere traject zelf haalbaar ziet. In interviews met zowel hulpverleners als zorggebruikers kwamen echter verschillende reële situaties aan bod waarbij zorggebruikers effectief vroegtijdig een traject wensten te beëindigen. Daaruit blijkt dat hulpverleners in de praktijk vaak proberen de zorggebruiker eenzijdig te overreden ofwel de zorggebruiker meteen te laten gaan in de hoop dat hij/zij zelf ervaart dat het moeilijk lukt en terugkeert. Het ontslag is dus niet altijd het resultaat van een effectief gedeeld beslissingsproces.

*We willen zorgen voor mensen en als je voelt dat dat een bepaalde grens bereikt heeft dan moet je dat los kunnen laten. En dan zie je soms mensen terug en is dat soms wel een keer goed geweest in dat proces. "Ik heb het geprobeerd en 't was nog te vroeg hé" zeggen sommige zorggebruikers dan. (Hulpverlener 1)*

Afdelingsregels binnen een behandelprogramma blijken eveneens sterk gelinkt te zijn aan het thema informele dwang. De meeste zorggebruikers en hulpverleners sommen als eerste afdelingsregels op wanneer hen gevraagd wordt voorbeelden van informele dwang op te noemen. Zorggebruikers ervaren vooral uitgangrestricties als dwingend, terwijl hulpverleners dit



vooral terugzien in het kader van dagstructuur en zelfzorgstimulatie. Naast de uitgangsrestricties benoemen zorggebruikers sommige huisregels als informele dwang, zoals gesloten kasten op de afdeling, een verbod op intieme relaties en andere. Een veelgebruikt beurtroolsysteem voor huishoudelijke taken wordt door hulpverleners als informele dwang ervaren, terwijl zorggebruikers dit niet zo ervaren. Eén zorggebruiker kreeg door deze taken het positieve gevoel deel uit te maken van een groep.

Sommige afdelingsregels worden door een aantal hulpverleners eerder beschouwd als “structuur bieden”. Dit is volgens hen noodzakelijk om enerzijds chaos binnen het samenleven te voorkomen en anderzijds om herstelbevorderend te werken voor zorggebruikers. Het perspectief van zorggebruikers op de vaste dagstructuur is verdeeld. Sommige zorggebruikers ervaren dit als vrijheidsbeperkend en vinden het lastig dat het reguliere maatschappelijk functioneren stilvalt. Andere zorggebruikers ervaren dit juist als rustgevend, omdat er allerlei maatschappelijke verantwoordelijkheden wegvallen. Uit de interviews met zorggebruikers blijkt verder dat het begrijpen van de rationale achter een leefregel een bepalende factor is in het al dan niet ervaren van informele dwang.

*Als je het nut niet snapt, zal je het als dwang ervaren. Als je het nut er wel van inziet, dan ervaar je dat niet als dwang. (Zorggebruiker 5)*

## **Impact van de therapeutische relatie**

Individuele contacten gebaseerd op wederzijds respect, eerlijkheid en vertrouwen zijn volgens zorggebruikers kenmerkend voor een goede therapeutische relatie. Daarnaast tonen de resultaten dat zorggebruikers er belang aan hechten dat er voldoende ruimte is voor informele contacten binnen de therapeutische relatie.

Hulpverleners omschrijven een goede therapeutische relatie als een relatie waarin respect, openheid, authenticiteit, luisterbereid en gelijkwaardigheid centraal staan. Meerdere hulpverleners spreken over het belang van gelijkwaardigheid, hoewel zorggebruikers toch onevenwichtige machtsdynamieken ervaren. Uit de interviews met hulpverleners blijkt dat de kans op het toepassen van dwang groter wordt naarmate de emotionele band en betrokkenheid toenemen. Dit heeft dan als doel iemand te beschermen. Hulpverleners denken soms spontaan aan het inzetten van informele dwang als zorggebruikers risicovolle beslissingen dreigen te nemen en hulpverleners zich hierbij machteloos voelen.

