

GENDER IN VERHOUDING TOT SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG IN DE GEZONDHEIDSZORG

Een zorgethisch onderzoek naar de ervaringen van verpleegkundigen met seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit cliënten binnen de seksuele gezondheidszorg



Marianne Kerpershoek (1037110)

Begeleider: Dr. Elleke Landeweer

Tweede lezer: Dr. Alistair Niemeijer

Universiteit voor Humanistiek

Master Zorgethiek en Beleid

Datum 26-06-2024

Aantal woorden (excl. Literatuurlijst): 23.560

Voorwoord

Beste lezer,

Met deze thesis rond ik de master Zorgethiek & Beleid af aan de Universiteit voor Humanistiek in Utrecht. Tijdens het volgen van deze master heb ik geleerd om met een kritische, zorgethische lens naar zorgpraktijken te kijken. Ik kijk ernaar uit om deze inzichten toe te passen binnen de zorgpraktijken waarin in zelf werkzaam ben.

Deze thesis had niet tot stand kunnen komen zonder een aantal belangrijke mensen, wie ik dan ook graag hartelijk zou willen bedanken. Allereerst wil ik de respondenten graag bedanken voor hun deelname, en hun openheid en eerlijkheid tijdens de interviews. Zonder hen had ik geen inzicht kunnen krijgen in de mogelijke relatie tussen gender en het ervaren van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Daarnaast wil ik mijn begeleider prof. dr. Inge van Nistelrooij bedanken voor haar ondersteuning en feedback gedurende de eerste helft van de thesis. Daarnaast wil ik mijn begeleider dr. Elleke Landeweer bedanken voor haar feedback en het meedenken gedurende de tweede helft van de thesis, wat erg behulpzaam was. Daarnaast wil ik de tweede lezer dr. Alistair Niemeijer bedanken voor de feedback op het onderzoeksvorstel.

Het idee voor dit onderzoek is tot stand gekomen naar aanleiding van een oproep van de beroepsgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) voor onderzoek naar agressie tegen zorgverleners. Hierbij wil ook Andrea Steger bedanken, die vanuit V&VN heeft meegedacht met het onderzoek. Tot slot wil ik mijn familie, vriend, vriendinnen en medestudenten bedanken voor de mentale support tijdens het gehele traject.

Veel leesplezier!

Samenvatting

Seksueel grensoverschrijdend gedrag komt in veel werksituaties voor, waaronder ook in de gezondheidszorg. Er is steeds meer aandacht voor dit probleem, zowel op maatschappelijk als wetenschappelijk gebied. Onderzoek wat tot op heden gedaan is naar seksueel grensoverschrijdend gedrag in de gezondheidszorg, richt zich met name op de ervaringen van vrouwelijke zorgverleners, waarbij het seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft plaatsgevonden vanuit mannelijke cliënten of patiënten. Verschillende onderzoeken wijzen echter aan dat mannelijke zorgverleners ook regelmatig te maken krijgen met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Het doel van dit onderzoek is met behulp van de zorgethiek, een gendersensitief inzicht te verkrijgen in de relatie tussen gender en het ervaren van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen de seksuele gezondheidszorg.

In dit zorgethische onderzoek is gebruik gemaakt van zowel een literatuurstudie als een empirische studie. Voor de empirische studie werd met behulp van de fenomenologie onderzocht hoe respondenten van verschillende genders seksueel grensoverschrijdend gedrag hadden ervaren en hoe zij hier mee om zijn gegaan. Hiervoor werden zes semigestructureerde interviews afgenomen met hbo-verpleegkundigen.

De resultaten zijn geanalyseerd met behulp van de methode van de 'Interpretative Phenomenological Analysis' (IPA) volgens Smith. In de zes analysestappen werden de transcripten voorzien van codes, welke uiteindelijk geclusterd werden tot thema's. Tussen de transcripten onderling werd gekeken naar patronen tussen de verschillende thema's. Hieruit zijn vijf hoofdthema's voortgekomen, met elk enkele sub thema's. Aan de hand van deze thema's zijn de resultaten weergegeven.

Uit de koppeling tussen de literatuurstudie en de empirische studie, blijkt dat gender zich op verschillende manieren verhoudt ten opzichte van het ervaren van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Zo ervaren de respondenten bijvoorbeeld verschillende vormen van gendernormativiteit tijdens hun werk. Echter lijkt gender geen invloed te hebben op hoe iemand omgaat met seksueel grensoverschrijdend gedrag, aangezien er uit de antwoorden van de respondenten geen duidelijk onderscheid tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten op te maken is. Ook blijkt dat seksueel grensoverschrijdend gedrag invloed heeft op hoe de respondenten de zorgrelatie vormgeven. Uit de antwoorden van de respondenten blijkt niet dat zij vinden dat seksueel grensoverschrijdend gedrag onderdeel is van de werkcultuur in de gezondheidszorg. Uit de koppeling tussen de literatuurstudie en de empirische studie blijkt ook dat seksuele voorkeur een rol kan spelen in hoe iemand seksueel grensoverschrijdend gedrag ervaart en hiermee omgaat. Daarbij blijkt uit de empirische studie dat lichamelijke ook een rol speelt in het ervaren van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Aanvullend, gendersensitief onderzoek naar seksuele voorkeur en lichamelijke is nodig om meer inzichten te verkrijgen in de verhouding van deze onderwerpen tot seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Inhoudsopgave

1. Probleemstelling en relevantie	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Maatschappelijk probleem.....	7
1.3 Wetenschappelijk probleem.....	8
1.4 Vraagstelling	9
1.5 Doelstelling.....	9
2. Theoretisch kader	10
2.1 Gender en gendernormativiteit.....	10
2.1.1 Gender	10
2.1.3 Gendernormativiteit in de zorgpraktijken	10
2.1.4 Gendernormativiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag.....	11
2.2 Macht	12
2.2.1 Macht in zorgpraktijken	12
2.2.2 Het patriarchaat.....	12
2.2.3 Morele grenzen.....	12
2.2.4 Werkcultuur en samenleving.....	13
2.2.5 Ontstaan van seksueel grensoverschrijdend gedrag	14
2.3 Zorgpraktijken	14
2.3.1 Zorgethiek	14
2.3.2 Wat is goede zorg?.....	15
2.3.3 Seksueel grensoverschrijdend gedrag en zorgrelaties.....	15
2.4 Sensitizing concepts	16
2.5 Conclusie	17
3. Methode.....	18
3.1 Onderzoeksbenadering	18
3.2 Onderzoeksmethode	18
3.3 Casusdefinitie	19
3.4 Dataverzameling	20
3.5 Data-analyse	20
3.6 Ethische overwegingen.....	21
4. Resultaten	22
4.1 Seksueel grensoverschrijdend gedrag	22
4.1.1 Wanneer wordt gedrag ervaren als seksueel grensoverschrijdend?.....	22
4.1.2 Vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag	22
4.2 Ervaringen en gevoelens	23
4.2.1 Twijfel en schaamte	23
4.2.2 Ongemak.....	24
4.2.3 Angst en intimidatie.....	24
4.3 Omgang met seksueel grensoverschrijdend gedrag	25
4.3.1 Begrenzen of vermijden.....	25

4.3.2 Professionaliteit bewaken	26
4.3.3 Het bespreekbaar maken en verwachte reacties	27
4.3.4 Normalisering.....	28
4.3.5 Factoren die meespelen bij de omgang	29
4.3.6 De invloed op zorgrelaties	29
4.4 <i>Gender en seksualiteit in relatie tot seksueel grensoverschrijdend gedrag</i>	30
4.4.1 Gendernormativiteit	30
4.4.2 Seksuele voorkeur van de cliënt	31
4.5 <i>De rol van organisaties en de maatschappij</i>	32
4.6 <i>Conclusie</i>	33
5. Zorgethische discussie	34
5.1 <i>Gender</i>	34
5.1.1 Meedenken	34
5.1.2 Tegendenken	35
5.1.3 Omdenken	36
5.2 <i>Zorgrelaties</i>	37
5.2.1 Meedenken	37
5.2.2 Tegendenken	38
5.2.3 Omdenken	39
5.3 <i>Werkcultuur</i>	40
5.3.1 Meedenken	40
5.3.2 Tegendenken	41
5.3.3 Omdenken	41
5.4 <i>Discussie van de resultaten in het licht van de probleemstelling</i>	42
6. Conclusie	43
6.1 <i>Conclusie</i>	43
6.2 <i>Beperkingen</i>	44
6.3 <i>Aanbevelingen</i>	44
6.4 <i>Zorgethische positie onderzoeker</i>	44
Literatuur	46
Bijlage 1 - Planning	50
Bijlage 2: Topicijst	51
Bijlage 3: Reflectief logboek	53

1. Probleemstelling en relevantie

1.1 Aanleiding

Ondanks dat het vier jaar geleden is, kan ik het me nog goed herinneren. Ik liep mijn derdejaars hbo-v stage in de thuiszorg en ging regelmatig zelfstandig naar cliënten. Ik had al vaker gezorgd voor deze bewuste meneer, die door een beroerte deels verlamd was geraakt. Meneer stond erom bekend 'ongepast' uit de hoek te komen, wat deels veroorzaakt zou worden door het ziektebeeld. Zo had hij mij en andere collega's al vaker gevraagd of we bij hem in bed wilden komen liggen. Ook verloor hij soms per ongelijk zijn evenwicht in de stalfift waardoor hij je al lachend vastgreep voor steun. Die bewuste ochtend waste ik meneer op bed. Terwijl ik zijn geslachtsdeel waste met een washandje, pakte hij mijn pols stevig vast. Hierdoor kon ik mijn hand niet weghalen van zijn geslachtsdeel. Een ongemakkelijk gevoel overspoelde me, ik vroeg voorzichtig of dhr. mijn hand wilde loslaten. Zijn precieze antwoord weet ik niet meer, maar de strekking was dat het daar 'wel goed schoon moest zijn'. Met een ongemakkelijk gevoel heb ik het zorgmoment afgerond en ben ik terug naar kantoor gegaan. Toen ik dit aan mijn collega's vertelde, welke toevallig die dag allemaal vrouwen waren, reageerden ze luchtig. Ze vertelden me dat dhr. nou eenmaal zo is en dat ik me hier niets van aan moest trekken. Makkelijker gezegd dan gedaan. Toen ik hier later over sprak met mijn enige mannelijke collega, bood hij aan om de volgende keer samen naar deze meneer toe te gaan. Terwijl we samen bij deze cliënt waren, maakte hij dezelfde schuine opmerkingen als eerder, over of ik bij hem wilde kruipen etc. We hebben er op dat moment geen aandacht aan besteed, maar nadat we de deur uitliepen gaf mijn mannelijke collega erg geschrokken te zijn van het gedrag van de cliënt. Zijn geschrokken reactie stond in sterk contrast met de reactie van mijn vrouwelijke collega's. Achterafgezien ben ik hierover gaan nadenken. Spelen gender en de hierbij horende gendernormativiteit een rol in de beleving van en het omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag?

1.2 Maatschappelijk probleem

Seksueel grensoverschrijdend gedrag krijgt de laatste jaren wereldwijd meer aandacht. Het begrip 'MeToo' is wereldwijd bekend. De 'MeToo' beweging vindt zijn oorsprong in 2006, waarbij de Amerikaanse Tarana Burke de uitdrukking bedacht om slachtoffers van seksueel misbruik uit achtergestelde milieus een stem te geven. Ruim tien jaar later, in 2017, kreeg de term een opleving in de vorm van een hashtag. De hashtag werd door miljoenen mensen gebruikt om hun verhaal te delen over seksuele intimidatie en misbruik, met als aanleiding de zaak rondom producent Weinstein (NOS, 2017). Naar aanleiding van een reeks verhalen over seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen het programma 'The Voice of Holland' werd het probleem omtrent seksueel grensoverschrijdend gedrag hoog op de politieke agenda gezet (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2023).

Seksueel grensoverschrijdend gedrag komt voort uit een situatie waarin sprake is van ongelijkheid of macht (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2024). Voorloopster van de zorgethiek Joan Tronto stelt dat er binnen zorgrelaties altijd sprake is van macht en ongelijkheid (2013). Dit komt doordat mensen die zorg nodig hebben zich altijd in een kwetsbare positie bevinden. Seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt gezien als een paraplueterm waaronder alle gedragingen vallen waarmee een persoon op een manier benaderd wordt die seksueel van aard is en over de grens van de persoon in kwestie gaat. Het kan hierbij gaan om fysieke, verbale of non-verbale gedragingen. Voorbeelden hiervan zijn beledigende grapjes, het tonen van seksuele lichaamsdelen of ongewenste aanrakingen (Celik & Celik, 2007). Seksueel grensoverschrijdend gedrag komt in alle bevolkingsgroepen en lagen van de samenleving voor, maar er zijn groepen die hier vaker mee te maken krijgen. Voorbeelden hiervan zijn jonge vrouwen of mensen uit de lhbtqi+ gemeenschap (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2024).

Seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen de gezondheidszorg komt voor zowel vanuit patiënt/cliënt richting zorgverlener, als van zorgverlener richting patiënt/ cliënt. Voor seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit zorgverleners is de laatste tijd steeds meer aandacht. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd ontving hier in 2023, 330 meldingen over. Het aantal meldingen is hiermee gestegen ten opzichte van de 240 meldingen in 2022 (NOS, 2024). Dit onderzoek zal zich richten op seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit patiënten/cliënten richting de zorgverleners.

Uit de jaarlijkse Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) van TNO en CBS blijkt dat vrouwen over het algemeen meer te maken krijgen met seksueel grensoverschrijdend gedrag dan mannen (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2023). Uit de rapportage van de NEA van 2022 blijkt dat bijna een op de tien medewerkers in de gezondheidszorg weleens te maken heeft gehad met ongewenst seksueel gedrag vanuit klanten. Dit cijfer is overeenkomstig met de bevindingen van de meta-analyse van Lu et al. (2020). Hieruit blijkt dat wereldwijd 12,6% van de verpleegkundigen in de afgelopen twaalf maanden seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft ervaren en dat ruim de helft van alle verpleegkundigen gedurende hun carrière wel eens te maken heeft gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Volgens de NEA krijgen vrouwen in alle werkvelden gemiddeld vaker te maken met seksueel ongewenst gedrag dan mannen (5,5% t.o.v. 0,7%) (*Cijfers En Trends - Werknemers - Monitor Arbeid*, 2024). Verpleegkundigen denken dat het werkelijke aantal hoger ligt, omdat niet alles gemeld wordt en sommigen het voor lief nemen. Het voor lief nemen van seksueel grensoverschrijdend gedrag wijst mogelijk op een vorm van normalisatie. Veel verpleegkundigen en verzorgenden denken dat dit gedrag nu eenmaal bij hun werk hoort (RTL Nieuws, 2022). Resultaten uit bovenstaande rapportage van de NEA uit 2022 tonen aan dat seksueel grensoverschrijdend gedrag een probleem is, met een hogere prevalentie bij vrouwen, maar ook zeker bij mannen. Finn Roset schreef een essay over zijn ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag als mannelijke verpleegkundige (Berends, 2023). Hij geeft aan dat seksueel grensoverschrijdend gedrag bij mannen nog sneller dan bij vrouwen wordt afgewimpeld. Hij geeft aan dat het bestaande stereotype beeld ervoor zorgt dat

er bij mannen minder over gesproken wordt. Mannen zouden immers ‘sterk moeten zijn en tegen een stootje moeten kunnen’. Dit toont aan dat gender(normen) mogelijk een rol spelen bij het ervaren van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen de gezondheidszorg.

1.3 Wetenschappelijk probleem

De gezondheidszorg heeft meer aandacht voor gendersensitiviteit, stellen Lagro-Janssen en Teunissen (2019). Zij geven aan dat het contact tussen zorgverlener en patiënt anders verloopt bij mannelijke en vrouwelijke patiënten en dat de sekse van zorgverlener de benadering van de patiënt en diens zorgvraag beïnvloedt. In reeds gedane onderzoeken naar seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen de gezondheidszorg wordt een gendersensitieve benadering veelal achterwege gelaten. Onderzoek van Bruschini et al. (2023) toont aan dat de beleving van seksueel grensoverschrijdend gedrag sterk afhankelijk is van verschillende contextuele factoren, zoals het land, de cultuur, het opleidingsniveau en het soort zorg. Uit dit onderzoek blijkt ook dat verpleegkundigen meer training nodig hebben over hoe om te gaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag en dat dit moet worden opgenomen in de opleiding.

Het onderzoek van Bruschini et al. (2023) heeft voornamelijk gebruik gemaakt van vrouwelijke respondenten (88,5%). Dit is in veel onderzoeken aan de orde, aangezien het gros van het bestaande onderzoek over seksueel grensoverschrijdend gedrag in de gezondheidszorg zich richt op vrouwen. Zo is veel kwalitatief onderzoek gedaan naar de ervaringen van vrouwen met seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen de gezondheidszorg. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek van Scholcoff et al. (2020), waaruit blijkt dat de vrouwelijke zorgverleners zich vaak niet bekwaam voelen om tegen het seksueel grensoverschrijdend gedrag op te treden. Bovendien geven de zorgverleners aan dat het soms lastig is om het grensoverschrijdende gedrag te beoordelen, bijvoorbeeld wanneer een patiënt cognitief beperkt is. Daarbij geven zorgverleners aan dat het ingewikkeld is om de zorgrelatie te behouden wanneer er sprake is van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Hierdoor is het lastig om goede zorg te leveren in contexten waar seksueel grensoverschrijdend gedrag plaatsvindt. Onderzoeken van Vargas et al. (2020) en Hu et al. (2019) onderschrijven deze bevindingen.

Ondanks dat het minder lijkt voor te komen, is er wel degelijk onderzoek gedaan naar seksueel grensoverschrijdend gedrag richting mannelijke zorgverleners. In een kwalitatief onderzoek van Chang en Jeong (2021) in Zuid-Korea werden de bevindingen van mannelijke zorgverleners omtrent seksueel grensoverschrijdend gedrag onderzocht. Hieruit komt naar voren dat zij weinig sensitiviteit ervaren over het feit dat ook mannen slachtoffer kunnen worden van seksueel grensoverschrijdend gedrag. In dit onderzoek komt ook aan het licht dat mannelijke zorgverleners verschillende standaarden ervaren, wanneer zij benaderd worden met seksueel ongewenst gedrag vanuit een vrouw. Zij ervaren dat hier anders tegenaan gekeken wordt dan wanneer een vrouwelijke zorgverlener wordt benaderd met seksueel ongewenst gedrag vanuit een man. Zoals ook door Roset benoemd, wordt seksueel grensoverschrijdend gedrag bij mannen snel gebagatelliseerd (Berends, 2023). Mogelijk is dit een gevolg van de heersende gendernormativiteit. Volgens Vanwesenbeeck (2020) benadrukt gendernormativiteit specifieke gedragspatronen die toegekend worden aan mensen op basis van gender. Ook in Griekenland is er onderzoek gedaan naar seksueel grensoverschrijdend gedrag bij mannen, waaruit blijkt dat 40% van de mannen hier tijdens hun carrière ooit te maken heeft gehad (Papantoniou, 2021). De prevalentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag onder mannen in Griekenland (40% volgens Papantoniou, 2021) wijkt niet veel af van de wereldwijde prevalentie (53,4% volgens Lu et al., 2020). Zoals ook uit de NEA (2022) bleek, komt seksueel grensoverschrijdend gedrag dus zowel bij mannen als vrouwen frequent voor.

Zoals hierboven benoemd blijkt uit onderzoek van Bruschini et al. (2023) dat de beleving van seksueel grensoverschrijdend gedrag sterk afhankelijk is van contextuele factoren. De zorgethiek is contextgebonden en

is geworteld in de feministische ethiek (Van Nistelrooij, 2022b), die tot doel heeft te begrijpen, bekritisieren en corrigeren hoe gender een rol speelt binnen morele praktijken en overtuigingen (Lindemann, 2019). Over de beleving van, en het omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit de 'gender' invalshoek, is in de literatuur nog weinig bekend. Daarbij richten de meeste reeds gedane onderzoeken zich op de beleving van vrouwen, met seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit mannen. Dit onderzoek probeert een bijdrage te leveren aan de kennis over de relatie tussen gender en de beleving van seksueel grensoverschrijdend gedrag en de invloed hiervan op het creëren en in stand houden van goede zorgrelaties met een vergelijkend onderzoek tussen mannen en vrouwen.

1.4 Vraagstelling

Hoe verhoudt gender zich tot het ervaren van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in de gezondheidszorg, welke inzichten biedt de zorgethische literatuur over de concepten gendernormativiteit en macht in de omgangsvormen binnen zorgpraktijken en wat kunnen we vanuit empirisch onderzoek en de theorie leren over de relatie tussen gender en seksueel grensoverschrijdend gedrag en de invloed hiervan op het creëren en in stand houden van goede zorgrelaties?

1. Welke inzichten biedt de zorgethische literatuur over de concepten gendernormativiteit en macht in de omgangsvormen binnen zorgpraktijken?
2. Hoe verhoudt gender zich tot het ervaren van en het omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in de gezondheidszorg?
3. Wat kunnen we vanuit het empirisch onderzoek en de theorie leren over de relatie tussen gender en seksueel grensoverschrijdend gedrag en de invloed hiervan op het creëren en in stand houden van goede zorgrelaties?

1.5 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in hoeverre gender een rol speelt bij het ervaren van seksueel grensoverschrijdend gedrag in de gezondheidszorg. Daarnaast is het doel om te onderzoeken of gender een rol speelt bij het omgaan met deze vorm van ongewenst gedrag binnen de gezondheidszorg. Door empirisch onderzoek te doen hiernaar en dit vervolgens te verbinden aan theorie over gendernormativiteit en macht zal getracht worden meer te leren over de relatie tussen gender en seksueel grensoverschrijdend gedrag en de invloed hiervan op het creëren en in stand houden van goede zorgrelaties.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal antwoord worden gegeven op de deelvraag: *Welke inzichten biedt de zorgethische literatuur over de concepten gendernormativiteit en macht in de omgangsvormen binnen zorgpraktijken?* Dit wordt gedaan door de concepten gender, gendernormativiteit, macht en de invloed hiervan op omgangsvormen binnen zorgpraktijken uit te werken middels een literatuurstudie. Hiervoor worden zowel zorgethische literatuur als andere wetenschappelijke literatuur gebruikt. Het theoretisch kader fungeert als uitgangspunt voor het onderzoek, waar de empirische resultaten mee in dialectiek zullen worden gebracht.