## BELEVING VAN INFORMELE DWANG BIJ ZORGGEBRUIKERS

*Dat is machteloosheid. Ik vind dat nog altijd het ergste van onze job, dat een zorggebruiker een keuze maakt die zeer nadelig is voor zijn eigen omgeving. (Hulpverlener 4)*

Hulpverleners geven aan dat ze in zulke gevallen soms observaties terugkoppelen naar zorggebruikers om hen te motiveren tot het maken van een bepaalde keuze. Ook verwijzen hulpverleners zorggebruikers in een situatie van machteloosheid soms door naar de verantwoordelijke psychiater. Zij hopen dan dat deze de zorggebruiker “op andere ideeën” kan brengen. Zorggebruikers geven aan dat het advies van de psychiater voor hen doorslaggevend is dan dat van andere zorgverleners. De arts heeft een meer dwingend mandaat. Toch zorgt dit bij zorggebruikers voor dubbele gevoelens, omdat het een advies blijft dat ingaat tegen het eigen plan.

## Communicatie

Tijdens de interviews kwamen verschillende vormen van communicatie tussen zorggebruiker en hulpverlener aan bod, waaronder adviseren, confronteren en stimuleren.

Zorggebruikers verwachten van hulpverleners dat ze expertise bezitten en die op gepaste momenten inzetten, zonder zich dominant op te stellen of zorggebruikers ongevraagd op te leggen wat zij moeten doen. Binnen het kader van een therapeutische relatie is voor zorggebruikers van belang dat zij positief bekrachtigd worden en dat hulpverleners ook durven aangeven dat zaken uit de hand dreigen te lopen. Sommige hulpverleners vertellen dat ze bij het geven van advies proberen te duiden wat de gevolgen zijn van oplossingsmogelijkheden, zodat de zorggebruiker een weloverwogen beslissing kan nemen. Uit de interviews met hulpverleners blijkt dat zij het beslissingsproces sterk rationeel benaderen, terwijl de interviews met zorggebruikers aantonen dat hun beslissingen zelden louter rationeel zijn. Zorggebruikers ervaren advies als negatief als ze het gevoel hebben dat ze geen vrijheid hebben om het gegeven advies wel of niet te volgen. Of een zorggebruiker het advies volgt hangt onder andere af van de assertiviteit van de zorggebruiker en van de opgebouwde vertrouwensband. Daarnaast speelt de kwaliteit van eerder gegeven hulpverlenersadvies ook mee:

*Het was niet volledig niet mijn idee, maar ik heb al geleerd om mij te laten begeleiden en het advies van mijn deskundigen op te volgen. (Zorggebruiker 9)*

Volgens zorggebruikers wordt een advies dat een veroordeling inhoudt als weinig ondersteunend ervaren. Eenzelfde advies meerdere keren horen heeft volgens hen eveneens een negatief effect

op het zelfbeeld. Een globale dynamiek die terugkomt bij alle hulpverleners is dat ze ernaar streven om zo veel mogelijk inzichten uit de zorggebruiker zelf te laten komen en zo min mogelijk hun eigen advies op te dringen. Zorggebruikers zoeken daarentegen soms actief advies en feedback, zoals ook blijkt uit het volgende citaat:

*Ik heb hier dus al verplegers gehad waar dat ge dingen tegen vertelt, maar die geven niks terug. En dan vel ik ook geen oordeel, ik weet niet wat de reden is, hé. Is het ongemakkelijkheid? Is het omdat ze geen antwoord weten? Maar als ge praat en ge krijgt niks terug, dan zie ik geen nut van een tweede keer een gesprek te starten. (Zorggebruiker 10)*

Een opvallende tegenstelling in alle cases is dat de hulpverlener van zichzelf aangeeft vooral luisterend te zijn en niet zoveel advies te geven, terwijl sommige zorggebruikers aangeven veel advies te krijgen. Hulpverleners geven dus onbewust meer advies dan ze denken.

Verder komt het volgens zorggebruikers en hulpverleners ook voor dat hulpverleners de directe confrontatie aangaan en de zorggebruiker directief wijzen op bepaalde feiten. Zorggebruikers ervaren sommige boodschappen als confronterend wanneer deze onverwacht gebracht worden, of wanneer deze betrekking hebben op onderwerpen die de zorggebruiker liever niet bespreekt. Wanneer hulpverleners reeds een authentieke relatie hebben opgebouwd met de zorggebruiker, krijgen ze geleidelijk aan wel het mandaat om vanuit de relatie dingen te zeggen die confronterend kunnen zijn. Deze worden volgens zorggebruikers dan niet als aanvallend beleefd, maar eerder als adviserend. Er was overigens één zorggebruiker die aangaf dat zij juist baat had bij een confrontatie in de beginfase van haar opname. Dit heeft haar doen inzien dat ze haar situatie op een andere manier kon aanpakken.