2.1 Gender en gendernormativiteit

Het begrip gender kan op verschillende manieren worden geïnterpreteerd. De concepten gender en gendernormativiteit worden in de volgende paragrafen toegelicht.

2.1.1 Gender

Gender is een sociaal construct dat wijst naar de rollen, verantwoordelijkheden, beperkingen en ervaringen van een individu, gebaseerd op diens geïdentificeerde geslacht. Het construct wordt gevormd door sociale normen en in stand gehouden door instanties zoals de media, religie, schoolsystemen en de medische wereld (Johnson & Repta, 2012). Gender wordt vaak verward met sekse of geslacht. Met sekse of geslacht wordt echter een biologisch construct bedoeld, waarbij op basis van anatomische, fysiologische, genetische en hormonale verschillen een tweedeling wordt gemaakt tussen man of vrouw. De tweedeling tussen man of vrouw wordt 'gender binary' genoemd (Hyde et al., 2019). Gender is dus niet biologisch bepaald, maar een sociaal construct. Een van de beroemdste uitspraken van Simone de Beauvoir gaat over het feit dat je niet geboren wordt als vrouw, maar tot vrouw gemaakt wordt. Met deze uitspraak belicht ze het feit dat er binnen de maatschappij dominante opvattingen bestaan over wat het betekent om man of vrouw te zijn. Deze opvattingen zijn aangeleerd en niet natuurlijk ontstaan (Beauvoir & Hardenberg, 2015).

Butler stelt dat gender als sociaal construct steeds opnieuw wordt gevormd en gewijzigd door culturele normen en sociale praktijken. Hen gebruikt de term 'cultural intelligibility' voor het fenomeen dat mannen en vrouwen zich neigen te gedragen naar de sociale verwachtingen die aan hen gesteld worden binnen de culturele en historische context (Butler, 1999). Net zoals de Beauvoir aangaf dat vrouwen tot vrouw gemaakt worden, gaat Butler er vanuit dat gender niet iets is wat je 'bent'. Volgens Butler wordt gender 'gedaan', in het herhaaldelijk uitvoeren van genderbevestigende handelingen. Dit wordt aangeduid met het begrip performativiteit. Volgens Butler dragen de performatieve handelingen bij aan de in stand houding van de gendernormen in de samenleving (Butler, 1999). Deze compulsieve sociale normen beschrijft Butler als de heteroseksuele matrix, waarbij er weinig tot geen ruimte overblijft tot het uiten van de mens als anders dan mannelijk of vrouwelijk (Brady & Schirato, 2011).

2.1.3 Gendernormativiteit in de zorgpraktijken

Gendernormen zijn geschreven en ongeschreven regels binnen een samenleving over wenselijk gedrag van jongens en meiden, mannen en vrouwen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld over hoe iemand zich moet gedragen of eruit moet zien op basis van diens gender (Weber et al., 2019). Opvattingen die bij deze gendernormen passen zijn bijvoorbeeld dat vrouwen emotioneel, zachtaardig en kwetsbaar moeten zijn, en mannen gezien worden als ambitieus, sterk en autonoom (Moi, 1999). Specifieke gedragspatronen die toegekend worden aan mensen op basis van gender, hebben invloed op het gedrag en de beleving van het lichaam (Vanwesenbeeck, 2020). Volgens Johnson et al. (2007) worden alledaagse handelingen van individuen beïnvloed door de heersende gendernormen en rollen in de maatschappij.

Zowel mannen als vrouwen krijgen binnen zorgpraktijken te maken met gendernormativiteit. Zo worden vrouwen vaak gezien als dienstbaar en zorgzaam (Gutek & Morasch, 1982). Mannen zouden zich daarentegen niet met zorgtaken moeten bezighouden, stoer moeten zijn en ervoor moeten zorgen dat vrouwen afhankelijk van hen zijn.

Binnen de zorgethiek is door o.a. Tronto (2013) aandacht besteed aan het hierboven genoemde aspect van gender in zorgpraktijken. Echter is er nauwelijks geschreven over gendernormativiteit binnen de gezondheidszorg door zorgethici. Onderzoek van Mcdonald (2012) over het 'doen' en 'ontdoen' van gender bij zowel mannelijke als vrouwelijke verpleegkunde studenten wijst aan dat zowel mannen als vrouwen bepaalde karaktereigenschappen als belangrijk markeren voor verpleegkundigen. Sommige karaktereigenschappen hebben een feminiene connotatie (zoals het tonen van empathie), waarbij andere karaktereigenschappen meer geassocieerd worden met masculiniteit (zoals kracht en een analytisch vermogen). Uit het onderzoek blijkt dat de verpleegkundig studenten die hebben deelgenomen het beroep van verpleegkundige niet zien als iets wat puur vrouwelijk is. Doordat zowel mannelijke als vrouwelijke verpleegkundigen erkennen dat vrouwelijk- en mannelijk geassocieerde karaktereigenschappen nodig zijn en hierop acteren, voldoen ze enerzijds aan de heersende gendernormen door gender te 'doen' op de manier die cultureel van hen verwacht wordt. Anderzijds bieden ze weerstand aan deze gendernormen door gender te 'ontdoen'. Eerder onderzoek heeft vooral aangetoond dat mannen zoeken naar manieren om toch masculiniteit te kunnen tonen binnen een professie waarin vooral vrouwen werken. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld het aannemen van zwaardere taken of het veranderen van discours over die professie (Williams, 1995). Het onderzoek van Mcdonald (2012) wijst uit dat zowel mannen als vrouwen de bestaande genderrollen bevestigen en ontcrachten binnen traditioneel gezien vrouwelijke beroepen. Onderzoek van Aranda et al. (2015), bevestigt deze bevindingen. Uit dit onderzoek blijkt dat de heersende stereotypes omtrent gender door zowel mannelijke als vrouwelijke verpleegkundigen worden aangehangen.

2.1.4 Gendernormativiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag

Onderzoek naar seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit mannelijke cliënten richting zowel mannelijke als vrouwelijke verpleegkundigen toont aan dat gender een belangrijke rol speelt bij seksueel grensoverschrijdend gedrag. Hierbij wordt bij zowel mannelijke als vrouwelijke verpleegkundigen geprobeerd om hen af te schilderen als feminien (Clair, 1998). Daarbij blijkt uit het onderzoek van Dougherty et al. (2011) dat mannelijke patiënten die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen, vaak handelen uit overtuiging van bepaalde, op gender gebaseerde stereotypes over verpleegkundigen. Het onderzoek van Dougherty et al. (2011) geeft ook aan dat gender slechts een component is van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Andere factoren, zoals afkomst en leeftijd spelen ook een rol. Uit het onderzoek blijkt ook dat de verpleegkundigen zelf ook overtuigd zijn van bepaalde stereotypen over de mannelijke patiënten. Voorbeelden hiervan zijn dat de mannelijke patiënten een hogere behoefte aan seks hebben of dat het vooral 'vieze oude mannen' betreft.

Het onderzoek van Chang en Jeong (2021) naar seksueel grensoverschrijdend gedrag tegen mannelijke verpleegkundigen toont aan dat zij de gendernormativiteit soms als belastend ervaren tijdens hun werk. Volgens de mannelijke verpleegkundigen ontbreekt er een stuk bewustzijn over het feit dat mannen ook seksueel grensoverschrijdend gedrag kunnen meemaken. Daarbij ervaren ze een dubbele moraal omtrent seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit vrouw richting man. Hier wordt vaak anders tegenaan gekeken dan tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit man richting vrouw.

2.2 Macht

Het ministerie van justitie en veiligheid stelt dat seksueel grensoverschrijdend gedrag voorkomt uit een situatie waarin sprake is van ongelijkheid of macht (2024). Het concept macht wordt in de volgende paragrafen toegelicht.

2.2.1 Macht in zorgpraktijken

Tronto ziet zorg als een morele, sociale en politieke praktijk (1993, 2013). Binnen de zorgpraktijken is er volgens Tronto altijd sprake van een machtsverhouding. Mensen die zorg nodig hebben bevinden zich in een kwetsbare, afhankelijke positie ten opzichte van de zorgverlener. Tronto stelt ook dat alle mensen op een bepaalde momenten in het leven kwetsbaar en afhankelijk zijn van anderen en in relatie staan tot elkaar. Noddings (2015) sluit hierbij aan. Zij benadrukt hoe macht kan worden uitgeoefend binnen de relationele context van een zorgrelatie. Ondanks dat de zorgrelatie uit geven en ontvangen bestaat, is deze verdeling nooit symmetrisch (Bergman, 2004). Volgens Noddings (2015) hebben zowel de zorgverlener als de zorgontvanger verantwoordelijkheden om de zorgrelatie tot stand te laten komen. Zo moet degene die zorg geeft aandacht hebben voor de zorgontvanger, zichzelf open stellen om zich door de zorgontvanger te laten raken en de zorgvraag beantwoorden. De zorgontvanger daarentegen, dient de inspanningen van de zorgverlener te erkennen. Dit komt overeen met de vierde fase van zorg volgens Tronto (1993, 2013).

2.2.2 Het patriarchaat

De huidige, patriarchale samenleving is geordend volgens een hiërarchische structuur waarbij middels verschillende binaire, traditioneel gegenderde normen posities van macht en onderdrukking ontstaan (Poyares, 2023). In een patriarchale samenleving zijn mannen dominant. Hooks (2004) schrijft dat we vanaf jongs af aan beïnvloed worden door de genderrollen binnen het patriarchaat en dat we begeleid worden in hoe we deze rollen het best kunnen vervullen. Hooks (2004, p.18) omschrijft het patriarchaat als een politiek-sociaal systeem dat vertrekt vanuit het idee dat mannen dominant en superieur zijn over alles en iedereen wie 'zwak' is, waarmee met name vrouwen worden bedoeld. Volgens Hooks zijn zowel vrouwen als mannen gesocialiseerd binnen het systeem van het patriarchaat. Dit leidt tot bepaalde verwachtingen en vooroordelen ten opzichte van gender.

De patriarchale machtsstructuren beïnvloeden hoe er binnen zorgpraktijken wordt gekeken naar mannen en vrouwen. Doordat zorg geassocieerd wordt met vrouwelijkheid, worden mannelijke zorgverleners geconfronteerd met het feit dat zorgen af zou doen aan hun masculiniteit, of dat ze zelfs minder goede zorg zouden kunnen leveren. De overheersende opvatting dat mannen minder goed zouden kunnen zorgen dan vrouwen, past bij het beeld wat de samenleving over 'de man' heeft. Dit beeld wordt aangeduid met hegemonische masculiniteit (Connell, 2005). Hegemonische masculiniteit is het heersende beeld over hoe je je als man zijnde zou moeten gedragen. Dit beeld staat niet vast, maar is onderhevig aan culturele en historische context. Dit zorgt voor een bepaalde druk op mannen om hieraan te voldoen.

2.2.3 Morele grenzen

Binnen de patriarchale samenleving heerst een gegenderde werkethiek. Met haar *moral boundary*: 'public and private life' schetst Tronto (1993) de context over het ontstaan van deze werkethiek. Binnen het westerse gedachtegoed wordt het publieke domein gescheiden gezien van het privédomein. Deze verdeling is gegenderd. Mannen worden geassocieerd met werken buitenshuis omdat zij tijdens de periode van industrialisatie buitenshuis aan het werk gingen (publiek domein). Vrouwen zorgden binnenshuis voor het huishouden en de familie, waardoor zij met het privédomein geassocieerd werden. Hierdoor is een zekere 'vrijstelling' ontstaan voor mannen wat betreft het uitvoeren van de concrete zorgtaken binnen het huishouden (Tronto, 2013). Mannen die in zorgpraktijken werken, voldoen in wezen dus niet aan de norm

binnen de samenleving. Tronto stelt dat de scheiding tussen het publieke- en privédomein, in combinatie met het beeld van over masculiniteit, het gegenderde aspect van zorg en de patriarchale machtsstructuren, belemmeringen vormen voor het verdelen van de zorgverantwoordelijkheden op een eerlijke wijze (Tronto, 2013).

Tronto (2013) stelt dat mannen wel degelijk zorgen binnen abstractere vormen van zorg. De zorg die zij uitvoeren volgens Tronto (2013), is vooral gericht op *protection* en *production*. Onder *protection* valt het beschermen van de samenleving. Organen van indirecte zorg die hieronder vallen zijn o.a. de politie, publieke gezondheidsvoorzieningen en educatiesystemen. Hiermee dragen mannen bij aan zorg voor 'het publiek' (Tronto, 2013; Robinson, 2011). Met *production* wijst Tronto (2013) op het feit dat productie en het huishouden gescheiden werden in de vroegmoderne tijd. Mannen zorgden er buitenshuis voor dat geld verdiend werd. De gegenderde werkeethiek is geen natuurlijk gegeven, maar cultureel bepaald. De *protection* en *production* kunnen worden geschaald onder de eerste en de tweede fase van zorg, namelijk 'zorgen maken om' en 'zorg op zich nemen'. Het niet fysiek te hoeven zorgen, wordt door Tronto (1993) aangeduid als 'privileged irresponsibility'.

2.2.4 Werkcultuur en samenleving

Seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt door zorgverleners vaak gezien iets wat nu eenmaal bij het werken in de gezondheidszorg hoort (Huebner, 2008; Nielsen et al., 2017). Het onderzoek van Huebner (2008) heeft uitgewezen dat seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit artsen en mannelijke collega's veelal wordt gezien als de 'werkcultuur'. Seksueel grensoverschrijdend gedrag in werkvelden die traditioneel als vrouwelijk gezien worden (zoals de zorg), zou vaker voorkomen omdat de werkzaamheden in die sectoren de traditionele rollen reproduceren (Gutek & Morasch, 1982). Ook volgens Nielsen et al. (2017) wordt seksueel grensoverschrijdend gedrag vaak genormaliseerd. Volgens het onderzoek van Nielsen et al. (2017) zijn jongere verpleegkundigen gevoeliger voor seksueel grensoverschrijdend gedrag, omdat bij hen dit proces van normalisatie nog niet heeft plaatsgevonden. Naar mate de tijd verstrijkt lukt het steeds beter om je er minder van aan te trekken. Het abnormale wordt het nieuwe normaal (Nielsen et al., 2017).

Het gegeven dat het abnormale het nieuwe normaal wordt lijkt vaker voor te komen in de gezondheidszorg. Van Reenen en Van Nistelrooij (2017) schreven over het 'hidden curriculum' binnen de geneeskunde. Hiermee wordt bedoeld dat er in de praktijk impliciete, ongeschreven regels worden aangeleerd die niet overeenkomstig zijn met het curriculum vanuit de opleiding. De praktijk verwacht vervolgens van de nieuwkomers dat zij zich aanpassen aan de (ongeschreven) regels die binnen die praktijk gelden. In de Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden (CGMV-vakorganisatie voor christenen et al., 2015) staat dat je als verpleegkundige in relatie met de zorgvrager professionele grenzen in acht dient te nemen. Dit houdt o.a. in dat eigen grenzen worden duidelijk gemaakt aan de zorgvrager en dat er hulp wordt gevraagd aan collega's of een leidinggevende op het moment dat deze professionele grenzen dreigen te vervagen. Een voorbeeld hiervan is wanneer er sprake is van seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen de zorgrelatie. Nieuwe verpleegkundigen leren over deze beroepscode tijdens de opleiding. Uit het onderzoek van Huebner (2008) en Nielsen et al. (2017) blijkt echter dat er in de praktijk anders mee om wordt gegaan. In de praktijk wordt het seksueel grensoverschrijdend gedrag vaak genormaliseerd. Dit gebeurt juist ook door collega's, waar zij eigenlijk een helpende rol zouden moeten vervullen met het bewaken van de professionele grenzen Nielsen et al. (2017). Een vergelijkbaar 'hidden curriculum' lijkt dus plaats te vinden bij het normaliseren van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Hetzelfde geldt voor het bagatelliseren van seksueel grensoverschrijdend gedrag richting mannen (Chang & Jeong, 2021).

Volgens Ross et al. (2019) is de bescherming van verpleegkundigen tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag niet iets wat moet worden gezien als 'noodzaak', maar als een recht. De verpleegkundigen hebben het recht

om door hun werkgever beschermd te worden, zodat ze hun werkzaamheden zo goed mogelijk kunnen uitvoeren. Om verpleegkundigen beter te kunnen beschermen zijn beleid, strategieën en programma's tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag nodig waarbij de nadruk voortdurend wordt gelegd op het bewerkstelligen en bevorderen van relaties waarbinnen geen discriminatie plaatsvindt, gelijkheid heerst en de machtsverhoudingen in balans zijn. Om dit te realiseren is medewerking van instituties en de overheid nodig. Het eist een cultuurverandering in hoe er naar seksueel grensoverschrijdend gedrag gekeken wordt.

2.2.5 Ontstaan van seksueel grensoverschrijdend gedrag

Volgens Tronto (2013) is er binnen zorgrelaties altijd sprake van macht en ongelijkheid, omdat de mensen die zorg nodig hebben zich in een kwetsbare positie bevinden. Zoals eerder gesteld door het ministerie van justitie en veiligheid, komt seksueel grensoverschrijdend gedrag voort uit situaties waarin sprake is van machtsongelijkheid (2024). Binnen een zorgrelatie heeft de zorgverlener doorgaans meer macht dan de zorgvrager, aangezien de zorgvrager zorg van de zorgverlener nodig heeft. Dit heeft als gevolg dat de zorgvrager zich in een kwetsbare positie bevindt, gezien deze afhankelijk is van de zorgverlener.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag kent verschillende oorzaken volgens onderzoek van Kara en Toygar (2018). Zo stellen ze dat seksueel grensoverschrijdend gedrag kan ontstaan vanuit een biologisch model, waarbij er uit wordt gegaan van aantrekkingskracht tussen mannen en vrouwen waarbij het seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt gedreven door de seksuele behoeftes van de man. Een andere verklaring is dat seksueel grensoverschrijdend gedrag ontstaat vanuit een machtsongelijkheid, waarbij diegene die seksueel grensoverschrijdend gedrag uit, macht uitoefent over het slachtoffer. Ondanks dat de zorgvrager zich volgens Tronto (2013) in een relatief kwetsbaardere positie bevindt, is de vraag in hoeverre dit geldt wanneer de zorgvrager seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont. Mogelijk brengt dit gedrag de zorgverlener in een meer kwetsbare positie.

2.3 Zorgpraktijken

In de volgende paragrafen wordt de invloed van gender, gendernormativiteit en macht op de omgangsvormen binnen zorgpraktijken toegelicht.

2.3.1 Zorgethiek

De zorgethiek is ontstaan in de jaren tachtig van de vorige eeuw en heeft zijn wortels in de feministische ethiek (Van Nistelrooij, 2022b). Binnen de Utrechtse zorgethiek staat de vraag 'Wat is goede zorg, gegeven deze particuliere situatie?' centraal. Om te kunnen beoordelen wat goede zorg, is een definitie van zorg in eerste plaats zinvol.

Tronto en Fisher omschrijven zorg als '*a species activity that includes everything that we do to maintain, continue and repair our 'world', so that we can live in it as well as possible*' (Tronto, 1993, p. 103). Volgens Tronto bestaat zorg uit vijf fases, welke onderling met elkaar verbonden zijn (1993, 2013). De eerste fase is 'zorgen maken om'. In deze fase gaat het in eerste plaats om de erkenning dat zorg nodig is. Het bijhorende ethische element in deze fase is aandacht. Er is aandacht nodig voor de ander om de zorgvraag te erkennen. De tweede fase van zorg is 'zorg op zich nemen' waarbij een vorm van verantwoordelijkheid wordt gevoeld voor de erkende zorgvraag. Het ethische element wat bij deze fase hoort is verantwoordelijkheid. De derde fase van zorg is 'zorg geven', in deze fase wordt de zorgbehoefte direct beantwoordt middels een fysieke handeling. Het ethische element competentie hoort bij deze fase van zorg. De vierde fase van zorg volgens Tronto is 'zorg ontvangen', in deze fase staat de ontvanger van zorg centraal, iemand die zorg ontvangt reageert hierop. Het bijbehorende ethische element binnen deze fase is ontvankelijkheid. De laatste fase van zorg is het 'zorgen met'. Hierbij gaat het over de vraag in hoeverre de zorg democratisch geregeld is, waarbij

o.a. gekeken moet worden of de zorgverantwoordelijkheden eerlijk verdeeld zijn en of er goed voor de zorgverleners gezorgd wordt. Het hierbij passende ethische element is solidariteit.

2.3.2 Wat is goede zorg?

Goede zorg sluit aan op zowel de behoeftes van de zorgvrager als het handelen van de zorgverlener (Dartel & Molewijk, 2014). Doordat er altijd sprake is van machtsverhoudingen binnen zorgrelaties, zal een zorgrelatie nooit een volledig gelijkwaardige relatie kunnen zijn. Echter is het van belang dat er sprake is van wederzijds respect, open communicatie en gedeelde verantwoordelijkheid. Hierdoor wordt gepoogd de machtsverschillen zo veel mogelijk te verkleinen (Tronto, 2013).

Goede zorg bestaat volgens Tronto (1993, p. 108) uit een aantal aspecten. Allereerst is zorg een praktijk, welke zowel uit gedachtes als uit handelingen bestaat. Deze gedachtes en handelingen hangen met elkaar samen en leiden ergens naartoe. Een zorgpraktijk eindigt op het moment dat alle vijf fases van zorg zijn voldaan. Ondanks dat zorg in de ideale wereld een goed geïntegreerd proces zou zijn, kunnen er ook conflicten ontstaan. Dit is het tweede aspect. Dit kan gebeuren binnen de verschillende fases van zorg, of tijdens de overgang tussen deze fases. Zo kan er bijvoorbeeld een conflict ontstaan op het moment dat een zorgverlener het gevoel heeft dat de zorg voor een patiënt botst met de zorg voor zichzelf. Het derde aspect is het feit dat zorg zowel universeel als particulier is. Hiermee wordt bedoeld dat datgene wat goede zorg is, cultureel bepaald is. Op het gebied van specifieke zorgbehoeften is zorg dus niet universeel. Het vierde aspect van zorg is dat er voor goede zorg bepaalde middelen nodig zijn. Deze middelen kunnen bestaan uit materiaal, tijd en kundigheid. Middelen in de zorg zijn vaak schaars, wat ook kan leiden tot conflicten in de zorgpraktijken. Het laatste aspect is 'zorg als standaard'. Aan de hand van deze standaard kan een zorgpraktijk beoordeeld worden.