*Als ik hier kwam de eerste keer, ben ik naar de psychiater hier geweest en hij heeft mij zo hard aangepakt, verbaal, dat hij mij wakker geschud heeft. (Zorggebruiker 6)*

Ook stimuleren kwam als vorm van communicatie aan bod tijdens de interviews. Bij stimuleren probeert de hulpverlener een zorggebruiker actief aan te zetten tot het ondernemen van een bepaalde actie of handeling, zo vertellen zorggebruikers en hulpverleners. Een zorggebruiker omschrijft dit als “een extra duwtje in de rug”. Belangrijk hierbij is, net zoals bij het geven van advies, dat een zorggebruiker de vrijheid ervaart om al dan niet in te gaan op deze uitnodiging. Sommige zorggebruikers ervaren het als positief wanneer hulpverleners hen steeds opnieuw blijven stimuleren en als het ware niet opgeven. Anderen ervaren deze terugkerende uitnodiging als een negatieve vorm van informele dwang.

## BELEVING VAN INFORMELE DWANG BIJ ZORGGEBRUIKERS

*Dus als ik zeg: "nee", is het nee en als ik zeg: "ja", is het ja. Als ik zeg: "ik weet het niet", dan weet ik het niet. Maar hier blijven ze wel proberen en proberen en proberen en dan wordt dat ook weer dwingend. (Zorggebruiker 10)*

## DISCUSSIE

De onderzoeksresultaten bevestigen dat de ervaringen met informele dwang zowel bij zorggebruikers als hulpverleners sterk individueel beleefde processen zijn (Lorem, Hem & Molewijk, 2014). Zorggebruikers zullen zich sneller gedwongen voelen wanneer ze niet betrokken worden in de communicatie of geen rationale kennen voor het toepassen van bepaalde regels of handelingen. Mogelijk heeft dit verband met het proces van desubjectivering waarbij hulpverleners de identiteit van zorggebruikers vernauwen tot en benaderen als "zieke" (Verbeke, 2020).

Informele dwang wordt door hulpverleners soms ingezet om een gebrek aan ziekte-inzicht te remediëren. De resultaten uit dit onderzoek geven aan dat hulpverleners juist extra informele dwang inzetten in de beginfase van een behandeling, waarin zorggebruikers handelingen sneller als dwingend percipiëren. Dit contrasteert met het onderzoek van Jaeger en Rossler (2010) dat stelt dat minder ziekte-inzicht niet automatisch betekent dat iemand meer informele dwang percipieert, maar zich wel meer ongelijk en ineffectief behandeld voelt.

Verschillende onderzoeken tonen aan dat de toepassing van informele dwang een negatief effect kan hebben op de therapeutische relatie (Jordan & McNiel, 2019). Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat sommige zorggebruikers informele dwang als negatief ervaren en zien als een gebrek aan vertrouwen, terwijl anderen de toepassing ervan als positief percipiëren. Zij zien dit als een teken van een zorgzame hulpverleningshouding. Het is dus niet mogelijk om op basis van de bevindingen van dit onderzoek te concluderen dat de inzet van informele dwang zonder meer een negatief effect heeft op de therapeutische relatie.

## Aanbevelingen voor praktijk en beleid

Toch zijn er belangrijke randvoorwaarden die kunnen voorkomen dat informele dwang een negatieve impact heeft. Er mag geen veroordeling gekoppeld zijn aan de handeling, eenzelfde handeling mag niet steeds herhaald worden en de handeling komt bij voorkeur voort uit een expliciete of impliciete vraag van de zorggebruiker. De zorggebruiker moet ook de keuze krijgen

om hier wel of niet op in te gaan. Tot slot dient er voldoende transparantie over een handeling te zijn, waardoor de zorggebruiker de bedoeling begrijpt.

We zien dat hulpverleners informele dwang inzetten omwille van verschillende redenen zoals bieden van de nodige structuur, een therapeutische act door confrontatie of motivatie tot uiteindelijk een antwoord op persoonlijk ervaren onmacht. Volgens Verbeke (2020) is dit laatstgenoemde op zich niet problematisch, wel dat dwang de voorkeursstrategie is om daarmee om te gaan. Dit wordt nog verder versterkt door het veiligheidsdiscours dat in veel residentiële instellingen prominent aanwezig is (Slemon, Jenkins & Bungay, 2017). Hulpverleners hebben te weinig zicht op de impact en beleving van hun handelen bij de zorggebruikers. Verbeke (2020) schuift hierbij systematische reflectie naar voren als noodzakelijk element om machtsreductie in de psychiatrie te faciliteren. Dit houdt in dat hulpverleners bewust stilstaan bij het proces dat schuilgaat achter de toepassing van informele dwang en dat zij nadenken hoe en waarom ze bepaalde handelingen uitvoeren, welke waarden hier achter schuilgaan en op welke evidentie handelingen gestoeld zijn (Liégeois, 2019; Andersson, Fathollahi & Gustin, 2020). Idealiter zijn de zorggebruiker en zijn omgeving deelgenoot van deze reflectie. Het beleid dient dit te ondersteunen door tijd en ruimte tot reflectie over deze alledaagse beslissingen te garanderen en niet zomaar naar de pullenbak te verwijzen vanuit een socio-economisch geïnspireerd “leandenken” (Hayward, 2012). In de praktijk merken we dat hulpverleners vooral ethisch-reflectieve tools zullen aanwenden indien men de perceptie heeft “vast te zitten” met een casus, eerder dan te reflecteren over de ogenschijnlijk kleine alledaagse beslissingen die meer impact hebben op zorggebruikers dan hulpverleners inschatten (Yeeles, 2016).

Hulpverleners gaven in dit onderzoek aan dat ze gelijkwaardigheid een belangrijk element vinden binnen de therapeutische relatie. Zorggebruikers ervaren echter steeds een vorm van asymmetrie binnen deze relatie (Andersson et al., 2020). Deze asymmetrie manifesteert zich binnen de onuitgesproken machtsprocessen die schuilgaan achter de toepassing van informele dwang. De aanname van gelijkwaardigheid kan ervoor zorgen dat hulpverleners schadelijke machtsdynamieken niet opmerken. Deze ongelijkheid biedt echter ook mogelijkheden. Hoewel dwang nooit zomaar als ‘goed’ gewaardeerd kan worden, kan het door zorggebruikers wel als ondersteunend en therapeutisch ervaren worden, mits het op een respectvolle en reflectieve manier wordt toegepast. De kwaliteit van de therapeutische relatie is een bepalende factor voor de mate waarin zorggebruikers dwang percipiëren. Investeren in professionele nabijheid biedt dan ook ruimte om langer in dialoog te gaan voordat informele dwang wordt ingezet.

## BELEVING VAN INFORMELE DWANG BIJ ZORGGEBRUIKERS

De principes van de presentietheorie kunnen ondersteunend zijn bij een respectvolle en reflectieve toepassing van informele dwang. Deze principes kunnen de hulpverlener helpen om in de eerste fase van de therapeutische relatie niet direct te ageren op een hulpvraag en daarbij te komen tot een probleemoplossing, maar juist te schakelen tussen een actieve en passieve gerichtheid binnen de relatie.

Hierbij is nabijheid en authentieke afstemming essentieel (Baart & Grypdonck, 2008). Ook hier heeft het operationeel beleid de verantwoordelijkheid om een kader te creëren waarin een presente grondhouding kan floreren: een mogelijkheid tot aanpassing van protocollen aan de reële noden van de zorggebruiker en tijd om te investeren in hetgeen er voor de zorggebruiker écht toe doet in plaats van een directe oplossingsgerichtheid. Dwang door blinde toepassing van protocollaire regelgeving kan de subjectiviteit van zorggebruikers verenigen tot de onpersoonlijke identiteit van 'patiënt'. Wat zorggebruikers doen of zeggen, wordt in dergelijke situaties van desubjectivering vaak exclusief gekaderd binnen de symptomatologie van een diagnose (Verbeke, 2020).

## Beperkingen en aanbevelingen

Er werd in deze studie gebruik gemaakt van twee databronnen. De realiteiten van zowel de zorggebruiker als hulpverlener rond eenzelfde situatie zijn in kaart gebracht. Gezien er maar één methodiek in de vorm van interviews werd aangewend, is er een kans dat hier sociaal wenselijke antwoorden werden gegeven (Slevin & Sines, 1999, Choy, 2014).