2.3.3 Seksueel grensoverschrijdend gedrag en zorgrelaties

Het ervaren van seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit patiënten kan zowel voor de zorgverlener als voor de patiënt schadelijk zijn, aangezien dit mogelijk leidt tot minder goede zorg vanuit de verpleegkundige (Scholcoff et al. 2020). Verpleegkundigen ervaren het seksueel grensoverschrijdend gedrag als storend binnen de zorgrelatie en het kan tot aantasting van het zelfbeeld leiden. Het confronteren van patiënten bij seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt door veel verpleegkundigen ervaren als lastig, omdat ze de zorgrelatie niet willen beschadigen of bang zijn om de patiënt voor schudt te zetten. Om deze reden wordt seksueel grensoverschrijdend gedrag vaak genegeerd (Scholcoff et al., 2020).

Wanneer er seksueel grensoverschrijdend gedrag plaatsvindt binnen een zorgrelatie, ontstaat er een conflict tussen zorgverlener en patiënt. Volgens Tronto (1993) hangt de kwaliteit van zorg op zo'n moment af van de vaardigheid van de zorgverlener om met dergelijke conflicten om te gaan. Het handelen van de zorgverlener is dus cruciaal voor in hoeverre er nog goede zorg gegeven kan worden op het moment dat er seksueel grensoverschrijdend gedrag plaatsvindt.

Sommige zorgverleners zouden bepaalde patiënten het liefst vermijden wanneer er een conflict heeft plaatsgevonden binnen de zorgrelatie (Kim et al., 2018). Het beëindigen van een zorgrelatie kan echter niet zonder meer, een zorgverlener is namelijk verplicht om goede zorg te leveren aan de patiënt. Ondanks deze plicht, kan een zorgverlener wel besluiten om een behandeling te stoppen wanneer deze medisch zinloos is, bijvoorbeeld wanneer een behandeling geen resultaat zou hebben. Een zorgverlener kan ook besluiten om een behandeling te stoppen wegens de bejegening door een patiënt (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023). Echter voelen zorgverleners zich vaak toch verantwoordelijk voor het verlenen van zorg. Dit kan leiden tot het ervaren van morele stress (Burston et al, 2012).

Het herstellen van de beschadigde zorgrelatie, door Walker (2006) *moral repair* genoemd, is gunstig voor zowel de patiënt als de zorgverlener. De patiënt loopt immers niet langer het risico om kwalitatief minder goede zorg te krijgen en de zorgverlener ervaart niet langer morele stress. Ondanks dat Walker (2006) niet specifiek schrijft over seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen zorgrelaties, is het goed denkbaar dat zorgrelaties beschadigd kunnen raken op het moment dat er seksueel grensoverschrijdend gedrag plaatsvindt. Bij het moreel herstel speelt het delen van het narratief een belangrijke rol. In het onderzoek van Landeweer et al. (2010) wordt beschreven dat middels dialoog en reflectie, ingewikkelde morele vraagstukken kunnen worden veranderd. Morele reflectie, vanuit alle betrokken partijen, is hierbij belangrijk. Dit houdt in dat de verwachtingen en vooroordelen met alle partijen moeten worden uitgesproken. Zo kan er onderling begrip worden gecreëerd. Bovendien stelt Walker dat er institutionele verandering moet plaatsvinden voor moreel herstel. Dit houdt in dat er op institutioneel niveau beschermingsmaatregelen moeten worden ingevoerd waardoor het morele onrecht niet opnieuw kan plaatsvinden. Hierdoor kan morele schade bij de oorzaak worden aangepakt. Dit vereist een cultuurverandering binnen organisaties.

Zoals gebleken kan seksueel grensoverschrijdend gedrag de zorgrelatie in negatieve zin beïnvloeden, waardoor de kwaliteit van zorg achteruitgaat. Om deze reden is het belangrijk om aandacht te hebben voor seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen zorgpraktijken. Volgens Viglianti et al. (2018) zijn hiervoor een aantal dingen behulpzaam. Allereerst is het van belang dat de zorgverlener diens eigen veiligheid kan garanderen. Vervolgens kan de zorgverlener de patiënt aanspreken op diens gedrag. In veel gevallen zal dit leiden tot een gedragsverandering en kan de zorgrelatie hierna worden hervat. Mocht dit niet het geval zijn, kan de zorg eventueel overgedragen worden. Aanvullend blijkt het nabespreken van seksueel grensoverschrijdend gedrag met een collega behulpzaam, en is het van belang dat zorginstanties trainingen aanbieden over hoe hiermee om te gaan (Scholcoff et al. 2020). Interventies tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn belangrijk, aangezien het normaliseren en bagatelliseren van seksueel grensoverschrijdend gedrag ervoor zorgt dat dit gedrag kan blijven bestaan.

Binnen interventies tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag is een gendersensitieve benadering van belang, aangezien mannen, vrouwen en andere genderidentiteiten seksueel grensoverschrijdend gedrag mogelijk anders ervaren. Daarbij ervaren zowel mannelijke als vrouwelijke zorgverleners gendernormativiteit binnen hun werk (McDonald, 2012; Aranda et al., 2015). Bovendien hebben zorgverleners soms ook vooroordelen of stereotypes t.a.v. patiënten op basis van gender (Dougherty et al., 2011). Door hier bewust van te zijn kan een inclusiever beleid worden gehanteerd en recht worden gedaan aan alle individuen die werkzaam zijn binnen zorgpraktijken.

2.4 Sensitizing concepts

De *sensitizing concepts*, zijn begrippen of ideeën welke worden gebruikt in onderzoek als startpunt voor het verzamelen en analyseren van de data. Ze fungeren als analytische of interpretatieve lens, waarmee patronen en diepere betekenissen kunnen worden blootgelegd (Bowen, 2020). Vanuit de probleemstelling en het literatuuronderzoek zijn de volgende *sensitizing concepts* voortgekomen: gender, gendernormativiteit, seksueel grensoverschrijdend gedrag, macht en zorgrelaties. Uit het literatuuronderzoek blijkt dat gender en gendernormativiteit een rol kunnen spelen in hoe seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt ervaren. Ook de continue aanwezigheid van machtsverhoudingen en de manier waarop de samenleving geordend is, spelen mee in het ervaren van seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen de zorgrelatie.

2.5 Conclusie

Het verrichte literatuuronderzoek had als hoofddoel om de deelvraag te beantwoorden: Welke inzichten biedt de zorgethische literatuur over de concepten gendernormativiteit en macht in de omgangsvormen binnen zorgpraktijken? Voor het beantwoorden van deze deelvraag is literatuuronderzoek gedaan naar de thema's: gender, gendernormativiteit, macht en de invloed hiervan op de omgangsvormen binnen zorgpraktijken.

Uit §2.1 blijkt dat gender een grote rol speelt binnen de gezondheidszorg. Zowel mannelijke als vrouwelijke zorgverleners ervaren gendernormativiteit binnen hun rol als zorgprofessional. Zorgverleners ontkrachten én bevestigen de bestaande gendernormen tijdens hun werkzaamheden. Gender speelt ook een rol bij seksueel grensoverschrijdend gedrag. Zo worden mannelijke en vrouwelijke zorgverleners afgeschilderd als feminien en handelen daders vaak uit overtuiging van bepaalde stereotypes over verpleegkundigen, welke op gender zijn gebaseerd.

Uit §2.2 kan worden geconcludeerd dat er altijd sprake is van machtsverhoudingen in zorgrelaties. De machtsverhoudingen in de huidige samenlevingen zijn geordend volgens binaire en traditioneel gegenderde normen. Dit komt tot uiting in de verdeling van de zorgtaken. Zoals eerder benoemd, stelt Tronto dat vrouwen voornamelijk worden geassocieerd met zorg. Dit komt doordat vrouwen van oudsher thuisbleven om voor het gezin te zorgen terwijl mannen buitenshuis aan het werk gingen. Hierdoor is er een scheiding ontstaan tussen het publieke domein en het privé-domein. Deze scheiding geeft mannen 'vrijstelling' van concrete zorgtaken en houdt het beeld van hegemonische masculiniteit in stand. Binnen de werkcultuur in de gezondheidszorg wordt seksueel grensoverschrijdend gedrag genormaliseerd, doordat zorgverleners denken dat het erbij hoort. Bovendien lijkt het ook 'normaal', aangezien andere zorgverleners vaak meegaan in het idee dat het erbij zou horen. Seksueel grensoverschrijdend gedrag kan verschillende oorzaken hebben, waarbij de zorgverlener mogelijk in een kwetsbaardere positie wordt geplaatst.

Uit §2.3 blijkt dat het tot stand laten komen en behouden van zorgrelaties bemoeilijkt kan worden door seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit cliënten of patiënten. Om goede zorg te kunnen geven is het doorlopen van de door Tronto benoemde fases van zorg uiterst belangrijk. Wanneer er sprake is van seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen de zorgrelatie, kan dit ervoor zorgen dat er een conflict ontstaat en dat de fases van zorg niet goed kunnen worden doorlopen. Het is hier volgens Tronto van belang dat de zorgverlener competent is om met dit soort conflicten om te kunnen gaan, zodat de zorgrelatie hier hoeft te worden beëindigd. Volgens Walker is moreel herstel nodig wanneer een zorgrelatie beschadigd is geraakt. Moreel herstel kan ontstaan door over de morele schade te spreken, begrip te creëren tussen de daders en slachtoffers en door een institutionele aanpak. Om zorgrelaties te behouden bij seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn een aantal interventies van belang volgens Vigilanti. Het gaat hierbij om het aanspreken van de client om zo een gedragsverandering teweeg te brengen. Daarbij is het nabespreken en het volgen van trainingen van belang. Om dit probleem aan te pakken is een cultuurverandering nodig waarbij op institutioneel en overheidsniveau moet worden gekeken wat er moet veranderen om seksueel grensoverschrijdend gedrag in de gezondheidszorg tegen te gaan. Macht en invloed zijn vereisten om deze verandering tot stand te laten komen.

3. Methode

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke onderzoeksbenadering en onderzoeksmethode gebruikt zijn in dit onderzoek. Daarnaast wordt beschreven wat de casusdefinitie binnen dit onderzoek is. Achtereenvolgens wordt beschreven hoe de data is verzameld, geanalyseerd en met welke ethische elementen rekening is gehouden.

3.1 Onderzoeksbenadering

In dit onderzoek wordt de benadering van de Utrechtse zorgethiek gebruikt. Kenmerkend hiervoor is een tweedelige benadering van zowel theoretisch als empirisch onderzoek. De zorgethiek is een interdisciplinair onderzoeksveld waarin maatschappelijke vraagstukken centraal staan. Het theoretisch kader fungeert als een interpretatieve lens om met meer sensitiviteit voor bepaalde thema's naar deze maatschappelijke vraagstukken te kunnen kijken. Het theoretisch kader staat in dialoog met de empirische onderzoeksresultaten, welke er uiteindelijk samen voor zorgen dat er inzicht wordt verkregen in het moreel goede in een particuliere situatie (Leget et al., 2019; Van Nistelrooij, 2021). In dit geval gaat het om het krijgen van inzicht in de relatie tussen gender en seksueel grensoverschrijdend gedrag en de invloed hiervan op het creëren en in stand houden van goede zorgrelaties.

Het onderzoek vertrekt vanuit het kritisch theoretisch onderzoeks-paradigma. Hierbij is er extra aandacht voor onderdrukkende factoren zoals afkomst, klasse en gender (Creswell & Poth, 2018).

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de empirische fenomenologie. Empirisch fenomenologisch onderzoek is gericht op geleefde ervaringen en betekenissen (Van der Meide, 2015). Fenomenologie is geïntroduceerd door Edmund Husserl om filosofie op een nieuwe manier te kunnen beoefenen (Van der Meide, 2015). Volgens hem moesten concrete geleefde ervaringen het uitgangspunt vormen voor filosofische reflectie. Het woord fenomenologie is afgeleid van het Griekse woord *phainomenon*, dat 'zichzelf tonen' betekent. In combinatie met *logos*, wat studie of woord betekent, vormt dit de studie van datgene wat zichzelf toont (Van Manen, 2014). Een fenomeen verschijnt in ons bewustzijn en kan verwijzen naar menselijke ervaringen in relatie met gevoelens, gebeurtenissen of dingen. Binnen de fenomenologie is de mens onlosmakelijk verbonden met de wereld. Er is geen onderscheid tussen object en subject. De verbinding met de wereld wordt door Husserl aangeduid met het begrip *intentionaliteit*. Om de onderliggende ervaringen te onthullen is het volgens fenomenologen van belang dat eigen opvattingen en vooronderstellingen tijdelijk worden opgeschort. Dit wordt *bracketing* genoemd, een kenmerk van de fenomenologische attitude (Van der Meide, 2015).

3.2 Onderzoeksmethode

Binnen de fenomenologie bestaan verschillende benaderingen. Voor dit onderzoek is gekozen voor de 'Interpretative Phenomenological Analysis' (IPA) van Smith (Smith et al., 2009). Kenmerkend van de IPA-benadering, is dat deze geschikt is om de persoonlijke, geleefde ervaring van een kleine groep respondenten te onthullen, met een maximaal aantal deelnemers van zes (Smith et al., 2009). Dit maakt deze benadering passend voor dit onderzoek. Het doel van deze benadering is om persoonlijke, geleefde ervaringen te onderzoeken. In dit onderzoek wordt niet zozeer gezocht naar de essentie van het fenomeen 'seksueel grensoverschrijdend gedrag in relatie tot gender', maar het gaat om de individuele, geleefde ervaringen van zorgverleners met seksueel grensoverschrijdend gedrag in relatie tot gender. Door dit te analyseren wordt inzicht verkregen in wat dit betekent voor de zorgrelatie.

Met behulp van semigestructureerde interviews wordt gepoogd rijke en diepgaande beschrijvingen te maken van de ervaringen van de respondenten met seksueel grensoverschrijdend gedrag in relatie tot gender (Van der Meide, 2015). De IPA is een hermeneutisch georiënteerde benadering. Kenmerkend voor hermeneutisch

georiënteerde benaderingen is dat deze altijd meer nadruk leggen op het begrijpen, dan op het verklaren (Van der Meide, 2015). De IPA-benadering is geschikt om de persoonlijke, geleefde ervaring van een kleine groep respondenten te onthullen, met een maximaal aantal deelnemers van zes (Smith et al., 2009)

De onderzoeker heeft als doel gehad om tijdens de interviews een zo open mogelijke houding aan te nemen. Doordat de onderzoeker zelf werkzaam is binnen de seksuele gezondheidszorg, bestonden er enkele verwachtingen en vooroordelen ten aanzien van de onderzoeksresultaten. Zoals eerder benoemd, is het van belang dat de onderzoeker diens eigen opvattingen tijdelijk opschort middels *bracketing*. Dit werd door de onderzoeker toegepast door diens verwachtingen voorafgaand aan het afnemen van de interviews op te schrijven, zodat de onderzoeker een zo open mogelijke houding kon bewaken. Ook vooroordelen of aannames die tijdens het analyseproces omhoogkwamen bij de onderzoeker, werden gedocumenteerd. Deze zijn toegevoegd in bijlage drie.

3.3 Casusdefinitie

Voor dit onderzoek zijn zes hbo-verpleegkundigen geïnccludeerd, allen werkzaam binnen de seksuele gezondheidszorg. Seksuele gezondheidszorg valt onder de publieke gezondheidszorg. Verpleegkundigen die werkzaam zijn binnen de seksuele gezondheidszorg voeren vaak eenmalige consulten met een duur van maximaal 30 minuten met cliënten die een hulpvraag hebben over seksualiteit. Deze hulpvragen kunnen gaan over het testen op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa), maar ook over problemen rondom seksualiteit zoals het worstelen met seksuele geaardheid of seksuele disfuncties. De verpleegkundigen zetten testen en gesprekstechnieken in om de hulpvragen van de cliënten te beantwoorden.

Er is gekozen voor een homogene doelgroep, met gender als component van verschil. Hierdoor kan achteraf een vergelijking worden gemaakt tussen de empirische bevindingen. Bij het selecteren van de respondenten zijn de volgende criteria gehanteerd:

- De respondent is werkzaam als hbo-verpleegkundige binnen de seksuele gezondheidszorg.
- De respondent heeft ooit te maken gekregen met seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit een patiënt of cliënt.
- De respondenten zijn van verschillende genders, waardoor achteraf een vergelijking kan worden gemaakt.

Allereerst is er gekozen voor het includeren van verpleegkundigen die werkzaam zijn binnen de seksuele gezondheidszorg. De reden hiervoor is dat bestaand onderzoek zich met name richt op seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen de ziekenhuissetting of binnen de ouderenzorg (Kahsay et al., 2020; Bruschini et al., 2023). Over de publieke gezondheidszorg sector, en specifiek over seksuele gezondheidszorg, is geen data bekend wat betreft seksueel grensoverschrijdend gedrag. Het tweede criterium is gekozen, omdat er een ervaring met seksueel grensoverschrijdend gedrag moet zijn geweest om deze te kunnen bevragen. Het laatste criterium is gekozen om een component van verschil te kunnen creëren waarmee achter een vergelijking kan worden gemaakt tussen de bevindingen. Een tekortkoming van het onderzoek is dat er slechts cis mannelijke en cis vrouwelijke respondenten zijn geïnccludeerd, waarmee ervaringen van andere genderidentiteiten (zoals o.a. non-binair, bigender of genderfluïde) buiten beschouwing worden gelaten. De reden hiervoor is dat de onderzoeker geen toegang had tot respondenten met een andere genderidentiteit. Dit zou een aanbeveling kunnen zijn om aanvullend onderzoek naar te doen.

De respondenten zijn geworven via contacten van de onderzoeker. De onderzoeker is zelf werkzaam binnen de seksuele gezondheidszorg, waardoor het mogelijk was om middels persoonlijke contacten en contacten met verschillende centra voor seksuele gezondheid respondenten te werven.

De werving verliep op twee manieren:

- Een oproep in de whatsapp groep van het team waarin de onderzoeker werkzaam is.
- Respondenten werden persoonlijk benaderd door de onderzoeker met de vraag of ze interesse hadden in deelname aan het onderzoek. Dit gebeurde door middel van fysiek aanspreken en online berichtjes.

Tabel 1:

Gender van respondenten

Respondent	Gender
A	Cis man
B	Cis vrouw
C	Cis man
D	Cis vrouw
E	Cis vrouw
F	Cis man

3.4 Dataverzameling

Voor de wetenschappelijke probleemstelling en het theoretisch kader is data gezocht met behulp van verschillende online databanken en boeken. Databanken die gebruikt zijn, zijn o.a. Google Scholar, Web of Science, Ebscohost en Springerlink. Binnen deze databanken is gezocht met behulp van verschillende zoektermen, in zowel het Engels als Nederlands. De gebruikte zoektermen zijn: *sexual harassment, nurse, gender, (public) health care, gendernormativity, gendernorms, power, caring relationships, seksueel grensoverschrijdend gedrag, verpleegkundigen, (publieke & seksuele) gezondheidszorg, macht, gender, normen & zorgrelaties*. De zoektermen werden in verschillende combinaties, met behulp van booleaanse operatoren (zoals AND, OR, NOT) ingevoerd (Atkinson en Cipriani, 2018).

Voor de empirische benadering heeft de onderzoeker in de maanden april en mei van 2024 zes semigestructureerde interviews afgenomen. Bij deze vorm van interviewen werd gebruik gemaakt van een vooraf opgestelde topiclijst, welke vormgaf aan het gesprek, maar niet leidend was. Hierdoor werd met elke respondent dezelfde onderwerpen besproken, maar ontstond er ook ruimte om het interview aan te passen aan de respondenten (Boeije & Bleijenbergh, 2023). De topiclijst die gebruikt werd bestaat uit de volgende onderwerpen: ervaringen, invloed gender, gender gerelateerde verwachtingen, omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag, hulp en aanvullende factoren. De in het theoretisch kader vastgestelde *sensitizing concepts* gender, gendernormativiteit, seksueel grensoverschrijdend gedrag, macht en zorgrelaties, werden gebruikt om richting te geven aan de onderwerpen die werden besproken. Per topic zijn een aantal vragen opgesteld met mogelijkheden tot doorvragen, welke per respondent kunnen worden gewijzigd of uitgebreid. De topiclijst is terug te vinden in bijlage twee.

3.5 Data-analyse

Voor het analyseren van de data is gebruik gemaakt van het stappenplan volgens de IPA van Smith et al. (2009). In deze analysemethode staat het onderzoeken van persoonlijke, geleefde ervaringen centraal. Het gaat hierbij om de ervaringen van verpleegkundigen van seksueel grensoverschrijdend gedrag in relatie tot gender. Hierbij wordt herhaaldelijk door de onderzoeker afgevraagd: Wat betekent het ervaren van seksueel grensoverschrijdend gedrag in relatie tot gender voor deze individuele zorgverlener? Door de individuele, geleefde ervaringen van zorgverleners met seksueel grensoverschrijdend gedrag te analyseren, wordt inzicht verkregen in wat dit betekent voor de zorgrelatie.

Kenmerkend voor de analysemethode van Smith et al. (2009) is dat het een analyse betreft van persoonlijke geleefde ervaringen van particuliere individuen, met een populatie van N= 1-6 personen. De populatie voor dit onderzoek bestaat uit zes verpleegkundigen, waardoor de IPA passend is bij dit onderzoek. Een tweede kenmerk van de analyse volgens de methode van Smith et al. (2009), is het continue heen en weer bewegen tussen het geheel en delen van data. Dit wordt gedaan middels een analyseproces van zes stappen.

Om het analyseproces te kunnen uitvoeren, werden de tijdens de interviews gemaakte opnames getranscribeerd in Word, en ingeladen in Atlas.ti. Vervolgens werden de transcripten een voor een doorgelezen door de onderzoeker (stap 1). Nadat de onderzoeker een transcript had gelezen, werden er open codes toegekend aan het transcript (stap 2). Hierna werden de codes gegroepeerd, waardoor er thema's ontstonden (stap 3). Vervolgens werd er gekeken naar de verbanden tussen verschillende thema's binnen een casus (stap 4). De stappen 1-4 werden herhaald voor alle transcripten (stap 5), waarna er gekeken werd naar patronen in thema's binnen de verschillende transcripten (stap 6).

3.6 Ethische overwegingen

Voorafgaand aan de interviews hebben de respondenten *Informed consent* gegeven voor hun deelname aan dit onderzoek. Zij hebben mondelinge en schriftelijke informatie over het onderzoek gekregen, waarna ze een weloverwogen beslissing konden maken over hun deelname. Voorafgaand aan het interview is de schriftelijke informatie door zowel de respondent als de onderzoeker ondertekend. Ten tijde van het onderzoek hadden de respondenten het recht om zich terug te trekken indien gewenst.