Deze studie berust op een multiple case opzet waarbij de zorggebruiker werd gevraagd om een hulpverlener te selecteren waar hij/zij een goede band mee had. Dit bood enerzijds de mogelijkheid om het verband tussen informele dwang en de therapeutische relatie nauw te onderzoeken. Anderzijds is het niet verbazingwekkend dat hierdoor die relatie een prominente plaats heeft gekregen in de resultaten. Een soortgelijke onderzoeksopzet, waarbij er een minder uitgesproken band is tussen zorggebruiker en hulpverlener, zou interessante informatie kunnen opleveren om de functie en impact van de relatie verder te verhelderen. De datasample van hulpverleners is divers qua setting, maar homogeen wat gender en beroepsklasse betreft. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de betrokken settings werken met een toegewezen hulpverlener en dat is doorgaans een verpleegkundige. Ook werd er geen datasaturatie bereikt en is niet helder geworden welke bewuste of onbewuste beslissingsprocessen exact spelen als hulpverleners overgaan tot het inzetten van informele dwangmaatregelen. Een onderzoeksopzet

waarbij hulpverleners via een think-aloud methodiek verwoorden welke stappen ze zetten en welke rationale er schuilt achter het omgaan met een complexe casus zou hier meer zicht op bieden (Young, 2005). Tot slot zou het interessant zijn om na te gaan of de beschreven dynamieken eveneens gelden in de ambulante zorg en welke impact de context en peers hebben in de beleving van informele dwang.

## Conclusie

Dit onderzoek trachtte na te gaan op welke manier zorggebruikers en hulpverleners informele dwang percipiëren. De resultaten tonen aan dat de kwaliteit van de therapeutische relatie sterk bepaalt of het inzetten van informele dwang al dan niet als negatief gepercipieerd wordt. Zonder gedegen therapeutische relatie is de toepassing van informele dwang een misnoegde poging om de zorggebruiker in een bepaalde richting te sturen. Verder is het van belang geen veroordeling uit te spreken, de handeling af te stemmen op een vraag van de zorggebruiker en maximale keuzemogelijkheid en transparantie over achterliggende redenen te geven.

De studie duidt tot slot het belang van het aanwenden van een reflectiekader dat voldoende bewustwording creëert rondom de inzet van informele dwang. Hierbij dient de zorggebruiker maximaal betrokken te worden. De bewustwording dient bovendien gekenmerkt te worden door wetenschappelijke evidentie, ethische reflectie en aandacht voor geldende machtsdynamieken.

## DISCLOSURE OF INTEREST AND FUNDING

De auteurs verklaren allen dat het onderzoek is uitgevoerd zonder enig commercieel of financieel belang dat kan worden opgevat als een potentieel belangenconflict. Er werd geen externe financiering voorzien voor dit onderzoek.

## REFERENTIES

- Andersson, U., Fathollahi, J., & Gustin, L. W. (2020). Nurses' experiences of informal coercion on adult psychiatric wards. *Nursing Ethics*, 27(3), 741–753. <https://doi.org/10.1177/0969733019884604>
- Baart, A., & Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en presentie*. Utrecht, Nederland: Lemma.
- Berlin, I. (1969). *Four essays on liberty*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