De verzamelde data zijn verwerkt conform het door de Universiteit voor Humanistiek (UvH) goedgekeurde datamanagementplan wat aan het begin werd opgesteld door de onderzoeker. De *Informed consent* gegevens en de geanonimiseerde data zijn opgeslagen in de beveiligde, toegekende omgeving van de UvH.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de tweede deelvraag: *Hoe verhoudt gender zich tot het ervaren van en het omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in de gezondheidszorg?* De resultaten zijn gebaseerd op zes semigestructureerde interviews, afgenomen onder hbo-verpleegkundigen, werkzaam binnen centra voor seksuele gezondheidszorg. Voor het onderzoek zijn drie cis vrouwen en drie cis mannen geïnccludeerd. De interviews zijn geanalyseerd volgens de stappen van de analysemethode van de IPA (Smith et al., 2009). Hierbij werden de transcripten eerst een voor een gelezen en werden er open codes toegekend. Deze codes werden gegroepeerd zodat er thema's ontstonden en er werd gekeken naar verbanden tussen deze thema's. Deze stappen werden voor alle transcripten herhaald en naderhand werd gekeken naar patronen in thema's uit de verschillende transcripten. Met behulp van deze analysemethode werden vijf hoofdthema's vastgesteld, met elk enkele sub thema's. De hoofdthema's zijn als volgt: *seksueel grensoverschrijdend gedrag; ervaringen en gevoelens; omgang met seksueel grensoverschrijdend gedrag; gender en seksualiteit in relatie tot seksueel grensoverschrijdend gedrag; en de rol van organisaties en de maatschappij*. In het beschrijven van de resultaten wordt gepoogd zo dicht mogelijk bij de antwoorden van de respondenten te blijven om recht te doen aan hun ervaringen. Het hoofdstuk eindigt met een conclusie die de tweede deelvraag beantwoordt.

4.1 Seksueel grensoverschrijdend gedrag

Binnen het thema *seksueel grensoverschrijdend gedrag* wordt beschreven wat de respondenten van dit onderzoek als seksueel grensoverschrijdend ervaren en met welke vormen van dit gedrag zij te maken krijgen.

4.1.1 Wanneer wordt gedrag ervaren als seksueel grensoverschrijdend?

Voor de respondenten is het niet direct evident wat verstaan zou kunnen worden onder seksueel grensoverschrijdend gedrag. Tijdens het werven van respondenten vroegen sommigen zich dan ook af of het gedrag wat zij hadden meegemaakt wel echt grensoverschrijdend was, of dat het gedrag misschien niet erg genoeg was voor het onderzoek. Een criterium voor de inclusie was dat de respondent op een of meerdere momenten gedrag had ervaren vanuit cliënten wat seksueel van aard was en waarbij dit gedrag over diens persoonlijke grens heenging. Om deze brede definitie van seksueel grensoverschrijdend gedrag aan te kunnen houden, waren er voorafgaand geen specifieke criteria opgesteld door de onderzoeker waaraan het seksueel grensoverschrijdend gedrag moest voldoen. Op de vraag *'Wanneer is bepaald gedrag voor jou seksueel grensoverschrijdend?'* antwoordt respondent A (man):

"Ik vind iets seksueel overschrijdend op het moment dat iemand seksueel getinte opmerkingen maakt en daarbij ook nog lichamelijk contact probeert te maken. Ik krijg het gevoel dat ik word gezien als een lustobject."

Respondent B (vrouw) geeft aan gedrag als seksueel grensoverschrijdend te ervaren op het moment dat zij zich er onprettig bij voelt. Het kan hierbij gaan om opmerkingen maar ook om (pogingen tot) fysieke aanrakingen. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat ze het lastig vinden om te bepalen wanneer gedrag nu seksueel grensoverschrijdend is en wanneer niet. Respondent F (man) geeft aan dat hij het per situatie verschillend vindt, en dat sommige mensen ook heel lieve intenties hebben.

4.1.2 Vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag

Ondanks dat het niet altijd duidelijk is voor respondenten of ze in specifieke situaties te maken hebben met seksueel grensoverschrijdend gedrag, geven zij wel aan dat seksueel grensoverschrijdend gedrag in verschillende vormen voorkomt. De respondenten geven aan te maken hebben gehad met flirterig gedrag

vanuit cliënten, mee op date gevraagd worden, seksueel grensoverschrijdende opmerkingen en handtastelijkheden, zoals een aai over de rug. Daarbij komend geven de respondenten aan ook vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag mee te hebben gemaakt die context gebonden lijken te zijn aan het werken binnen de seksuele gezondheidszorg. Voorbeelden hiervan zijn vragen vanuit cliënten naar het seksleven van de respondent of het herhaaldelijk benadrukken van de grootte van diens geslachtsdeel door een mannelijke cliënt na een gesprek over condoomgebruik. Respondent D (vrouw) vertelt over haar ervaring hiermee:

“Een cliënt kwam gewoon testen en toen hadden we het over condoomgebruik en toen zei hij dus dat hij niet vaak een condoom gebruikt, omdat het niet zou passen en dat hij dus een te groot geslachtsdeel zou hebben, en toen hebben we het daar even over gehad (...) Ik vond het onprettig, omdat hij er steeds weer over begon van ‘ja ik kan geen condoom om want mijn geslachtsdeel is zó groot’.”

Respondent F (man) vertelt over zijn ervaring met opmerkingen van cliënten die over zijn grenzen heen gaan:

“Ja, ik vind sowieso iedere cliënt die mij aanraakt, vind ik niet oké (...) of een opmerking tussendoor, als ze zelf ergens naar toe gaan, naar een sauna, van ‘dan zie ik je daar’. Dat vind ik niet kunnen. En ik vind het ook een vervelend gevoel, dan denk ik ‘ik zit hier een beetje professioneel te zijn, en jij gaat mijn grenzen over’, ja, want dit is mijn werk. En ik heb jou niet persoonlijk opgezocht.”

Respondenten geven aan dat het binnen de seksuele gezondheidszorg vaak blijft bij verbaal grensoverschrijdend gedrag, en dat het nauwelijks voorkomt dat er fysieke grensoverschrijdende aanrakingen zijn. Respondent E (vrouw) vertelt dat haar ervaringen met seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen de publieke gezondheidszorg alleen verbaal zijn geweest. Het gaat hierbij om opmerkingen als ‘mag ik je nummer?’ of ‘kan ik je een keer op date meenemen?’. Ze vertelt dat ze in het ziekenhuis wel te maken heeft gehad met handtastelijkheden, waarbij zij bijvoorbeeld op haar billen werd geslagen of in haar zij werd geknepen.

4.2 Ervaringen en gevoelens

De respondenten ervaren seksueel grensoverschrijdend gedrag verschillend. In deze paragraaf worden de verschillende ervaringen van de respondenten met seksueel grensoverschrijdend gedrag en de hierbij horende gevoelens belicht.

4.2.1 Twijfel en schaamte

Meerdere respondenten geven aan dat ze aan zichzelf kunnen gaan twijfelen op het moment dat een cliënt seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont. De respondenten twijfelen in deze gevallen of ze iets hebben uitgestraald waardoor de cliënt dit gedrag vertoont, of dat ze misschien een té open, veilige omgeving hebben gecreëerd voor de cliënt, waardoor de grenzen tussen de zorgprofessional en de cliënt kunnen vervagen. Respondent B (vrouw) geeft aan dat zij wel eens twijfelt aan haar uitstraling wanneer de cliënt seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont. Hierbij twijfelt ze of de manier waarop zij haar vragen stelt, iets uitlokt bij de cliënt. De twijfel aan haarzelf maakt dat ze zich erg ongemakkelijk voelt tijdens het consult.

Respondent E (vrouw) vertelt over de vertrouwde omgeving die zij creëert in haar consulten, en hoe cliënten zich hier soms té vertrouwd bij voelen:

“Ik probeer mijn consulten altijd een vertrouwd gevoel mee te geven, en soms komt dat misschien te vertrouwd over, waardoor ik te veel vrij-spel voor een cliënt heb gecreëerd waardoor ik dus weer mijn grenzen moet

optrekken. (...) Dus als ik zo'n opmerking krijg, ga ik aan mezelf twijfelen in eerste instantie van 'heb ik een té vertrouwde omgeving gecreëerd voor de cliënt.'

Een ander gevoel wat door de respondenten wordt beschreven, is het gevoel van schaamte. Respondenten geven aan zich soms te schamen op het moment dat ze seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaken. Respondent F (man) vertelt dat hij zich schaamt voor het gedrag wat de cliënten vertonen, omdat het soms zou kunnen lijken alsof hij dat gedrag uitlokt. Hij geeft aan dit niet bewust te doen, maar is wel bang dat het zo wordt gezien.

4.2.2 Ongemak

Alle respondenten geven aan zich ongemakkelijk te voelen op het moment dat zij seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaken. Het voelen van ongemak gaat voor de een gepaard met een duidelijk gevoel in de buik dat een bepaalde grens wordt bereikt. Voor anderen vinden er andere lichamelijke reacties plaats, zoals bijvoorbeeld rood worden in het gezicht. Respondent D (vrouw) vertelt over een ervaring waarin zij zich ongemakkelijk voelde terwijl een cliënt vertelde over het feit dat hij soms het gevoel had dat hij zijn geslachtsdeel gewoon ergens in moet steken. Dergelijke opmerkingen van cliënten, die door de respondenten als niet werk gerelateerd worden gezien, roepen gevoelens van ongemak op. Respondent F (man) beschrijft een ervaring waarbij hij zich gedurende het hele consult ongemakkelijk had gevoeld:

"Want zoals pasgeleden had ik dan ook iemand, een super ongemakkelijk consult, echt vet raar deed hij de hele tijd, keek heel de tijd weg, echt ongemakkelijk, en voordat hij de deur uitstapte zei hij 'ik hoop je in de discotheek tegen te komen' Dan denk ik ook 'je hebt heel het consult niks gezegd, ik voel me kapot ongemakkelijk (...) dus soms heb je ook gewoon spanning die in je consult hangt'".

4.2.3 Angst en intimidatie

Wanneer ze seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaken, voelen sommige respondenten zich angstig. Respondent C (man) beschrijft dat de norm vanuit de afdeling is dat je cliënten niet onjuist mag bejegenen, en dat hij daarom niet iemand aanspreekt op diens gedrag. Hij is bang dat hij niet de juiste woorden zal uitkiezen omdat hij er geen ervaring mee heeft, waardoor mensen dan een klacht kunnen indienen en hij zijn baan kwijt zal raken. Hij geeft hiermee aan dat hij bang is voor de reactie van cliënten op het moment dat hij de cliënten zou aanspreken op het seksueel grensoverschrijdend gedrag. Respondent D (vrouw) vertelt een vergelijkbaar verhaal:

"Als vrouw wil je ook weer aardig blijven tegenover de man. Anders wordt het ook misschien weer snel dat zij dan, dat ze boos worden ofzo. Dat hoor je ook vaak op straat 'hé kun je niet lachten ofzo?' of 'wat doe je nou boos', terwijl, je moet toch ook je grenzen kunnen aangeven."

Ook respondent F (man) vertelt dat hij zich wel eens angstig heeft gevoeld om zijn baan kwijt te raken toen hij seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaakte:

"(...) Want ik was soms ook bang voor mijn baan, snap je. Als mensen je gaan benaderen denk je van 'dit kan natuurlijk echt niet', en er is iets in Amsterdam gebeurd, dat was misschien wel zijn schuld, dat weet ik niet, maar daar ben ik wel van geschrokken. Dus als mensen seksueel grensoverschrijdend gedrag naar mij tonen en ik ga daar niet op in, ik kan daar wel een klacht over krijgen ofzo, of het verhaal kan verdraaid worden, dus in dat opzicht ben ik wel op mijn hoede. (...) Ik ben wel voorzichtig altijd, met antwoorden, ja ik ben wel echt op mijn hoede, zeker ook omdat het in zo'n regelmaat gebeurt."

De angstige gevoelens zijn dus vooral gebaseerd op het eventueel verliezen van de baan wegens klachten door de cliënten, of op het feit dat de respondent niet weet hoe de cliënt reageert op het moment dat hij of zij grenzen zou stellen. Om de cliënten 'te vriend te houden', worden cliënten dus soms niet aangesproken op het seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Een ander gevoel wat door de respondenten wordt omschreven, is dat ze zich soms geïntimideerd voelen door een cliënt. Respondent D (vrouw) vertelt over het feit dat zij zich sneller geïntimideerd voelt wanneer een heteroman haar spreekkamer binnenstapt dan wanneer er een homoseksuele man of een heteroseksuele vrouw binnenkomt. Volgens haar komt dit doordat een heteroman eventueel op haar zou kunnen vallen:

“Maar als een vrouw iets vergelijkbaars had gezegd had ik het wel anders ervaren. (...) Ik voel me dan minder geïntimideerd. Ik voel me over het algemeen, als er een man binnen stapt, een heteroman in mijn spreekkamer, niet altijd hoor, maar toch soms wel wat, ja, weet niet, sneller ongemakkelijk, dan als er een vrouw tegenover me zit, of een homoseksuele man, dat is natuurlijk zo, want zij vallen niet op mij. Dus dan heb je sowieso meer afstand. Een heteroman zou natuurlijk op mij kunnen vallen.”

Angst en een geïntimideerd gevoel kunnen dus factoren zijn die meewegen in hoeverre een respondent de cliënt aanspreekt op diens gedrag, wanneer er seksueel grensoverschrijdend gedrag ervaren wordt. De gevoelens van twijfel, schaamte, ongemak, en angst, lijken niet gebonden aan een bepaald gender. Zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten geven aan deze gevoelens te ervaren. Het enige gevoel waarbij gender van invloed lijkt, is intimidatie. Zoals beschreven door respondent D (vrouw), kan de respondent zich sneller geïntimideerd voelen op het moment dat deze persoon op de respondent zou kunnen vallen.

4.3 Omgang met seksueel grensoverschrijdend gedrag

Uit de interviews blijkt dat respondenten verschillend reageren op seksueel grensoverschrijdend gedrag. In deze paragraaf wordt besproken op welke manier de respondenten omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag en welke invloed dit heeft op de zorgrelatie.

4.3.1 Begrenzen of vermijden

In de antwoorden van de respondenten op de vraag 'Hoe ga je om met seksueel grensoverschrijdend gedrag?', wordt duidelijk dat er grofweg twee manieren zijn van omgang met seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen deze respondentengroep. Een deel van de respondenten geeft aan voldoende competenties in huis te hebben om diens persoonlijke grenzen aan te geven en de cliënten aan te spreken wanneer ze seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen. Echter geven deze respondenten ook aan het seksueel grensoverschrijdend gedrag soms te negeren of te vermijden, om escalatie te voorkomen of omdat ze het in sommige gevallen niet duidelijk vinden of het echt om seksueel grensoverschrijdend gedrag gaat, zoals eerder besproken in §4.1.1.

De ervaren onduidelijkheid over wat er wel en niet onder seksueel grensoverschrijdend gedrag valt, heeft invloed op hoe de respondenten met het gedrag van de cliënt omgaan. Zo vertellen meerdere respondenten dat ze vaak gedrag meemaken wat gevoelsmatig op het randje zit. Ze hebben dan het gevoel dat het gedrag nog nét niet erg genoeg is om er wat van te zeggen of iets mee te doen. Dit zorgt voor een vervelend gevoel en twijfel in hoe te handelen. Respondent C (man) benoemt dit als volgt:

“(...) Dan heb ik zoiets van ‘meent hij dit nou serieus of is dit gewoon een grapje ofzo’ dan weet ik het niet zo zeker (...) Ik ben dan gewoon een beetje in de war van ‘wat moet ik doen’, zeg maar.”

Doordat sommige vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag in een grijs gebied vallen, kan verwarring ontstaan bij de respondenten over hoe te handelen op dit gedrag. Respondent E (vrouw) vertelt over een situatie waarin ze het gedrag van de cliënt wel over de schreef vond gaan, maar ook weer niet zó erg. Ze spreekt dan cliënten aan, waarbij ze humor gebruikt:

“(...) Maar ook gewoon dat ik zeg ‘nee dit gaan we niet doen’. Ik kan het soms ook wel met een grapje brengen, maar dat zijn dan ook situaties waarbij ik de opmerking van de cliënt niet zo heel erg over de schreef vind gaan, dan voelt de opmerking wel verkeerd, maar dat is het een soort op een rare manier en dan breng ik het ook met een grapje. Het ligt ook aan wat de opmerking is, en hoe het bij mij in mijn buik aanvoelt, hoe fout het voelt.”

Respondent F (man) geeft aan voldoende vertrouwen te hebben in zijn handelen om met seksueel grensoverschrijdend gedrag om te gaan. Hij vertelt dat hij in een consult duidelijk kan aangeven dat hij de professional is en dat het daarbij ook blijft.

Een deel van de respondenten voelt zich bekwaam om cliënten aan te spreken op seksueel grensoverschrijdend gedrag, maar kiest er niet altijd voor om dit te doen. Een ander deel van de respondenten geeft aan zich eigenlijk niet bekwaam te voelen, en seksueel grensoverschrijdend gedrag altijd te vermijden of te negeren. Op de vraag hoe zij met seksueel grensoverschrijdend gedrag omgaat, antwoordt respondent B (vrouw) dat zij er eigenlijk niet mee omgaat. Ze vertelt dat ze het nog nooit met iemand heeft besproken omdat ze twijfelt of het gedrag wel seksueel grensoverschrijdend is. Ze bespreekt het gedrag dus niet, maar laat het voor wat het is. Deze twijfel wordt ook benoemd door respondent F (man). Hij vertelt dat hij cliënten niet aanspreekt in situaties waarin hij twijfelt of het om seksueel grensoverschrijdend gedrag gaat:

“Net als die aai over mijn rug vandaag, wat moet ik daarmee? Het is natuurlijk ook maar een heel kort moment, wat je wel weer heel groot kan maken, en ergens moet je het natuurlijk ook niet allemaal accepteren, maar ja (...).”

Respondent A (man) geeft aan dat hij cliënten niet altijd aanspreekt op hun gedrag en het gedrag soms wegwuift, hij gaat dan door met het consult en negeert het gedrag om een signaal af te geven waaruit de cliënt kan opmaken dat de cliënt dat gedrag niet hoort te vertonen.

Op de vraag hoe de respondent in het vervolg zou willen handelen wanneer hij of zij in aanmerking komt met seksueel grensoverschrijdend gedrag, antwoordt respondent C (man) dat hij het seksueel grensoverschrijdend gedrag in te toekomst weer zou vermijden. Hij geeft aan dat hij niet de tools heeft om hier op een andere manier mee om te gaan. Zowel het begrenzen als het vermijden van seksueel grensoverschrijdend gedrag worden door mannelijke en vrouwelijke respondenten benoemd, hierin lijkt gender dus geen rol te spelen.

4.3.2 Professionaliteit bewaken

Ongeacht hoe de respondenten omgaan met het seksueel grensoverschrijdend gedrag, allen hebben benoemd dat ze het uiterst belangrijk vinden om hierin professioneel te blijven. Hieronder wordt verstaan dat de professionele grens tussen de respondent en de cliënt bewaakt blijft, dat de respondenten niet ingaan op avances van de cliënten en dat de respondenten kunnen reageren op een manier die als passend wordt gezien voor een zorgprofessional vanuit de organisatie. Respondent E (vrouw) doet dit door de professionele relatie tussen haar en de cliënt extra te benadrukken tijdens het consult:

“(...) dan stel ik een vraag over hun seksleven en dan spiegelen ze eigenlijk de vraag naar mij toe ‘en hoe zit dat bij jou’. Dat vind ik ook wel grensoverschrijdend, want dat doet er eigenlijk helemaal niet toe. Ik ben hier voor

de cliënt en niet voor mezelf. Ik heb geen consult nodig voor mezelf. (...) toen heb ik gezegd 'dat heeft geen toegevoegde waarde voor dit gesprek, laten we het bij uw verhaal houden'."

In gesprek blijven met de cliënt wordt door respondent F (man) benoemd als zijn doel binnen het consult, ook wanneer er seksueel grensoverschrijdend gedrag plaatsvindt. Hij vindt dat hij op een professionele manier moet kunnen aangeven dat hij tijdens een consult de professional is, en dat de cliënt om deze reden kan verwachten dat het puur om de problematiek van de cliënt zal gaan en dat de cliënt van hem verder niets hoeft te verwachten.

Het bewaken van een professionele houding wordt ook benoemd door respondent A (man). Hij vertelt dat hij zich tijdens een consult erg oncomfortabel had gevoeld toen er seksueel grensoverschrijdend gedrag had plaatsgevonden, maar dat hij het consult toch heeft voortgezet met als doel zijn professionele houding te bewaken.

Het bewaken van professionaliteit wordt door de respondenten als erg belangrijk gezien. Deze rol van zorgprofessional ten opzichte van cliënt wordt door de respondenten ook gebruikt om de grens duidelijk te maken aan de cliënt.

4.3.3 Het bespreekbaar maken en verwachte reacties

Een aantal van de respondenten bespreekt het meegemaakte seksueel grensoverschrijdend gedrag met collega's of teamleiders. Sommige respondenten voelen zich niet op hun gemak om dit te doen, en bespreken het alleen met een partner of zelfs met niemand. Het bespreken van seksueel grensoverschrijdend gedrag met collega's wordt door de respondenten die dit doen, als prettig ervaren. Het is een intercollegiaal toetsingsmoment waarop kan worden gecheckt of het gedrag van de cliënt daadwerkelijk overschrijdend was. Respondent D (vrouw) vertelt hierover:

"Ja dat bespreek ik wel gelijk, want dan kan ik ook gelijk een beetje verifiëren van 'wat vinden jullie ervan?' (...) Je wil ook niet gelijk slecht over iemand denken natuurlijk, maar dus blijkbaar, als je het bespreekt en meerdere mensen zeggen 'oh ja wel een beetje rare opmerking', dan zegt dat dus wel iets over die persoon en niet over mij."

Respondenten die het ervaren seksueel grensoverschrijdend gedrag bespreken met collega's binnen de seksuele gezondheidszorg, voelen zich gehoord en serieus genomen. Respondent E (vrouw) geeft aan dat zij het gevoel heeft dat er altijd naar haar geluisterd zal worden, ongeacht met welk verhaal zij komt. Daarbij geeft ze aan dat er altijd een collega bereid is om haar back-up te zijn in het geval dat ze er niet uitkomt. Ze voelt zich hierin gesteund door haar collega's.

Er zijn ook respondenten die hun verhaal eigenlijk nooit delen met anderen. Dit komt onder andere door een angst voor de verwachte reacties van collega's. Respondent C (man) vertelt over zijn eigen verwachtingen wat betreft de reacties van collega's:

"Ik denk gewoon dat je daar als man zijnde niet zo snel iets over kan zeggen omdat vaak wordt gezegd 'oh maar je ben toch een man, maakt toch niet zoveel uit'. En als het van mannen naar vrouwen is, zie je wel sneller dat er vanuit de omgeving wat van wordt gevonden. (...) Nou ik vind het wel vervelend want je hebt niet echt een sterke positie hierin. Dus je kan het niet echt ventileren bij iemand, omdat je er eigenlijk al vanuit gaat dat er een reactie gaat zijn van 'ah joh', dus kan je minder snel ergens terecht met dit soort verhalen. En dat is ook met gender weet je, als mensen hier iets doen richting een man ofzo, kijk dit is een redelijk door vrouwen

geleide afdeling, dus als er iets gebeurt om mannen heen, dan denk ik dat er minder begrip voor is dan bij vrouwen, maar misschien wel meer dan op de gemiddelde afdeling.”

Het gevoel van respondent C (man) heeft over dat hij als man zijnde minder serieus wordt genomen ten opzichte van zijn vrouwelijke collega's, wordt gedeeld door respondent F (man). Hij geeft aan dat seksueel grensoverschrijdend gedrag richting vrouwen binnen een organisatie erg serieus wordt genomen, waar seksueel grensoverschrijdend gedrag richting mannen wordt weggelachen. Enkele respondenten geven hierbij aan dat de reacties van collega's ook afhangt van de manier waarop je het verhaal zelf brengt. Respondent A (man) geeft aan dat collega's soms meelachen omdat hij het dan zelf op een grappige manier vertelt. Hij vindt in zo'n geval niet dat er een probleem van gemaakt moet worden omdat hij het zelf al heeft opgelost met de cliënt. Zijn eigen houding naar het gedrag van de cliënt heeft hierin dus invloed op hoe collega's erop reageren. Respondent F (man) geeft een vergelijkbaar antwoord door aan te geven dat hij zelf van veel dingen een lolletje maakt, wat ervoor zorgt dat hij ook anders behandeld wordt.

Respondent B (vrouw) vertelt dat zij het gevoel heeft dat mannen of andere genders minder vaak seksueel grensoverschrijdend gedrag bespreken:

“We werken hier voornamelijk met veel vrouwen, en ik moet zeggen dat ik, als het dus van een ander gender was, dan heb ik het minimaal gehoord. Dus die hebben dit of niet meegemaakt, of maken er vaak een grapje over. (...) Ik denk dat ze het wel als onprettig ervaren, maar dat ze het toch proberen te linken aan iets grappigs, dat denk ik wel ja. Of niet grappig, maar op een andere manier luchtig proberen te houden.”

Het bespreekbaar maken van seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt zowel door mannen als door vrouwen wel of niet gedaan. Hierin lijkt geen verschil te zitten tussen de genders. Wel blijkt uit de interviews dat mannelijke respondenten sneller het gevoel hebben om niet serieus genomen te worden op basis van hun gender dan vrouwen. Daarbij blijkt dat de manier van bespreken invloed lijkt te hebben op de reacties van collega's.

4.3.4 Normalisering

Op de vraag 'Denk je dat seksueel grensoverschrijdend gedrag genormaliseerd wordt in de zorg?' worden verschillende antwoorden gegeven. Sommige respondenten hebben het idee dat dit niet het geval is, maar dat er wel te weinig over gesproken wordt, waardoor het onderwerp te weinig aandacht krijgt. Respondent A (man) vertelt hierover:

“Ik denk niet zo zeer dat het genormaliseerd is, maar het wordt niet veel besproken. Het ligt nog onder de radar. De slachtoffers spreken cliënten niet zo snel aan, naar mijn idee, omdat verpleegkundigen meestal denken vanuit het perspectief van een cliënt. (...) Ik denk dat verpleegkundigen snel vergevingsgezind zijn, maar hoe vaker het bespreekbaar wordt gemaakt, hoe eerder het niet als normaal wordt beschouwd.”

Andere respondenten hebben wel het gevoel dat seksueel grensoverschrijdend gedrag genormaliseerd wordt binnen de gezondheidszorg. Dit gebeurt soms door henzelf, en soms door de omgeving. Respondent B (vrouw) vertelt hierover:

“Soms heb ik het idee dat seksueel grensoverschrijdend gedrag genormaliseerd kan worden, omdat sommige situaties soms ook vaag kunnen zijn of niet specifiek genoeg. Ergens vind ik dat jammer, want dan blijven we het gedrag met elkaar in stand houden. Daarnaast denk ik dat we te weinig met z'n allen over praten.”

Volgens sommige respondenten wordt seksueel grensoverschrijdend soms gebagatelliseerd, ook vanuit cliënten. Respondent D (vrouw) vertelt dat zij het altijd belangrijk vindt dat je je grenzen moet aangeven wanneer iemand seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont. Ze geeft hierbij aan dat ze wel vaak ervaart dat mannelijke cliënten hun eigen gedrag afdoen als grap of bagatelliseren wanneer zij hierop aangesproken worden. Ze denkt dat vrouwelijke cliënten sneller hun excuses zouden aanbieden wanneer ze op dergelijk gedrag worden aangesproken, in plaats van het af te doen als grap.

4.3.5 Factoren die meespelen bij de omgang

In het onderzoek heeft de onderzoeker specifiek gevraagd naar de eventuele relatie tussen gender en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Verschillende andere factoren blijken ook van invloed op de omgang met seksueel grensoverschrijdend gedrag. In de eerste plaats wordt leeftijd en werkervaring genoemd. Respondent E (vrouw) beschrijft hoe ze nu om kan gaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag en hoe ze hier vroeger mee omging:

“Wat ik dus heel fijn vind, is dat het niet meer aan me blijft plakken. Toen ik begon met werken, dan zijn grensoverschrijdende opmerkingen en grapjes, ook die handtastelijkheden, dat bleef veel meer hangen, en nu sta ik meer stevig in mijn schoenen, weet ik ook beter wat ik moet zeggen of hoe ik moet reageren. (...) En weet ik ook dat onderbuikgevoel te signaleren en daar op een juiste manier op te handelen. (...) En niet alleen ervaring, maar ook wat je hebt meegemaakt, want stel dat jij nog nooit iets hebt meegemaakt van grensoverschrijdend gedrag. Meestal zeggen ze door fouten leer je, maar ook door dit soort situaties, daar leer je ook van. (...) Het liefst wil je dat niemand het meemaakt, maar ik moet wel eerlijk bekennen, door het wat vaker meegemaakt te hebben, voel ik me wel steeds sterker in mijn schoenen staan als het nog eens gebeurt.”

Het vaker meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt door veel respondenten gezien als een van de redenen waardoor ze beter met het gedrag om kunnen gaan. Respondenten geven aan minder snel te schrikken van gedrag naarmate ze het vaker hebben meegemaakt. Er lijkt hier sprake van een zekere gewenning aan het gedrag.

Daarnaast blijkt afkomst een rol te spelen. Respondent B (vrouw) vertelt over hij zij voor haar gevoel soms minder respectvol wordt benaderd.

“Ja, ik heb soms ook het idee dat het aan mijn afkomst zou liggen, omdat ik misschien een andere huidskleur heb, andere haren, niet direct helemaal Nederlands ben, of niet wit ben. (...) Dat er wel minder respectvol met mij wordt omgegaan, dat idee heb ik.”

Tot slot noemen respondenten ook opvoeding en in welke sociale kringen je je bevindt als factoren die meespelen in de omgang met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Respondent D (vrouw) vertelt over het feit dat zij haar ervaringen soms bespreekt met vriendinnen, waarbij ze het handelen van haar vriendinnen soms als voorbeeld gebruikt. Hoe de omgeving omgaat met seksueel grensoverschrijdend gedrag kan dus van invloed zijn op hoe je zelf met seksueel grensoverschrijdend gedrag omgaat. Respondent E (vrouw) vertelt dat opvoeding ook een rol speelt in hoe je omgaat met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Ze benoemt hierbij dat het afhangt van in hoeverre je in de opvoeding hebt meegekregen om je wensen en grenzen aan te geven.

4.3.6 De invloed op zorgrelaties

De respondenten geven aan dat hoe zij met seksueel grensoverschrijdend gedrag omgaan, invloed heeft op de zorgrelatie. Sommige respondenten geven aan het seksueel grensoverschrijdend gedrag soms expres niet te benoemen, om escalatie te vermijden, zoals besproken in §4.3.1.

De respondenten geven aan dat zij allemaal, als gevolg van seksueel grensoverschrijdend gedrag, het consult korter en beknopter proberen te houden. Dit houdt in dat de respondent zich meer afsluit ten opzichte van de cliënt en zelf ook minder open is in het gesprek. De antwoorden worden korter en er vindt een focusverschuiving plaats van sociale hulpverlening naar het behalen van de basis doelen van het consult (zoals bijvoorbeeld het afnemen van testen). Respondent F (man) zegt hier het volgende over:

“Ik denk, zeker als ik zoiets voel of merk, dat ik de consulten iets korter houd, dus dat ik mezelf iets meer afsluit, en ik blijf wel gewoon de vragen stellen die moeten, maar sommige dingen, daar wijd ik dan niet over uit, en als mensen ook vragen aan mij terugstellen, kijk soms ben ik heel open he, zeker over normale dingen kan je best open zijn, maar wanneer iemand zeg maar die grens over gegaan is, dan is daar absoluut geen ruimte voor. Dan wordt het een heel eenzijdig consult.”

De respondenten denken dat deze invloed op het consult en op de zorgrelatie, niet direct zorgen voor een verminderde kwaliteit van zorg. De basis doelen van het consult worden immers nog steeds behaald. Respondent B (vrouw) vertelt dat zij denkt dat zij de benodigde zorg levert in dergelijke casussen en dat dit goede zorg is. Ze gaat ervan uit dat de kwaliteit van zorg er niet onder lijdt, maar weet dit niet zeker.

Het is de respondenten nog niet gebeurd dat de zorgrelatie moest worden afgebroken vanwege seksueel grensoverschrijdend gedrag. Hierbij speelt mogelijk het feit mee dat de cliëntcontacten binnen de seksuele gezondheidszorg vaak niet langer duren dan een halfuur, waarbij de cliënt vaak eenmalig langskomt, wat betekent dat de respondenten deze cliënten in de toekomst vaak niet meer tegenkomen.

4.4 Gender en seksualiteit in relatie tot seksueel grensoverschrijdend gedrag

Uit de interviews blijkt dat gender op verschillende manieren een invloed heeft op seksueel grensoverschrijdend gedrag. Zo ervaren de respondenten bijvoorbeeld gendernormativiteit of stereotypes gebaseerd op hun gender en blijkt seksuele voorkeur een rol te spelen in het seksueel grensoverschrijdend gedrag.

4.4.1 Gendernormativiteit

Zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten krijgen wel eens te maken met gendernormativiteit tijdens hun werk. Respondent A (man) beschrijft de dubbele standaard die hij ervaart als man in de gezondheidszorg:

“Ik merk wel, voornamelijk ook in de zorg, dat als mannen zulke opmerkingen krijgen, maakt niet uit of het vanuit een vrouw is of een man of iemand die zich anders identificeert, richting mannelijke zorgverleners, dan is het altijd zo van ‘oh ja dat is toch wel een compliment voor jou’ en dan moet je het gewoon aannemen. Dat wordt niet meteen gezien als seksueel grensoverschrijdend gedrag, terwijl als het richting een vrouwelijke collega zou zijn, als het dan gebeurt wordt het gelijk gezien als grensoverschrijdend gedrag.”

Mannen zouden seksueel grensoverschrijdende opmerkingen dus moeten zien als een compliment. Respondent C (man), ervaart gendernormativiteit in hoe je zou moeten reageren. Hij heeft het idee dat vrouwen in dergelijke situaties kunnen reageren op basis van een slachtofferrol, waarmee vrouwen erkennen dat ze de kwetsbaardere persoon zijn in een situatie. Hij vindt dat van mannen verwacht wordt dat zij een slachtoffer- daderrol aannemen, waarbij gereageerd zou moeten reageren vanuit agressie. Reageren vanuit agressie wordt volgens respondent C (man) gezien als de manier waarop mannen zouden moeten reageren op het moment dat ze seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaken. De respondent vertelt hier over de

gendernormativiteit die hij zelf ervaart, maar ook over zijn eigen vooroordelen ten aanzien van het feit dat een slachtofferrol meer geassocieerd wordt met vrouwen, en dat mannen vanuit agressie moeten reageren.

Respondenten B (vrouw) en E (vrouw) vertellen over de aanwezige stereotypes omtrent vrouwelijke verpleegkundigen in de maatschappij en hoe dit zou kunnen bijdragen aan seksueel grensoverschrijdend gedrag. Respondent B (vrouw) vertelt dat zij soms gezien wordt als 'zustertje', waarbij ze door heteroseksuele mannelijke cliënten op een kleinerende manier benaderd wordt. Respondent E (vrouw) vertelt over stereotypes over vrouwelijke verpleegkundigen als 'vrouwen in witte pakjes'. Volgens haar hebben sommige heteroseksuele mannen hier wilde fantasieën over en hangen er daardoor verwachtingen aan wat een verpleegkundige kan en mag doen. Hieruit blijkt dat zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten worden geconfronteerd met gendernormativiteit en stereotypes tijdens hun werk.

Respondent D (vrouw) vertelt over hoe zij het idee heeft dat mannelijke cliënten bewijsdrang kunnen voelen, waardoor ze seksueel grensoverschrijdend gedrag kunnen vertonen:

"Ik denk dat een heteroman, een man is over het algemeen toch iemand die zichzelf wil bewijzen, een soort haantjesgedrag, van 'ik heb het grootste geslachtsdeel'. (...) Bij een man is dat gewoon echt vaker. Dat is bijna niet denkbaar dat een vrouw zou zo praten."

Gendernormativiteit en stereotypes lijken dus van invloed op seksueel grensoverschrijdend gedrag.

4.4.2 Seksuele voorkeur van de cliënt

Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat de seksuele voorkeur van de cliënt een rol speelt bij het seksueel grensoverschrijdend gedrag. Cliënten zijn vaak niet op de hoogte van de seksuele voorkeur van de verpleegkundige, volgens de respondenten, maar opvallend is dat het seksueel grensoverschrijdend gedrag nagenoeg alleen maar lijkt plaats te vinden wanneer de respondent het gender heeft wat de seksuele voorkeur van de cliënt is. Respondent B (vrouw) geeft aan dat het seksueel grensoverschrijdende gedrag wat zij heeft meegemaakt, afkomstig was van (heteroseksuele) mannen:

"Als ik dan naar de cliënten kijk, denk ik voornamelijk dat ik dit bij mannelijke cliënten heb gevoeld, en dan gaat het om cis, heteromannen, dat ik dat gevoel heb ervaren. Bij vrouwen heb ik dat eigenlijk nooit meegemaakt."

Volgens respondent D (vrouw) zorgt een verschillende seksuele voorkeur tot meer afstand:

"Ik voel me over het algemeen, als er een man binnen stapt, een heteroman in mijn spreekkamer, niet altijd hoor, maar toch soms wel wat, ja, weet niet, sneller ongemakkelijk, dan als er een vrouw tegenover me zit, of een homoseksuele man, dat is natuurlijk zo, want zij vallen niet op mij. Dus dan heb je sowieso meer afstand. Een heteroman zou natuurlijk op mij kunnen vallen."

Daarbij vertellen enkele respondenten, over het feit dat er binnen de *gay community* bepaalde normen gelden, welke weer sneller kunnen leiden tot seksueel grensoverschrijdend gedrag. Respondent C (man) vertelt hierover:

"Die man merkte dat ik MSM [man die seks heeft met mannen] was. (...) Dat zeg maar bepaalde gedragsnormen binnen de MSM-community gewoon anders zijn dan de norm in de samenleving. MSM'ers daarvan wordt verwacht: die zijn vaak wat losbandiger met seks, zijn wat losbandiger in gedrag naar elkaar toe, wat jovialer, flirteriger, en ik denk omdat dat zeg maar heel erg wordt gemarkeerd als zijnde de leading

gedragcultuur in die community, dat je dus ook krijgt dat dat soort gedrag vaker voorkomt en dat daar dan eigenlijk niet iets van wordt gevonden ofzo.”

Ook respondent F (man) ervaart dat hij vaker benaderd wordt door mannen uit die community.

“Ik denk voornamelijk homoman, dat dat uitmaakt, ik denk ook dat het, met seksualiteit misschien wat vrijer is in de scene, als ik het zo mag zeggen, en misschien dat mannen toch wat mondiger, brutaler zijn vaak. (...) Kijk, een vrouw ziet dat ik homo ben, daar valt weinig seksueel grensoverschrijdend gedrag te behalen zegmaar.”

4.5 De rol van organisaties en de maatschappij

Op de vraag of seksueel grensoverschrijdend gedrag vaker voorkomt binnen de seksuele gezondheidszorg dan binnen andere vormen van zorg, reageren de respondenten verschillend. Enkele respondenten ervaren dat de cliënten binnen de seksuele gezondheidszorg mondiger zijn. Respondent A (man) vertelt hierover:

“Hier zijn ze best wel, ze praten allemaal zonder filter, dat wel. Dus hier zijn ze wat mondiger, bij de GGD. Bij andere branches heb ik dat niet echt zozeer meegemaakt.”

Respondent B (vrouw) vertelt over het feit dat ze binnen de seksuele gezondheidszorg minder seksueel grensoverschrijdend gedrag ervaart:

“Ik denk dat het wel eigenlijk, dat het op meer plekken is gebeurd. En dat dit juist wel een van de plekken is waar ik dit minder heb ervaren dan op andere plekken.”

Daarnaast ervaren respondenten dat er binnen de seksuele gezondheidszorg meer ruimte om is om dit gedrag te bespreken, en dat er ook serieus mee om wordt gegaan. Respondent E (vrouw) vertelt over hoe ze het tijdens haar vorige werk in het ziekenhuis heeft ervaren:

“Dat er geen tijd is, het is nu druk kom later maar even terug, ‘ik heb nu even geen tijd voor je het is nu gewoon te druk kom later maar. (...) Nouja, zoals ik al zei, ik had toen een melding gemaakt over dat iemand op mijn billen had geslagen en ‘ja, die cliënt heeft een aandoening, dus je hoeft het in het vervolg, als hij het nog een keer doet, niet nog een keer te melden’. Nou dan voel ik met niet serieus genomen.”

Uit de interviews blijkt dat organisaties een belangrijke rol kunnen spelen in het ondersteunen van de werknemers die seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaken. Het serieus nemen van het verhaal, zoals hierboven besproken, is een belangrijk punt. Daarnaast geven respondenten aan dat het belangrijk is dat de organisatie trainingen aanbiedt, zodat de respondenten beter om kunnen gaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Respondent E (vrouw) heeft een idee hoe de organisatie dit zou kunnen aanpakken:

“Ik denk dat ik er goed mee om kan gaan, maar het zou zeker wel een goed punt zijn om jaarlijks op de agenda te hebben. Grensoverschrijdend gedrag, waaronder ook seksueel grensoverschrijdend gedrag, maar ook agressieve cliënten, moet zeker wel een aandachtspunt zijn.”

Naast het feit dat het binnen de organisatie aangepakt kan worden, hopen de respondenten ook dat er meer aandacht komt voor seksueel grensoverschrijdend gedrag in het algemeen. Volgens de respondenten is het een groot, maatschappelijk probleem. Respondent E (vrouw) zegt hierover:

“Nou, het enige wat ik nog wil zeggen is denk ik dat het goed is dat je hier onderzoek naar doet, omdat het sinds Metoo al veel meer op de kaart is gebracht, en ik denk dat er veel meer aandacht aan zou moeten worden besteed, want ik liep laatst in de supermarkt en toen werd er zo’n generaliserende opmerking geplaatst, dat ik echt denk, het zit overal. Dus ook op de werkvloer, maar ook gewoon in de supermarkt. Het is echt overal.”

4.6 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van de interviews weergegeven aan de hand van vijf hoofdthema’s, met het uiteindelijke doel om de tweede deelvraag *Hoe verhoudt gender zich tot het ervaren van en het omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in de zorg?* te beantwoorden.

Allereerst blijkt dat er onduidelijkheid bestaat bij de respondenten over wat er wel en niet onder seksueel grensoverschrijdend gedrag valt. Verwarring hierover resulteert in onduidelijkheid over hoe te handelen. De ervaringen van seksueel grensoverschrijdend gedrag roepen verschillende gevoelens op bij de respondenten, zoals twijfel, schaamte, ongemak, angst en een geïntimideerd gevoel. De gevoelens zijn niet afhankelijk van gender en worden door zowel de mannelijke als vrouwelijke respondenten ervaren, behalve het gevoel van intimidatie. Dit gevoel werd slechts beschreven door een vrouwelijke respondent op het moment dat er een mannelijke cliënt tegenover haar zat, welke mogelijk op haar zou kunnen vallen.

Ook in de omgang met seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn niet direct verschillen te zien tussen de genders. Zowel mannen als vrouwen kiezen er soms voor om een cliënt te begrenzen of om juist het gedrag te vermijden of te negeren. Gender lijkt wel van invloed in hoeverre respondenten het ervaren seksueel grensoverschrijdend gedrag met anderen bespreken. Vooral mannen lijken hier een verwachting te hebben wat betreft de reactie van collega’s, zoals het minder serieus genomen worden. Om deze reden kiezen sommige mannelijke respondenten ervoor om hun verhaal niet te delen.

Wat betreft het normaliseren van seksueel grensoverschrijdend gedrag, lijkt seksueel grensoverschrijdend gedrag door mannen vaker gebagatelliseerd te worden, of af te worden gedaan als grap. Daarbij plaatsen de mannelijke respondenten ook de kanttekening dat hun eigen houding ten opzichte van het verhaal wat ze vertellen ook bijdraagt aan hoe collega’s reageren op hun verhaal.

De zorgrelatie wordt beïnvloed door seksueel grensoverschrijdend gedrag doordat de consulten korter worden gehouden en de respondenten zichzelf meer beschermen door zich minder open te stellen naar cliënten. Ook dit gedrag is niet afhankelijk van gender, en gebeurt bij zowel mannen als vrouwen.