- Choy, L. T. (2014). The strengths and weaknesses of research methodology: Comparison and complimentary between qualitative and quantitative approaches. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 19(4), 99–104. <https://doi.org/10.9790/0837-194399104>
- Diefenbach, T. (2008). Are case studies more than sophisticated storytelling?: Methodological problems of qualitative empirical research mainly based on semi-structured interviews. *Quality & Quantity*, 43(6), 875–894. <https://doi.org/10.1007/s11135-008-9164-0>
- Elmer, T., Rabenschlag, F., Schori, D., Zuaboni, G., Kozel, B., Jaeger, S., ... Jaeger, M. (2018). Informal coercion as a neglected form of communication in psychiatric settings in Germany and Switzerland. *Psychiatry Research*, 262, 400–406. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.014>
- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>
- Gescinska, A. (2013). Vrijheid en vaardigheden: over de verovering van de vrijheid en het failliet van negatieve vrijheid. *Ethiek & Maatschappij*, 15(1), 39–55.
- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British Dental Journal*, 204(6), 291–295. <https://doi.org/10.1038/bdj.2008.192>
- Hall, C., Raitakari, S., & Juhila, K. (2021). Deinstitutionalisation and 'home turn' policies: Promoting or hampering social inclusion? *Social Inclusion*, 9(3), 179–189. <https://doi.org/10.17645/si.v9i3.4300>
- Hayward, L. M. (2012). How applicable is lean in mental health? A critical appraisal. *International Journal of Clinical Leadership*, 17(3), 165–173.
- Hem, M. H., Molewijk, B., & Pedersen, R. (2014). Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Medical Ethics*, 15(82), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-82>
- Hudson, H. (2019). Coercion in psychiatry: is it right to involuntarily treat inpatients with capacity? *Journal of Medical Ethics*, 45(11), 742–745. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105357>
- Jaeger, M., & Rossler, W. (2010). Enhancement of outpatient treatment adherence: Patients' perceptions of coercion, fairness and effectiveness. *Psychiatry Research*, 180(1), 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.011>
- Jaeger, M., Ketteler, D., Rabenschlag, F., & Theodoridou, A. (2014). Informal coercion in acute inpatient setting—Knowledge and attitudes held by mental health professionals. *Psychiatry Research*, 220(3), 1007–1011. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.014>



- Jordan, J. T., & McNiel, D. E. (2019). Perceived coercion during admission into psychiatric hospitalization increases risk of suicide attempts after discharge. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(1), 180–188. <https://doi.org/10.1111/sltb.12560>
- Liégeois, A. (2019). *Waarden in dialoog: ethiek in de zorg*. Leuven/Amsterdam: Lannoo Campus.
- Loem, G. F., Hem, M. H., & Molewijk, B. (2014). Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 231–240. <https://doi.org/10.1111/inm.12106>
- Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Qualitative Health Research*, 5, 147–149. <https://doi.org/10.1177/104973239500500201>
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven, België: ACCO.
- Norvoll, R., & Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems on the concept of coercion: Towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science & Medicine*, 156, 204–211. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.033>
- Nytingnes, O., Ruud, T., & Rugkåsa, J. (2016). 'It's unbelievably humiliating'—Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.08.009>
- Schermer, M. H. N. (2003). *Drang en informele dwang in de zorg*. Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Geraadpleegd van <https://www.ceg.nl/documenten/signalementen/2003/06/30/drang-en-informele-dwang-in-de-zorg>
- Schori, D., Jaeger, M., Elmer, T., Jaeger, S., Mahlke, C., Heumann, K., ... Rabenschlag, F. (2018). Knowledge on types of treatment pressure. A cross-sectional study among mental health professionals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 662–669. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.03.005>
- Slevin, E., & Sines, D. (1999). Enhancing the truthfulness, consistency and transferability of a qualitative study: Utilising a manifold of approaches. *Nurse Researcher*, 7(2), 79–97. <https://doi.org/10.7748/nr2000.01.7.2.79.c6113>
- Slemon, A., Jenkins, E., & Bungay, V. (2017). Safety in psychiatric inpatient care: The impact of risk management culture on mental health nursing practice. *Nursing Inquiry*, 24(4), 1–10. <https://doi.org/10.1111/nin.12199>
- Szmukler, G., & Appelbaum, P. S. (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, 17(3), 233–244. <https://doi.org/10.1080/09638230802052203>
- Tufford, L., & Newman, P. (2012). Bracketing in qualitative research. *Qualitative Social Work*, 11(1), 80–96. <https://doi.org/10.1177/1473325010368316>

- Verbeke, E. (2020). *Macht en ethiek in de hedendaagse psychiatrie: een conceptuele en kwalitatieve studie vanuit het werk van Foucault en Lacan*. Retrieved January 12, 2022, from <https://biblio.ugent.be/publication/8686144/file/8686145.pdf>
- Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F., & Froyen, B. (2019). Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. *Social Science & Medicine*, 223, 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031>
- Yeeles, K. (2016). Informal coercion: Current evidence. *Oxford Medicine Online*, 95–116. <https://doi.org/10.1093/med/9780198788065.003.0006>
- Young, K. A. (2005). Direct from the source: the value of 'think-aloud' data in understanding learning. *Journal of Educational Enquiry*, 6(1), 19–33.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (Vol. 5). London, United Kingdom: Sage.