Gendernormativiteit speelt bij zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten een rol, in de zin dat beide genders hiermee te maken krijgen. Daarbij hangen zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten ook bepaalde ideeën aan over hoe mannen en vrouwen behoren te reageren. Seksuele voorkeur van de cliënt lijkt een grote rol te spelen bij het seksueel grensoverschrijdend gedrag, aangezien dit nagenoeg alleen voor lijkt te komen richting een gender waar de cliënt zich aangetrokken tot voelt.

Tot slot, onderstrepen de respondenten de rol van de organisatie om ervoor te zorgen dat zij bekwaam zijn om zich te weren tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit cliënten. Een idee om dit te bewerkstelligen zou bijvoorbeeld zijn om jaarlijks een training te organiseren. Bovendien geven respondenten aan dat seksueel grensoverschrijdend gedrag meer bespreekbaar zou moeten worden gemaakt, waardoor steeds duidelijker kan worden dat dit niet normaal is.

5. Zorgethische discussie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de laatste, tevens synthetiserende deelvraag: *Wat kunnen we vanuit het empirisch onderzoek en de theorie leren over de relatie tussen gender en seksueel grensoverschrijdend gedrag en de invloed hiervan op het creëren en in stand houden van goede zorgrelaties?* Om deze vraag te kunnen beantwoorden, wordt de zorgethische lens, voortvloeiend uit het theoretisch kader, in dialoog gebracht met de empirische bevindingen (Leget et al., 2019). Dit heeft tot doel om met behulp van de zorgethische lens meer diepgang aan te kunnen brengen in de empirische resultaten. Daarnaast kunnen de empirische bevindingen mogelijk een bijdrage leveren aan zorgethische literatuur, doordat mogelijk nieuwe inzichten worden opgedaan die in de literatuur nog onbekend zijn. De empirische bevindingen worden afgezet tegen de zorgethische literatuur middels meedenken, tegendenken en omdenken (Vosman, 2017). In de stap meedenken wordt beschreven in welk opzicht de empirische bevindingen overeenkomen met de literatuur en andersom. In de stap tegendenken worden de verschillen tussen de empirische bevindingen en de literatuur beschreven. In de laatste stap, het omdenken, wordt beschreven hoe vanuit de inzichten uit de theorie en praktijk verder kan worden gedacht.

5.1 Gender

5.1.1 Meedenken

Empirische bevindingen bevestigen het inzicht uit de (zorgethische) literatuur dat gender en gendernormativiteit een grote rol spelen binnen de gezondheidszorg (Tronto, 2013; Gutek & Morasch, 1982; McDonald, 2012). Volgens Johnson et al. (2007) worden alledaagse handelingen van individuen beïnvloed door de heersende normen en rollen in de maatschappij. Dit is ook zichtbaar in de gezondheidszorg. De traditionele rolverdelingen hierbinnen zijn veelal gebaseerd op gender, en zowel mannen als vrouwen krijgen binnen zorgpraktijken te maken met allerlei vormen van gendernormativiteit (Gutek & Morasch, 1982). Het ervaren van gendernormativiteit tijdens werkzaamheden in de gezondheidszorg is zichtbaar in de antwoorden van de respondenten. Zo hebben respondenten A (man) en C (man) verteld dat zij als man ervaren dat zij seksueel grensoverschrijdend gedrag zouden moeten interpreteren als een compliment. Daarbij ervaren zij de opvatting dat je als man zijnde meer vanuit agressie zou moeten reageren, ten opzichte van de 'slachtofferrol' die vrouwen sneller zouden aannemen. Het reageren vanuit agressie met strakke grenzen, wordt gezien als mannelijk.

Zowel de mannelijke respondenten als de mannelijke cliënten lijken te maken te hebben met sociale verwachtingen. Respondent D (vrouw) geeft aan dat ze denkt dat mannelijke cliënten worden beïnvloed door gendernormativiteit, wat ertoe leidt dat ze *haantjesgedrag* kunnen vertonen ten opzichte van de verpleegkundigen, vanuit een soort bewijsdrang. Deze bewijsdrang lijkt voort te komen uit de verwachtingen die de maatschappij aan de mannelijke cliënten stelt. Het feit dat mannen en vrouwen zich neigen te gedragen naar de verwachtingen van de maatschappij wordt door Butler (1999) beschreven met de term *cultural intelligibility*. De verwachtingen van de maatschappij over hoe mannen zich zouden moeten gedragen, wordt hegemonische masculiniteit genoemd (Connell, 2005). Deze hegemonische masculiniteit gaat o.a. uit van het idee dat mannen minder goed zouden kunnen zorgen als vrouwen. Dit gevoel wordt door de mannelijke respondenten niet ervaren, maar zij hebben wel ideeën over hoe zij zich zouden moeten gedragen waarin zij door de maatschappij zijn beïnvloed. Zo heeft respondent C (man) bijvoorbeeld het gevoel dat hij 'zijn mannetje wel zou moeten kunnen staan' wanneer hij seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaakt. Vrouwelijke respondenten geven dergelijke gevoelens niet aan. De respondenten worden ook geconfronteerd met sociale verwachtingen doordat sommige cliënten stereotypes over verpleegkundigen aanhangen. De respondenten beschrijven stereotypes over 'zustertjes' en 'vrouwen in witte pakjes die voor hete dromen zorgen'. In onderzoek van Dougherty et al. (2011) wordt geschreven over het feit dat mannelijke patiënten die

seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen, vaak handelen uit overtuiging van bepaalde, op gender gebaseerde stereotypes over verpleegkundigen.

Uit de empirische resultaten blijkt dat de mannelijke respondenten een sterkere gendernormativiteit lijken ervaren binnen hun werk dan de vrouwelijke respondenten. De mannelijke respondenten handelen zelf ook gebaseerd op deze gendernormativiteit, door bijvoorbeeld het gedrag niet na te bespreken met collega's, zelf te doen alsof het ze niet interesseert of door het gedrag te bagatelliseren. Dit wordt door McDonald (2012) aangeduid met het 'doen' van gender. Butler (1999) spreekt in dit geval over performativiteit, waarbij performatieve, genderbevestigende handelingen bijdragen aan de instandhouding van de bestaande gendernormen in de samenleving. Het bagatelliseren van seksueel grensoverschrijdend gedrag wat plaatsvindt richting mannen, wordt beschreven door Chang en Jeong (2021). Uit het onderzoek van Chang en Jeong (2021) blijkt ook, net als uit de reacties van de respondenten, dat mannen een dubbele moraal ervaren omtrent seksueel grensoverschrijdend gedrag richting mannen. Respondenten A (man), C (man) en F (man) hebben allen aangegeven dat zij het idee hebben dat er anders wordt omgegaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag wat zij ervaren, ten opzichte van seksueel grensoverschrijdend gedrag wat wordt ervaren door vrouwen. Zij voelen zich minder serieus genomen hierin, wat ook benoemd wordt in het onderzoek van Chang en Jeong (2017).

Niet alleen gender speelt een rol in seksueel grensoverschrijdend gedrag, blijkt uit onderzoek van Dougherty et al. (2011). Volgens het onderzoek spelen afkomst en leeftijd ook een rol. Dit wordt beaamd door de empirische resultaten, waaruit blijkt dat leeftijd, werkervaring, afkomst, opvoeding en de sociale kringen waarin iemand zich bevindt ook meespelen in hoe iemand seksueel grensoverschrijdend gedrag ervaart en hiermee omgaat.

5.1.2 Tegendenken

De empirische bevindingen contrasteren deels met het inzicht uit de literatuur van Gutek en Morasch (1982) over gendernormativiteit. Volgens het onderzoek van Gutek en Morasch (1982) krijgen zowel mannen als vrouwen te maken met gendernormativiteit tijdens hun werkzaamheden in de gezondheidszorg. Echter blijkt uit de empirische resultaten dat de mannelijke respondenten dit meer lijken te ervaren dan de vrouwelijke respondenten. Zo hebben de mannelijke respondenten bijvoorbeeld het gevoel dat zij zich het gedrag niet moeten aantrekken omdat ze man zijn, of dat ze 'hun mannetje moeten kunnen staan' in een situatie waarin seksueel grensoverschrijdend gedrag voorkomt. Door de mannelijke respondenten worden normen beschreven die zij ervaren over hoe te handelen en hoe te reageren. De vrouwelijke respondenten van dit onderzoek, beschrijven wel stereotypes over vrouwelijke verpleegkundigen, maar ervaren in mindere mate een norm over hoe te handelen of te reageren op basis van hun gender. Alleen respondent D (vrouw) geeft aan dat ze als vrouw vriendelijk wilde blijven naar een mannelijke cliënt, uit angst dat de cliënt anders agressief zou kunnen worden. Hierin is een component van gendernormativiteit terug te zien, namelijk dat je als vrouw zachtvaardig zou moeten zijn, wat een van de opvattingen is over hoe vrouwen zich zouden moeten gedragen (Moi, 1999).

Gender speelt op verschillende manieren een rol binnen de gezondheidszorg (McDonald, 2012; Aranda et al., 2015). Wanneer het aankomt op het ervaren van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag, blijkt uit de resultaten echter dat gender niet overal een rol bij speelt. Een voorbeeld hiervan is het feit dat zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten allerlei gevoelens ervaren op het moment dat ze seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaken. Het gaat hierbij over gevoelens van o.a. twijfel, schaamte, angst en ongemak. Deze gevoelens worden door zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten benoemd, en lijken niet gebaseerd op gender. Ook de manier waarop respondenten omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag lijkt niet direct een link te hebben met het gender van de respondent, terwijl onderzoek van Scholcoff

et al. (2020) beschrijft dat vrouwelijke zorgverleners het lastig vinden om cliënten aan te spreken op grensoverschrijdend gedrag. Uit de empirische bevindingen blijkt dat zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten dat ze cliënten soms begrenzen en soms het gedrag negeren. Het eventueel ervaren van normalisering wat betreft seksueel grensoverschrijdend gedrag, werd door de respondenten verschillend beantwoord. Er is geen duidelijk verschil in de ervaring van normalisering tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten. De respondenten geven echter wel aan dat het onderwerp te weinig aandacht krijgt, waardoor het gedrag deels in stand blijft.

5.1.3 Omdenken

Wanneer we kijken naar wat er op basis van de overeenkomsten en verschillen tussen de empirische bevindingen en de literatuur verder te zeggen valt over gender, kunnen we stellen dat er op basis van gender van de respondenten geen verschil lijkt te bestaan in hoeverre seksueel grensoverschrijdend gedrag de zorgrelatie beïnvloedt. Het behoud van de zorgrelatie is afhankelijk van het handelen van de respondenten. De respondenten handelen op basis van seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit cliënten. Mogelijk heeft het gender van de cliënt wel invloed op in hoeverre de respondent het gedrag als seksueel grensoverschrijdend ervaart, en kan dat mogelijk weer invloed hebben op in hoeverre de respondent zich gereserveerd opstelt. Uit onderzoek van Hehman et al. (2022) blijkt dat zowel mannen als vrouwen, een opmerking sneller als seksueel grensoverschrijdend of beledigend opvatten wanneer de opmerking wordt geplaatst door een man. Uit dit onderzoek blijkt dat het gender van de persoon die het seksueel grensoverschrijdend gedrag toont, sterk van invloed is op hoe het gedrag wordt ervaren door degene tegen wie het gedrag gericht is.

Typerende 'MeToo' eigenschappen, zoals het feit dat het seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit man richting vrouw plaatsvindt en dat er hierbij sprake is van machtsverschillen, dragen bij aan hoeverre iets beschouwd wordt als seksueel grensoverschrijdend gedrag (Kessler et al., 2023). Wanneer casussen niet aan deze 'criteria' voldoen, bijvoorbeeld wanneer het gaat om seksueel grensoverschrijdend gedrag van vrouw naar man, of om seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen hetzelfde gender, is men minder gauw geneigd om het gedrag te bestempelen als seksueel grensoverschrijdend. Uit het onderzoek Kessler et al. (2023) blijkt dat cis vrouwen en transgender, genderfluïde of non-binaire mensen minder onderscheid maken tussen mannelijke en vrouwelijke daders van seksueel grensoverschrijdend gedrag dan mannen. Dit houdt in dat cis vrouwen en transgender, genderfluïde of non-binaire mensen gedrag als seksueel grensoverschrijdend kunnen ervaren, ongeacht het gender van de dader. Mannen daarentegen maken wel onderscheid in gender van de daders, waarbij ze het gedrag vanuit vrouwen minder snel als seksueel grensoverschrijdend interpreteren.

Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat respondenten alleen seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaken vanuit cliënten wiens seksuele voorkeur overeenkomstig is met het gender van de respondent. Zo krijgen de vrouwelijke respondenten voornamelijk te maken met seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit heteroseksuele mannelijke of lesbische vrouwelijke cliënten, en krijgen de mannelijke respondenten voornamelijk te maken met seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit homoseksuele mannen, aangezien dat een grote doelgroep is binnen de centra voor seksuele gezondheid. Volgens respondent D (vrouw), zorgt een andere seksuele voorkeur vanuit de cliënt voor meer afstand tussen de zorgverlener en de cliënt, waardoor de professionele grens makkelijker in stand kan worden gehouden.

Uit het onderzoek van Kessler et al. (2023) blijkt dat seksueel grensoverschrijdend gedrag soms minder snel wordt geïnterpreteerd als seksueel grensoverschrijdend, wanneer het plaatsvindt tussen homoseksuele mannen, of lesbische vrouwen onderling. Volgens O'Dea en Saucier (2020) kan dit verklaard worden doordat gedrag soms gedoogd wordt zolang het onder leden van dezelfde groep gebeurt. Dit wordt *in-group behaviour* genoemd. Uit de antwoorden van de respondenten is op te maken dat dergelijk *in-group behaviour* ook plaatsvindt wanneer mannelijke respondenten seksueel grensoverschrijdend gedrag ervaren vanuit

homoseksuele cliënten. Verschillende respondenten geven aan dat er binnen de community gedragsnormen zijn die lossier zijn dan binnen de rest van de samenleving. Zo wordt er bijvoorbeeld van een homoseksuele man verwacht dat hij meerdere seksuele partners heeft, of flirterig omgaat met andere homoseksuele mannen. Dit heeft volgens de respondenten als gevolg dat seksueel grensoverschrijdend gedrag vaker voorkomt binnen de community, zonder dat daar echte consequenties aanhangen. Uit onderzoek van Blanc et al. (2023) naar de verschillen in houdingen ten opzichte van seksualiteit onder mensen met verschillende seksuele voorkeuren, blijkt dat homoseksuele mannen en biseksuele mannen over het algemeen meer seksuele partners hebben en ook een meer tolerante, open houding hebben ten aanzien van seksueel gedrag. Uit het onderzoek van Blanc et al. (2023) blijkt niet dat dit leidt tot meer seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen de community, maar het is denkbaar dat het seksueel grensoverschrijdend gedrag vaker voorkomt op het moment dat er vrijer met seksualiteit wordt omgegaan door de cliënt. De vraag resteert dan of dit gedrag opzettelijk plaatsvindt, of dat de cliënt zo gevormd is door de normen van de community dat het als normaal wordt gezien. Naast gender, lijkt seksuele voorkeur dus ook een belangrijke rol te spelen in voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

5.2 Zorgrelaties

5.2.1 Meedenken

De empirische bevindingen bevestigen het inzicht uit de literatuur dat seksueel grensoverschrijdend gedrag invloed heeft op de zorgrelatie (Scholcoff et al., 2020). Volgens Scholcoff et al. (2020) kan seksueel grensoverschrijdend gedrag voor zowel de cliënt als de zorgverlener schadelijk zijn, aangezien dit mogelijk leidt tot minder goede zorg vanuit de verpleegkundige. De respondenten hebben allen aangegeven dat zij een consult korter en beknopter houden wanneer zij te maken krijgen met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Dit doen ze door zich gereserveerder op te stellen en minder ruimte te geven aan de cliënt. Dit heeft tot gevolg dat er geen aanvullende seksualiteitsvraagstukken worden besproken, waarmee alleen de basisdoelen van het consult behaald worden, zoals bijvoorbeeld het testen op soa. Dit zou mogelijk kunnen zorgen voor een vermindering van de kwaliteit van zorg, aangezien niet langer alle vijf fases van zorg, zoals benoemd door Tronto (1993, 2013), worden doorlopen.

Met name de vierde en de vijfde fase van zorg lijken in het gedrang te komen wanneer seksueel grensoverschrijdend gedrag plaatsvindt binnen een zorgrelatie. De vierde fase van zorg is 'zorg ontvangen', waarbij de ontvanger van de zorg centraal staat. Het gaat hierbij om het feit of de zorgvrager ervaart dat diens zorgvraag beantwoord is door de zorgverlener. Het is denkbaar dat er een deel van de hulpvraag van cliënten onbeantwoord blijft op het moment dat de respondenten zich gereserveerder opstellen en geen ruimte bieden aan aanvullende seksualiteitsvraagstukken. De vijfde fase van zorg is 'zorgen met', en gaat over de vraag in hoeverre de zorg democratisch geregeld is. Een onderdeel hiervan, is ook het zorgen voor de zorgverleners door een organisatie. Wanneer de respondenten vanuit de organisatie geen hulp krijgen in hoe ze met seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit cliënten om kunnen gaan, kan dit zorgen voor conflicten tijdens een consult, welke morele stress kunnen opleveren (Burston et al, 2012). Dit kan gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg en de zorgrelatie, aangezien de kwaliteit van zorg volgens Tronto (1993) afhankelijk is van de vaardigheid van de zorgverlener om met dergelijke conflicten om te gaan. Ondanks dat Tronto niet direct schrijft over seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen de zorgrelatie, is denkbaar dat dit ook conflict kan veroorzaken. Een aantal van de respondenten geeft aan zich niet vaardig te voelen om met dergelijke conflicten om te gaan en hierdoor de cliënten niet op hun gedrag aan te spreken, maar het gedrag te negeren. De respondenten voelen zich hierdoor ongemakkelijk en zouden er liever op een andere manier mee om kunnen gaan. Voor het welzijn van de respondenten en uiteindelijk dus ook de invloed op de zorgrelatie en de kwaliteit van zorg, is het belangrijk dat de respondenten gefaciliteerd worden in hoe ze hiermee om moeten gaan (Scholcoff et al., 2020). De respondenten geven aan behoefte te hebben aan jaarlijkse trainingen.

Bij een beschadigde zorgrelatie kan volgens Walker (2006) moreel herstel plaatsvinden. Bij het moreel herstel speelt het delen van het narratief een belangrijke rol. In het onderzoek van Landeweer et al. (2010) wordt beschreven dat middels dialoog en reflectie, ingewikkelde morele vraagstukken kunnen worden veranderd. In dit proces is morele reflectie vanuit alle betrokken partijen belangrijk. Een van de respondenten heeft tijdens het interview aangegeven dat zij regelmatig reflecteert op haar handelen nadat ze een situatie heeft meegemaakt waarin seksueel grensoverschrijdend gedrag plaatsvond, ofwel alleen of met een collega. Dit draagt bij aan het verwerken van de situatie en biedt mogelijk nieuwe inzichten over hoe te handelen wanneer een dergelijke situatie nogmaals voor zou komen.

Volgens Viglianti et al. (2018) zijn een aantal stappen belangrijk voor het continueren van de zorgrelatie. Allereerst dient de zorgverlener diens eigen veiligheid te garanderen, waarna vervolgens de zorgverlener de cliënt aan kan spreken op diens gedrag. De stap om de cliënt aan te spreken wordt door een deel van de respondenten wel gedaan, maar door het andere deel van de respondenten niet. Volgens Viglianti et al. (2018) zal het aanspreken van cliënten in de meeste gevallen leiden tot een gedragsverandering. Enkele respondenten ervaren dit op deze manier en geven inderdaad aan dat het stellen van grenzen effectief werkt om met seksueel grensoverschrijdend gedrag om te gaan.

5.2.2 Tegendenken

Op sommige vlakken spreken de literatuur en de empirische resultaten elkaar tegen. In het onderzoek van Scholcoff et al. (2020) wordt beschreven dat verpleegkundigen het aanspreken van cliënten lastig vinden aangezien ze de zorgrelatie niet willen beschadigen of bang zijn om de patiënt voor schudt te zetten. Volgens Scholcoff et al. (2020) zijn dit de voornaamste redenen dat verpleegkundigen ervoor kiezen om het seksueel grensoverschrijdend gedrag te negeren. De resultaten van Scholcoff et al. (2020) komen hierin niet volledig overeen met de antwoorden van de respondenten uit dit onderzoek. Waar de respondenten uit het onderzoek van Scholcoff et al. (2020) voornamelijk aan hebben gegeven seksueel grensoverschrijdend gedrag als storend te ervaren, beschrijven de respondenten uit dit onderzoek meer diepgaande gevoelens zoals twijfel, angst en ongemak. Daarbij blijkt uit dit onderzoek dat de keuze voor het wel of niet aanspreken van de cliënten wordt gebaseerd op de vraag of de respondent in kwestie zich bekwaam genoeg voelt om de cliënt met diens gedrag te confronteren, of het gedrag als 'erg' genoeg wordt ervaren door de respondent en of het risico bestaat dat de situatie escaleert. De angst voor het voor schudt zetten van cliënten werd niet genoemd door de respondenten van dit onderzoek. De angst voor het beschadigen van de zorgrelatie speelt wel mee, in de zin dat de respondenten willen voorkomen dat de situatie escaleert.

Volgens het onderzoek van Kim et al. (2018) zouden sommige verpleegkundigen het liefst de zorgrelatie beëindigen en de cliënt vermijden nadat ze seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben meegemaakt. Uit de antwoorden van de respondenten blijkt iets dergelijks niet. Geen van de respondenten heeft wel eens een zorgrelatie afgebroken nadat er seksueel grensoverschrijdend gedrag had plaatsgevonden. Mogelijk weegt hierin mee dat het binnen de seksuele gezondheidszorg om korte consulten van maximaal 30 minuten gaat waar meestal geen vervolg op plaatsvindt. Het voortbestaan van de zorgrelatie is mogelijk meer in gevaar bij zorgrelaties waarin in een cliënt langdurige zorg nodig heeft, of waarbij de cliënt met regelmaat gezien moet worden door de zorgverlener.

Volgens de respondenten leidt de kwaliteit van zorg niet onder de kortere, meer gereserveerde consultvoeringen, omdat de basisdoelen van een consult worden behaald. Wanneer we de zorgpraktijk bekijken aan de hand van de vijf fases van goede zorg, zoals opgesteld door Tronto (1993, 2013), kunnen we stellen dat de eerste drie fases van zorg niet in het gedrang hoeven te komen door seksueel grensoverschrijdend gedrag. De eerste fase van zorg is 'zorgen maken om', waarbij de zorgvraag erkend wordt.

De zorgvraag van de cliënt wordt aan het begin van het consult vastgesteld door de respondenten. Seksueel grensoverschrijdend gedrag vindt vaak tijdens het consult plaats, of aan het eind. Het gedrag heeft hiermee geen invloed op het vaststellen van de zorgvraag. Mochten er tijdens het consult echter nog andere hulpvragen naar boven komen, terwijl de cliënt al seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft vertoond, is het mogelijk dat de zorgverleners hier minder of niet op ingaan. De reden hiervoor is dat de respondenten zich in zulke gevallen zich te beperken tot de basisdoelen van het consult. De respondenten hebben tijdens de interviews niet aangegeven dat ze zich minder verantwoordelijk voelen voor de hulpvraag van de cliënt wanneer seksueel grensoverschrijdend gedrag plaatsvindt. De tweede fase van zorg (zorg op zich nemen), waar verantwoordelijkheid bij hoort, lijkt dus niet te worden beïnvloed door seksueel grensoverschrijdend gedrag. De derde fase van zorg is 'zorg geven'. In deze fase wordt de zorgbehoefte direct beantwoord middels een fysieke handeling. Zoals eerder benoemd, heeft geen van de respondenten de zorgrelatie afgebroken nadat er seksueel grensoverschrijdend gedrag had plaatsgevonden en werden de basisdoelen van het consult behaald. De respondenten gaven aan dat de fysieke zorg die zij hebben geleverd, niet anders was dan wanneer zij geen seksueel grensoverschrijdend gedrag hadden meegemaakt. De fase van 'zorg geven' lijkt dus ook niet te worden beïnvloed door seksueel grensoverschrijdend gedrag.

5.2.3 Omdenken

5.2.3.1 Lichamelijkheid

Uit de empirische resultaten blijkt dat de respondenten lichamelijke reacties kunnen ervaren op het moment dat er seksueel grensoverschrijdend gedrag plaatsvindt binnen de zorgrelatie. Zo geeft respondent B (vrouw) aan dat ze voelt dat haar gezicht rood wordt op het moment dat zij zich ongemakkelijk voelt. Respondent E (vrouw) beschrijft een gevoel in haar onderbuik op het moment dat een cliënt haar grens bereikt. Bovenstaande beschrijvingen zijn voorbeelden waarin de respondenten middels hun eigen lichamelijkheid merken dat het gedrag van de cliënt grensoverschrijdend is. In het theoretisch kader is geen literatuur opgenomen over lichamelijkheid. Uit bovenstaande beschrijvingen blijkt echter dat respondenten middels hun eigen lichamelijkheid aanwijzingen krijgen wanneer het gedrag van de cliënt grensoverschrijdend is. Volgens Hamington (2012) is het lichaam een waardevol instrument wat dient als een opslagplaats van impliciete kennis en empathie. Het lichaam fungeert als een verbinding waarmee intersectionele verschillende zoals gender, klasse en etniciteit kunnen worden overbrugd (Hamington, 2015).

Wanneer het lichaam wordt beschouwd als een bron van kennis, kan de kennis die hieruit voortvloeit mogelijk gebruikt worden om vraagstukken binnen zorgpraktijken te belichten. Wanneer de respondenten zich bewust zijn van de lichamelijke gebeurtenissen die plaatsvinden op het moment dat de respondent seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt ervaren, kunnen zij hier ten eerste kennis uit halen over wat voor soort situaties zij zelf als grensoverschrijdend ervaren. Daarnaast kan het herkennen van het moment dat die grens wordt bereikt, mogelijk leiden tot het sneller ingrijpen om te voorkomen dat er over die grens heen wordt gegaan. Zo beschrijft respondent E (vrouw) dat zij steeds beter haar buikgevoel aanvoelt, waardoor zij in staat is om hierop te handelen. De antwoorden over lichamelijkheid werden gegeven door vrouwelijke respondenten. Mogelijk is dit toeval, maar mogelijk bestaat er ook een relatie tussen lichamelijkheid en gender. Aanvullend onderzoek is nodig om hier iets over te kunnen zeggen.

5.2.3.2 Machtverschillen

Uit de zorgethische literatuur blijkt dat er binnen zorgrelaties altijd sprake is van machtsverhoudingen, omdat de mensen die zorg nodig hebben zich in een kwetsbare, afhankelijke positie bevinden ten opzichte van de zorgverlener (Tronto, 1993, 2023; Noddings, 2015). Volgens Bergman (2004) is de verdeling tussen geven en ontvangen binnen een zorgrelatie nooit evenredig. De kwetsbare positie waar de zorgvrager zich in bevindt, wordt niet zo ervaren door de respondenten. De respondenten geven aan dat het seksueel

grensoverschrijdend gedrag met name voorkomt bij cliënten die juist niet zo kwetsbaar ogen en denken ‘*wel even iemand te kunnen regelen*’ op de poli. De respondenten geven aan dat het seksueel grensoverschrijdend gedrag met name voorkomt bij cliënten die eenvoudige hulpvragen hebben, en niet zo snel bij cliënten met ingewikkelde of meerdere hulpvragen. Dit onderzoek richt zich alleen op de ervaringen van de zorgverleners, dus het gevoel van de cliënt is niet toetsbaar. Mogelijk voelen cliënten zich wel kwetsbaar en uiten ze daarom seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Uit onderzoeken van Kara en Toygar (2018) en Lucero et al. (2006) naar de motieven van daders van seksueel grensoverschrijdend gedrag, blijkt dat dit gedrag meerdere oorzaken kan hebben. Volgens de *sex-role spillover theory* (Gutek & Morasch, 1982) kan seksueel grensoverschrijdend gedrag worden ingezet als een doorgesloten manier van het handelen volgens de bestaande, traditionele genderrollen. Naast de *seks-role spillover theory* zijn er nog andere verklaringen over waar het seksueel grensoverschrijdend gedrag vandaan komt. Op macht gebaseerde modellen zien seksueel grensoverschrijdend gedrag als een vorm van misbruik of verkeerd gebruik van macht. Beide benoemde vormen van theorie, gaan uit van seksueel grensoverschrijdend gedrag van man richting vrouw. Dit maakt de theorie niet bruikbaar voor mannen die seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaken vanuit hetzelfde geslacht, of voor seksueel grensoverschrijdend gedrag wat door vrouwen wordt geuit. De theorie van Stockdale et al. (2005) is breder toepasbaar. Volgens deze theorie zijn er twee belangrijke redenen om seksueel grensoverschrijdend gedrag te tonen. De eerste reden is dat diegene die het gedrag vertoont een nauwere relatie wil ontwikkelen met de andere partij. De tweede reden is dat diegene die het gedrag vertoont de andere partij wil vernederen of straffen. Uit de empirische resultaten blijkt dat de respondenten vooral te maken hebben gehad met cliënten die een nauwere relatie wilden ontwikkelen, bijvoorbeeld wanneer ze op date gevraagd werden. Wanneer het seksueel grensoverschrijdend gedrag voortkomt uit een poging tot een nauwere relatie, kan men zich afvragen in hoeverre een cliënt in zo’n geval nog kwetsbaar is, of dat de zorgverlener zich op dat moment juist in een kwetsbaardere positie bevindt ten opzichte van de cliënt.

5.3 Werkcultuur

5.3.1 Meedenken

In lijn met de inzichten uit de literatuur van Nielsen et al. (2017), geven de respondenten geven aan dat werkervaring een belangrijke factor is voor hoe iemand met seksueel grensoverschrijdend gedrag omgaat. Hierbij wordt door de respondenten benoemd, dat zij steeds steviger in hun schoenen staan naarmate ze dit gedrag vaker meemaken. Er lijkt hier een zekere vorm van gewenning op te treden. Volgens Nielsen et al. (2017) zijn jonge verpleegkundigen gevoeliger voor seksueel grensoverschrijdend gedrag, omdat er nog geen proces van normalisatie heeft plaatsgevonden. Naarmate de zorgverleners meer werkervaring opdoen en vaker aan dergelijk gedrag worden blootgesteld, lukt het volgens Nielsen et al. (2017) steeds beter om met het gedrag om te gaan en zich er minder van aan te trekken. Respondenten E (vrouw) en F (man) bevestigen dit, door aan te geven dat iemand met minder ervaring die seksueel grensoverschrijdend gedrag nooit eerder heeft meegemaakt, sneller zal schrikken en van slag zal raken dan iemand die het vaker mee heeft gemaakt.

Respondenten C (man) en F (man) geven aan het gevoel te hebben dat binnen de werkcultuur in de gezondheidszorg seksueel grensoverschrijdend gedrag richting mannen wordt gebagatelliseerd. Dit komt overeen met het onderzoek van Chang en Jeong (2021). Ze voelen zich minder serieus genomen dan hun vrouwelijke collega’s op dit gebied. Doordat zij verwachten en eerder hebben meegemaakt dat collega’s het seksueel grensoverschrijdend gedrag niet serieus zullen nemen, delen ze hun verhalen vaak niet. Volgens de Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden (CGMV-vakorganisatie voor christenen et al., 2015) zouden collega’s eigenlijk een helpende rol moeten vervullen wat betreft het bewaken van de professionele grenzen. Uit de literatuur blijkt dat de werkcultuur in organisaties vaak niet strookt met hoe het in de opleiding

wordt aangeleerd (Huebner, 2008; Nielsen et al., 2017). Uit de antwoorden van de respondenten blijkt ook dat niet altijd gereageerd wordt op seksueel grensoverschrijdend gedrag zoals dat in de beroepscode staat vermeld. Van Reenen en Van Nistelrooij (2017) schreven over het 'hidden curriculum' binnen de geneeskunde, waarbij impliciete, ongeschreven regels worden aangeleerd die niet overeenkomstig zijn met het curriculum vanuit de opleiding. Een vergelijkbaar 'hidden curriculum' lijkt plaats te vinden in het niet serieus nemen van seksueel grensoverschrijdend gedrag bij mannelijke zorgverleners, aangezien dat wordt ervaren als de 'norm' op de afdeling door de mannelijke respondenten.

De empirische bevindingen bevestigen deels het inzicht dat seksueel grensoverschrijdend gedrag genormaliseerd wordt in de gezondheidszorg (Nielsen et al., 2017). Uit de empirische bevindingen blijkt dat enkele respondenten het gevoel hebben dat seksueel grensoverschrijdend gedrag genormaliseerd wordt omdat er te weinig over gesproken wordt. Een ander deel van de respondenten geeft aan niet het idee te hebben dat seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt genormaliseerd binnen de gezondheidszorg. Deze respondenten voelen zich vrij om hun verhalen te delen en voelen zich gehoord op het moment dat ze hun verhalen delen. De empirische bevindingen bevestigen een werkcultuur waarbinnen seksueel grensoverschrijdend gedrag soms gebagatelliseerd wordt, vooral wanneer mannen seksueel grensoverschrijdend gedrag ervaren.

5.3.2 Tegendenken

De empirische bevindingen contrasteren met het inzicht uit de literatuur dat zorgverleners vinden dat seksueel grensoverschrijdend gedrag bij hun werk hoort (Huebner, 2008; Nielsen et al., 2017). Geen van de respondenten heeft aangegeven te vinden dat seksueel grensoverschrijdend gedrag bij de werkzaamheden van een zorgverlener hoort. De respondenten hebben aangegeven dat zij zich binnen hun rol als zorgprofessional niet gerespecteerd voelen op het moment dat zij seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaken. Ze ervaren seksueel grensoverschrijdend gedrag als vervelend, respectloos en 'niet normaal', aangezien zij hun werkzaamheden proberen uit te oefenen waarbij de cliënten over hun grenzen heengaan.

5.3.3 Omdenken

De bevindingen uit de literatuur over de normalisatie van seksueel grensoverschrijdend gedrag komen dus niet geheel overeen met de empirische bevindingen, zoals hierboven beschreven. De respondenten zien seksueel grensoverschrijdend gedrag niet als iets wat erbij hoort. Het antwoord van de respondenten lijkt hierin overeenkomstig met een beweging van de-normalisatie van seksueel grensoverschrijdend gedrag in de samenleving. De 'MeToo' beweging uit 2017 heeft volgens Airey (2018) bijgedragen aan het feit dat seksueel grensoverschrijdend gedrag en agressie tegen vrouwen uit de schaduwen werd gehaald, en hierdoor niet langer als normaal werd gezien. De literatuur van Huebner (2008) en Nielsen et al. (2017) waarin werd beschreven dat veel verpleegkundigen seksueel grensoverschrijdend gedrag ervaren als iets wat bij hun werk hoort, is afkomstig uit 2008 en 2017. Aangezien de 'MeToo' beweging in 2017 plaatsvond en een groot effect heeft gehad op het bewustzijn rondom dit onderwerp, is denkbaar dat de uitkomsten van de onderzoeken van Huebner (2008) en Nielsen et al. (2017) andere uitkomsten hadden gehad indien ze recenter zouden zijn uitgevoerd.

Het vergrote bewustzijn rondom het onderwerp is volgens Airey (2018) een belangrijke factor voor het de-normaliseren van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Dit wordt bevestigd door respondenten A (man) en B (vrouw). Zij geven aan dat er binnen hun team niet genoeg over seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt gesproken, waardoor het onder de oppervlakte blijft en kan blijven bestaan. Volgens de respondenten is het belangrijk om hier open over te zijn, zodat met elkaar steeds meer bewustwording kan plaatsvinden dat het gedrag niet normaal is. Meer bewustzijn omtrent het onderwerp zorgt er ook voor dat zorgverleners die het

gedrag hebben meegemaakt, beter geholpen en ondersteund kunnen worden. Daarbij kunnen werknemers en studenten beter beschermd worden tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag op het moment dat hier openlijk over gesproken wordt (Grigorovich & Kontos, 2019). Hiervoor is, volgens Grigorovich en Kontos (2019) en Ross et al. (2019) een cultuurverandering nodig in hoe we naar seksueel grensoverschrijdend gedrag kijken. Het de-normaliseren hiervan, zoals beschreven door Airey (2018), vormt hierin een eerste stap.

5.4 Discussie van de resultaten in het licht van de probleemstelling

Zoals benoemd aan het begin van het onderzoek, is er een kennislacune over de relatie tussen gender en de beleving van seksueel grensoverschrijdend gedrag en de invloed hiervan op het creëren en in stand houden van goede zorgrelaties. In deze paragraaf worden de resultaten besproken in het licht van de wetenschappelijke probleemstelling. Zoals beschreven door Celik en Celik (2007), is seksueel grensoverschrijdend gedrag een paraplueterm waaronder alle gedragingen van seksuele aard vallen die over de grens van een persoon kunnen gaan. Dit heeft als gevolg dat het per persoon kan verschillen of iets als seksueel grensoverschrijdend wordt ervaren of niet. De ambiguïteit over wat er onder seksueel grensoverschrijdend gedrag valt, werd ook duidelijk in de reacties van de respondenten. Meerdere respondenten hebben aangegeven dat onduidelijkheid over wat er wel en niet onder seksueel grensoverschrijdend gedrag valt, invloed heeft op hoe ze met dit gedrag omgaan. Zo spreken sommige respondenten cliënten niet aan wanneer het gedrag gevoelsmatig op het randje zit. De respondenten twijfelen in zo'n geval of het gedrag 'erg' genoeg is om wat van te zeggen.

Volgens Bruschini et al. (2023) is het ervaren van seksueel grensoverschrijdend gedrag sterk gebonden aan de context. Hierbij kan gedacht worden aan contextuele factoren zoals het land, de cultuur en het soort zorg. Dit onderzoek heeft vond plaats binnen centra voor seksuele gezondheid in Nederland, waarbij respondenten van hbo-niveau zijn geïnccludeerd. Een onderzoek met een vergelijkbare onderzoeksvraag in een ander land, andere sector of met een ander opleidingsniveau van respondenten, leidt hoogstwaarschijnlijk tot andere resultaten. Om deze reden kunnen de resultaten uit dit onderzoek niet gegeneraliseerd worden.

Lagro-Janssen en Teunissen (2019) benadrukten de noodzaak voor meer gendersensitiviteit in de gezondheidszorg. Uit de empirische resultaten blijkt dat gender op sommige vlakken en rol lijkt te spelen in het ervaren en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Daarnaast blijkt uit de empirische resultaten dat ook seksuele voorkeur een belangrijke rol speelt bij seksueel grensoverschrijdend gedrag. Daarbij hebben onderzoeken van Hehman et al. (2022) en Kessler et al. (2023) aangetoond dat ook het gender van de dader van seksueel grensoverschrijdend gedrag een rol speelt in het ervaren van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Aanvullend onderzoek naar de rol van seksuele voorkeur en het gender van de dader binnen de seksuele gezondheidszorg is nodig, zodat meer duidelijkheid wordt verkregen over hoe de respondenten het seksueel grensoverschrijdend gedrag ervaren vanuit cliënten wiens seksuele voorkeur niet overeenkomt met het gender van de respondent. Zoals beschreven door Lagro-Janssen en Teunissen (2019), is een gender sensitieve benadering hierbij van belang.

6. Conclusie

Met behulp van de deelvragen zoals besproken in hoofdstuk twee, vier en vijf, wordt in dit hoofdstuk de hoofdvraag beantwoord: *'Hoe verhoudt gender zich tot het ervaren van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in de gezondheidszorg, welke inzichten biedt de zorgethische literatuur over de concepten gendernormativiteit en macht in de omgangsvormen binnen zorgpraktijken en wat kunnen we vanuit empirisch onderzoek en de theorie leren over de relatie tussen gender en seksueel grensoverschrijdend gedrag en de invloed hiervan op het creëren en in stand houden van goede zorgrelaties?'*

6.1 Conclusie

Uit het onderzoek blijkt dat gender zich op verschillende manieren verhoudt ten opzichte van het ervaren van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in de gezondheidszorg. Enerzijds blijkt uit de empirische resultaten dat de respondenten gendernormativiteit ervaren tijdens hun werk, maar ook in hoe zij omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Dit komt overeen met de bevindingen uit de literatuur. Daarbij gaven sommige respondenten aan te reageren op seksueel grensoverschrijdend gedrag op de manier die vanuit de maatschappij van hen verwacht wordt. Stereotypes over zorgverleners, gebaseerd op gender, werden ook ervaren door de respondenten. Mannelijke respondenten gaven aan dat seksueel grensoverschrijdend gedrag richting mannen vaak gebagatelliseerd wordt. Deze bevindingen zijn overeenkomstig met de bevindingen uit de literatuur.

Gender lijkt echter niet altijd van invloed op het ervaren van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag. De gevoelens van angst, twijfel, schaamte en ongemak werden door zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten ervaren. Ook de keuze om het gedrag van de cliënt te begrenzen of te negeren, is niet afhankelijk van het gender van de respondent. Een relatie tussen gender, de ervaring van seksueel grensoverschrijdend gedrag en de invloed op zorgrelaties is ook niet direct aantoonbaar. Zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten hebben aangegeven dat zij zichzelf gereserveerder opstellen en minder ruimte geven aan de cliënt wanneer ze seksueel grensoverschrijdend gedrag ervaren. Mogelijk heeft dit gevolgen voor de zorgrelatie, ondanks dat de eerste drie fases van zorg alsnog kunnen worden doorlopen. De zorgrelatie komt echter in het gedrang bij de vierde en de vijfde fase van zorg, waarbij de zorgvraag van de cliënt mogelijk niet volledig wordt beantwoord doordat hier minder ruimte voor ontstaat. Ook bestaat hier het risico dat de zorgverlener niet voldoende ondersteund wordt na het seksueel grensoverschrijdend gedrag te hebben meegemaakt, waardoor het welzijn van de zorgverlener op het spel staat.

Uit de literatuur blijkt dat seksueel grensoverschrijdend gedrag veelal gezien wordt als iets wat bij het werken in de gezondheidszorg hoort. De empirische resultaten tonen aan dat de respondenten het gevoel hebben dat er op de werkvloer te weinig over seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt gesproken, maar dat zij geen van allen vinden dat het bij de werkzaamheden hoort. Wel ervaren met name de mannelijke respondenten dat het gedrag gebagatelliseerd wordt. Daarbij vermelden ze ook dat de manier waarop zij zelf met dit gedrag omgaan, bij kan dragen aan het bagatelliseren doordat ze het zelf ook minder serieus nemen. Het feit dat mannen seksueel grensoverschrijdend gedrag minder serieus nemen, lijkt deels te komen vanuit de normen vanuit de maatschappij over hoe mannen zich zouden moeten gedragen.

Uit de empirische resultaten blijkt dat seksuele voorkeur in verhouding staat tot seksueel grensoverschrijdend gedrag. Seksueel grensoverschrijdend gedrag lijkt nagenoeg alleen voor te komen vanuit cliënten wiens seksuele voorkeur in overeenstemming is met het gender van de respondent. Daarbij blijkt dat er binnen de gay community lossere gedragsnormen van kracht zijn, die er volgens de respondenten toe leiden dat er binnen de community meer seksueel grensoverschrijdend gedrag plaatsvindt. Naast seksuele voorkeur blijkt uit de zorgethische discussie dat ook het gender van de dader een belangrijke rol speelt in het ervaren van en

omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Uit de zorgethische discussie blijkt ook dat respondenten verschillende lichamelijke signalen ervaren op het moment dat ze seksueel grensoverschrijdend gedrag meemaken. Meer bewustwording over deze lichamelijke signalen kan bijdragen aan het feit dat zorgverleners hun eigen grenzen beter leren aanvoelen.

6.2 Beperkingen

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Een eerste tekortkoming van het onderzoek is dat er alleen cis mannen en cis vrouwen geïnccludeerd zijn in het onderzoek. De onderzoeker heeft geen respondenten met andere genderidentiteiten kunnen werven. Omdat het onderzoek zich specifiek richt op gender, is hierdoor mogelijk andere waardevolle input niet verzameld. Op basis van dit onderzoek kan dan ook alleen iets gezegd worden over de ervaringen van cis mannen en cis vrouwen, en niet over andere genderidentiteiten.

Een tweede tekortkoming van dit onderzoek is dat alleen het perspectief van de zorgverleners is belicht. Zoals in de discussie besproken, hebben de respondenten de indruk dat de cliënten die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen, zich niet direct kwetsbaar voelen. Doordat er vanuit het perspectief van de zorgverleners wordt geredeneerd, ontstaan dergelijke aannames die niet getoetst kunnen worden.

Een derde tekortkoming van dit onderzoek is dat de resultaten, discussie en conclusie van het onderzoek naderhand niet zijn teruggekoppeld aan de respondenten. Een zogeheten *member check* kan bijdragen aan de validiteit van het onderzoek omdat op deze wijze gecontroleerd wordt of de bevindingen van de onderzoeker overeenkomstig zijn met hoe de respondenten het hebben ervaren (Birt et al., 2016).

6.3 Aanbevelingen

In dit onderzoek is de relatie tussen gender en het ervaren van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag onderzocht, waarbij gefocust werd op het perspectief van de zorgverleners. Aanvullend onderzoek naar de rol van seksuele voorkeur en het gender van de dader binnen de seksuele gezondheidszorg is nodig, zodat meer duidelijkheid wordt verkregen over hoe de respondenten het seksueel grensoverschrijdend gedrag ervaren vanuit cliënten wiens seksuele voorkeur niet overeenkomt met het gender van de respondent. Zoals beschreven door Lagro-Janssen en Teunissen (2019), is een gender sensitieve benadering hierbij van belang. Daarbij is aanvullend onderzoek nodig waarin ook andere genderidentiteiten worden geïnccludeerd, zodat deze groepen minderheden ook een podium krijgen waarbij hun ervaringen als belangrijk en waardevol worden beschouwd.

Praktische aanbevelingen op basis van dit onderzoek zijn vooral gericht op de organisaties van centra voor seksuele gezondheid. Een deel van de respondenten voelt zich niet bekwaam om cliënten aan te spreken op seksueel grensoverschrijdend gedrag. Daarbij zorgt ambiguïteit over wat nu wel en niet onder seksueel grensoverschrijdend gedrag valt, vaak voor twijfel bij de respondenten. De respondenten geven een jaarlijkse trainingen over seksueel grensoverschrijdend gedrag als waardevol te beschouwen. Extra aandacht binnen deze trainingen voor de lichamelijke reacties bij seksueel grensoverschrijdend gedrag kan ervoor zorgen dat de respondenten steeds beter kunnen herkennen wat voor hun seksueel grensoverschrijdend is. Daarbij zou een richtlijn vanuit de organisatie kunnen helpen om ervoor te zorgen dat voor iedereen duidelijk is wat er wel en niet onder seksueel grensoverschrijdend gedrag geschaald wordt.

6.4 Zorgethische positie onderzoeker

Het erkennen van de eigen positie van de onderzoeker is belangrijk binnen de zorgethiek, omdat kennis van het goede afhankelijk is van context, cultuur, posities en omstandigheden (Van Nistelrooij, 2022a). Ik als onderzoeker ben zelf gevormd door mijn eigen context en ervaringen, welke invloed kunnen hebben op hoe ik

kijk naar de resultaten en welke conclusies ik hieraan verbind. Ik ben een vijfentwintigjarige, Nederlandse cis vrouw, werkzaam als verpleegkundige binnen de seksuele gezondheidszorg en bevoorrecht om mijn master te kunnen volgen. Mijn eigen ervaringen als verpleegkundige met seksueel grensoverschrijdend gedrag maakten dat ik voorafgaand aan het onderzoek verwachtingen had over de resultaten die uit het onderzoek zouden komen. Door mijzelf hier bewust van te zijn en deze te noteren en aan de kant te schuiven, heb ik geprobeerd om tijdens het onderzoek een zo open mogelijke houding aan te nemen. Deze vooronderstellingen zijn opgenomen in bijlage drie.

Literatuur

- Airey, J.L. (2018). “#MeToo.” *Tulsa Studies in Women’s Literature*, 37(1), 7–13.
- Aranda, M., Del Rosario Castillo-Mayén, M., & Montes-Berges, B. (2015). Has Changed the Traditional Social Perception on Nurses? Attribution of Stereotypes and Gender Roles. *Acción Psicológica/Acción Psicológica*, 12(1), 103–112. <https://doi.org/10.5944/ap.12.1.14353>
- Atkinson, L. Z., & Cipriani, A. (2018). How to carry out a literature search for a systematic review: a practical guide. *BJPsych Advances*, 24(2), 74–82. <https://doi.org/10.1192/bja.2017.3>
- Beauvoir, S. de & Hardenberg, J. (2015). *De tweede sekse* (Complete editie).
- Berends, N. (2023, 25 juli). *Man in de verpleging Finn: ‘Ook mannen zijn slachtoffer van grensoverschrijdend gedrag’*. Nursing.nl | Nursing Voor Verpleegkundigen. <https://www.nursing.nl/werk/de-verpleegkundige/man-in-de-verpleging-finn-ook-mannen-zijn-slachtoffer-van-grensoverschrijdend-gedrag/>
- Bergman, R. (2004). Caring for the ethical ideal: Nel Noddings on moral education. *Journal Of Moral Education*, 33(2), 149–162. <https://doi.org/10.1080/0305724042000215203>
- Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C., & Walter, F. (2016). Member checking. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1802–1811. <https://doi.org/10.1177/1049732316654870>
- Blanc, A., Díaz-Batanero, C., Sánchez-García, M., & Dacosta, D. (2023). Comparison of Different Sexual Behaviors According to Sexual Orientation and the Mediating Role of Attitudes toward Sexual Behaviors between Sexual Orientation and Sexual Behaviors in Young Adults. *International Journal of Sexual Health*, 35(2), 284–295. <https://doi.org/10.1080/19317611.2023.2193596>
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. L. (2023). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Meppel: Boom uitgevers.
- Bowen, G. A. (2020). *Sensitizing concepts*. London, UK: SAGE Publications Limited.
- Brady, A., & Schirato, T. (2011). *Understanding Judith Butler*. <https://doi.org/10.4135/9781446269183>
- Bruschini, M.M., Hediger, H., & Busch, A. (2023). Patients’ sexual harassment of nurses and nursing students: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5, 100121. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100121>
- Burston, A.S., & Tuckett, A.G. (2012). Moral distress in nursing. *Nursing Ethics*, 20(3), 312–324. <https://doi.org/10.1177/0969733012462049>
- Butler, J. (1999). *Gender Trouble: Feminism and the subversion of identity* (3de dr.).
- Celik, Y. & Celik, S. (2007). Sexual harassment against nurses in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*. 39(2), 200-206 doi: 10.1111/j.1547-5069.2007.00168.x
- CGMV-vakorganisatie voor christenen, CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn, HCF Nederland, NU’91, RMU Sector Gezondheidszorg en Welzijn ‘Het Richtsnoer’, & V&VN. (2015). Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden. Geraadpleegd via www.venvn.nl.
- Chang, H.E., & Jeong, S. (2021). Male nurses’ experiences of workplace gender discrimination and Sexual harassment in South Korea: a qualitative study. *Asian Nursing Research*, 15(5), 303–309. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2021.09.002>
- Cijfers en trends - Werknemers - Monitor arbeid*. (2024, Maart 13). Monitor Arbeid. <https://monitorarbeid.tno.nl/cijfers-en-trends/werknemers/>
- Clair, R.P. (1998). *Organizing silence: A world of possibilities*. Albany, NY: State University of New York.
- Connell, R.W. 2005. *Masculinities*. 2nd ed. London: Polity.
- Creswell, J.W., & Poth, C.N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (Fourth edition). Sage.
- Dartel, H. van (Johannes N. G. M., & Molewijk, B. (2014). *In gesprek blijven over goede zorg: Overlegmethoden voor moreel beraad*. Meppel: Boom uitgevers.
- Dougherty, D.S., Baiocchi-Wagner, E.A., & McGuire, T. (2011). *Managing Sexual Harassment through Enacted*

- Stereotypes: An Intergroup perspective. *Western Journal of Communication*, 75(3), 259–281. <https://doi.org/10.1080/10570314.2011.571654>
- Grigorovich, A., & Kontos, P. (2019). Problematizing Sexual Harassment in Residential Long-Term Care: The Need for a More Ethical Prevention Strategy. *Canadian Journal On Aging*, 39(1), 117–127. <https://doi.org/10.1017/s0714980819000199>
- Gutek, B.A. and Morasch, B. (1982). Sex-Ratios, Sex-Role Spillover and Sexual Harassment of Women at Work. *Journal of Social Issues* 38: 55-74.
- Hamington, M. (2012) Care ethics and corporeal inquiry in patient relations, *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 5(1): 52-69
- Hamington, M. (2015) Care Ethics and Engaging Intersectional Difference through the Body, *Critical Philosophy of Race* 3(1): 79–100. <https://doi.org/10.5325/critphilrace.3.1.0079>
- Helman, J.A., Salmon, C.A., Pulford, A., Ramirez, E., & Jonason, P.K. (2022). Who perceives sexual harassment? Sex differences and the impact of mate value, sex of perpetrator, and sex of target. *Personality And Individual Differences*, 185, 111288. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111288>
- Hooks, B. (2004). *The will to change: Men, Masculinity, and Love*. Simon and Schuster.
- Hu, Y., Ellis, R. J., Hewitt, D. B., Yang, A. D., Cheung, E. O., Moskowitz, J. T., Potts, J. R., Buyske, J., Hoyt, D. B., Nasca, T. J., & Bilimoria, K. Y. (2019). Discrimination, abuse, harassment, and burnout in surgical residency training. *The New England Journal of Medicine*, 381(18), 1741–1752. <https://doi.org/10.1056/nejmsa1903759>
- Huebner, L. C. (2008). It Is Part of the Job: Waitresses and Nurses Define Sexual Harassment. *Sociological Viewpoints*, 24, 75. <https://www.questia.com/library/journal/1P3-1641398291/it-is-part-of-the-job-waitresses-and-nurses-define>
- Hyde, J. S., Bigler, R. S., Joel, D., Tate, C. C., & Van Anders, S. M. (2019). The future of sex and gender in psychology: Five challenges to the gender binary. *American Psychologist* / *The American Psychologist*, 74(2), 171–193. <https://doi.org/10.1037/amp0000307>
- Johnson, J. L., Greaves, L., & Repta, R. (2007). *Better science with sex and gender: A primer for health research*. Women's Health Research Network Vancouver, BC. doi:10.1080/17441692.2015.1014826
- Johnson, L. & Repta, R. (2012). Sex and Gender: Beyond the Binaries. In *SAGE Publications, Inc. eBooks* (pp. 17–38). <https://doi.org/10.4135/9781452230610.n2>
- Kahsay, W. G., Negarandeh, R., Nayeri, N. D., & Hasanpour, M. (2020). Sexual harassment against female nurses: a systematic review. *BMC Nursing*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00450-w>
- Kara, D., & Toygar, S.A. (2018). Gender Differences in Attitudes Toward Sexual Harassment of Health Care Employees: A Turkish Case Study. *Journal Of Interpersonal Violence*, 34(17), 3574–3591. <https://doi.org/10.1177/0886260518815711>
- Kessler, A.M., Kennair, L.E.O., Grøntvedt, T.V., & Bendixen, M. (2023). The Influence of Prototypical #MeToo Features on the Perception of Workplace Sexual Harassment Across Gender Identity and Sexual Orientation (LGBTQ +). *Sexuality Research & Social Policy/Sexuality Research And Social Policy*. <https://doi.org/10.1007/s13178-023-00850-y>
- Kim, M., Kim, T., Tilley, D.S., Kapusta, A., Allen, D., & Cho, H.S.M. (2018). Nursing Students' Experience of Sexual Harassment During Clinical Practicum: A Phenomenological Approach. *Korean Journal Of Women Health Nursing/Yeoseong Geon'gang Ganho Hag'hoeji/Yeoseong Geon-gang Ganho Hakoeji*, 24(4), 379. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2018.24.4.379>
- Lagro-Janssen, A.L.M., & Teunissen, T.A.M. (2019). Gendersensitieve geneeskunde. In *Praktische huisartsgeneeskunde* (pp. 79–89). https://doi.org/10.1007/978-90-368-2409-5_5
- Landeweer, E. G. M., Abma, T. A., & Widdershoven, G. A. M. (2010). The Essence of Psychiatric Nursing. *Advances in Nursing Science*, 33(4), E31–E42. <https://doi.org/10.1097/ans.0b013e3181fb2ef9>
- Leget, C., van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2019). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, 26(1), 17-25. <https://doi.org/10.1177/0969733017707008>

- Lindemann, H. (2019). *An Invitation to Feminist Ethics*. Oxford University Press.
- Lu, L., Dong, M., Lok, G.K., Feng, Y., Wang, G., Ng, C.H., Ungvári, G.S., & Xiang, Y.T. (2020). Worldwide prevalence of sexual harassment towards nurses: A comprehensive meta-analysis of observational studies. *Journal of Advanced Nursing*, 76(4), 980–990. <https://doi.org/10.1111/jan.14296>
- Lucero, M.A., Allen, R.E., & Middleton, K.L. (2006). Sexual Harassers: Behaviors, Motives, and Change Over Time. *Sex Roles*, 55(5–6), 331–343. <https://doi.org/10.1007/s11199-006-9087-y>
- McDonald, J. (2012). Conforming to and Resisting Dominant Gender Norms: How Male and Female Nursing Students Do and Undo Gender. *Gender, Work And Organization*, 20(5), 561–579. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2012.00604.x>
- Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2024, Maart 6). *Hoe gender(on)gelijk is Nederland? Het structurele probleem van seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel geweld*. Nieuwsbericht | College Voor De Rechten Van De Mens. <https://www.mensenrechten.nl/actueel/nieuws/2023/02/08/hoe-genderongelijk-is-nederland-het-structurele-probleem-van-seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-en-seksueel-geweld>
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. (2023, Januari 13). *Over de RCGOG*. RCGOG. <https://www.rcgog.nl/over-de-rcgog>
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2023, Augustus 24). *TNO/CBS - Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA)*. Externe Bronnen | Arboportaal. <https://www.arboportaal.nl/externe-bronnen/publicaties/nationale-enquete-arbeidsomstandigheden>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023, november 6). *Rechten en plichten van zorgverlener*. AVG-Helpdesk Voor Zorg en Welzijn. <https://www.avghelpdeskzorg.nl/onderwerpen/rechten-en-plichten-zorgverlener>
- Moi, T. (1999). *What is a woman? And other essays*. Oxford University Press, USA. <https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=AtvC75->
- Nielsen, M.B.D., Kjær, S., Aldrich, P.T., Madsen, I.E.H., Friborg, M.K., Rugulies, R., & Folker, A.P. (2017). Sexual harassment in care work – Dilemmas and consequences: A qualitative investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.018>
- Noddings, N. (2015). Care ethics and “caring” organizations. In *Oxford University Press eBooks* (pp. 72–84). <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198716341.003.0005>
- NOS. (2017, December 7). Hoe een stil “me too” in 20 jaar uitgroeide tot krachtig #MeToo. NOS. <https://nos.nl/artikel/2206298-hoe-eeen-stil-me-too-in-20-jaar-uitgroeide-tot-krachtig-metoo>
- NOS. (2024, Maart 5). Meer meldingen van seksueel grensoverschrijdend gedrag in de zorg. NOS. <https://nos.nl/artikel/2511509-meer-meldingen-van-seksueel-grensoverschrijdend-gedrag-in-de-zorg>
- NOS. (2022, Januari 20). Wat heeft BOOS onthuld over The Voice en hoe gaat het verder? NOS. <https://nos.nl/collectie/13887/artikel/2413872-wat-heeft-boos-onthuld-over-the-voice-en-hoe-gaat-het-verder>
- O’Dea, C.J., & Saucier, D.A. (2020). Perceptions of racial slurs used by black individuals toward white individuals: Derogation or affiliation? *Journal of Language and Social Psychology*, 39, 678–700. <https://doi.org/10.1177/0261927X20904983>
- RTL Nieuws (2022, April 19) Ongewenst gedrag vooral in de zorg: “Schatje, wil jij me wassen?”. <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/5302946/ongewenste-seksuele-aandacht-van-klanten-patienten-1-op-5>
- Papantoniou, P. (2021). Are male nurses sexually harassed? A cross-sectional study in the Greek Health System. *BMC Nursing*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00656-6>
- Poyares, M. (2023). Patriarchy. In Duarte, M., Losleben, L. K., & Fjørtoft, K. (2023). Gender Diversity, Equity, and Inclusion in Academia. In *Routledge eBooks*. <https://doi.org/10.4324/9781003363590>

- Ross, S., Naumann, P., Hinds-Jackson, D., & Stokes, L. (2019). Sexual Harassment in Nursing: Ethical Considerations and Recommendations. *Online Journal of Issues in Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.3912/ojin.vol24no01man01>
- Scholcoff, C., Farkas, A., Machen, J.L., Kay, C., Nickoloff, S., Fletcher, K.E., & Jackson, J.L. (2020). Sexual Harassment of Female Providers by Patients: A Qualitative Study. *Journal of General Internal Medicine*, 35(10), 2963–2968. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06018-3>
- Smith, J.A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, method and research* (1ste dr.). SAGE.
- Stockdale, M.S. (2005). The sexual harassment of men: Articulating the approach/rejection distinction in sexual harassment motives. In J. E. Gruber, & P. Morgan (Eds.), *In the company of men: Rediscovering the links between sexual harassment and male domination* (pp. 117–142). Boston: Northeastern University Press.
- Tronto, J. C. (2013). *Caring Democracy: markets, equality, and justice*. <http://www.gbv.de/dms/sub-hamburg/730701522.pdf>
- Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries: a political argument for an ethic of care*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA2162887X>
- Van Der Meide, H. (2015). Het onthullen van ervaringen. *KWALON*, 18(1), 21–28. <https://doi.org/10.5553/kwalon/138515352015018001007>
- Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*. <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BB18122224>
- Van Nistelrooij I. (2022a) Basisboek zorgethiek. Heeswijk: Berne Media
- Van Nistelrooij, I. (2022b), The Fluidity Of Becoming. The Maternal Body in Feminist Views of Care, Worship and Theology, *Ethics of Care, Care Ethics, Religion, and Spiritual Tradition*, 13: 159-194
- Van Nistelrooij, I. (2021). *Utrechtse zorgethici werken visie nader uit - Zorgethiek.nu*. Zorgethiek.nu. <https://www.zorgethiek.nu/utrechtse-zorgethici-werken-visie-nader-uit/>
- Van Reenen, E., & Van Nistelrooij, I. (2017). A spoonful of care ethics: The challenges of enriching medical education. *Nursing Ethics*, 26(4), 1160–1171. <https://doi.org/10.1177/0969733017747956>
- Vanwesenbeeck, I. (2020). Sociale perspectieven op gender en seks: Verworvenheden en uitdagingen. *Tijdschrift voor seksuologie*. 44(2), 58-67.
- Vargas, E.A., Brassel, S.T., Cortina, L.M., Settles, I.H., Johnson, T.R., & Jagsi, R. (2020). #MedToo: A Large-Scale Examination of the Incidence and Impact of Sexual Harassment of Physicians and Other Faculty at an Academic Medical Center. *Journal of Womens Health*, 29(1), 13–20. <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.7766>
- Viglianti E.M., Oliverio A.L., Meeks L.M. (2018) Sexual harassment and abuse: when the patient is the perpetrator. *Lancet*. 392(10145), 368-70. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31502-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31502-2).
- Vosman, M. (2017). *We should look for fellow travelers*. Via: <https://ethicsofcare.org/look-fellow-travelers/>
- Walker, M. U. (2006). *Moral repair*. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511618024>
- Weber, A.M., Cislighi, B., Meausoone, V., Abdalla, S., Mejía-Guevara, I., Loftus, P., Hallgren, E., Seff, I., Stark, L., Victora, C.G., Buffarini, R., Barros, A.J.D., Domingue, B.W., Bhushan, D., Gupta, R., Nagata, J.M., Shakya, H.B., Richter, L., Norris, S.A., . . . Gupta, G.R. (2019). Gender norms and health: insights from global survey data. *Lancet*, 393(10189), 2455–2468. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30765-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30765-2)
- Williams, C.L. (1995) *Still a Man's World*. Berkeley and Los Angeles, CA: University of California Press.

Bijlage 1 - Planning

Tijd	Gebeurtenis
Maart	<ul style="list-style-type: none">- Inleveren onderzoekopzet poging 2 😊- Verder werken aan TK
April	<ul style="list-style-type: none">- TK afmaken- Interviews voorbereiden- Participanten selecteren- Interviews afnemen & transcriberen
Mei	<ul style="list-style-type: none">- Data analyseren- Emprisch hoofdstuk schrijven- Verbinding maken tussen theorie en empirie
Juni	<ul style="list-style-type: none">- Verbindend hoofdstuk afmaken- Discussie + conclusie - 28 juni: Inleveren thesis.

Bijlage 2: Topiclijst

In dit onderzoek wil ik kijken naar een eventuele relatie tussen de ervaring van seksueel grensoverschrijdend gedrag en gender. Kun je me vertellen hoe jij jezelf identificeert?

Ervaringen

Kun je me vertellen over je ervaringen waarin je te maken hebt gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit een patiënt of cliënt tijdens je werk in de publieke gezondheidszorg?

- Hoe voelde je je tijdens deze ervaring?
- Heeft deze ervaring je zorgrelatie beïnvloed met die patiënt of cliënt? En in hoeverre?
- Wat maakte dat je de zorgrelatie wel of niet kon voortzetten?
- En hoe zag 'goede zorg' er toen uit?

Invloed gender

Denk je dat gender van invloed is geweest op het seksueel grensoverschrijdend gedrag wat je hebt meegemaakt (zowel gender van de zorgvrager als jouw gender)?

- Denk je dat gender een rol speelde in hoe je werd behandeld of benaderd?
- Zo ja, hoe ziet die invloed eruit?

Denk je dat je het anders had ervaren als jij een ander gender had gehad of als de zorgvrager een ander gender had gehad?

Gender gerelateerde verwachtingen

Denk je dat bepaalde gendergerelateerde verwachtingen of stereotypes hebben bijgedragen aan het seksueel grensoverschrijdend gedrag dat je hebt ervaren?

Bijvoorbeeld: denk je dat bepaalde ideeën over mannelijkheid of vrouwelijkheid hebben geleid tot het gedrag van de dader?

- Heb je zelf bepaalde ideeën over mannelijkheid of vrouwelijkheid in hoe je zou moeten reageren in zo'n situatie?
- Beïnvloeden deze ideeën hoe je zelf met zo'n situatie omgaat?
- Waar heb je deze ideeën geleerd of opgedaan?
- Ben je je bewust van deze ideeën over jezelf in je werkzaamheden en dagelijks leven?

Omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag

Hoe ben je omgegaan met het seksueel grensoverschrijdend gedrag? Denk je dat er specifieke coping mechanismen waren die verband hielden met jouw gender?

- Wat heb je gedaan tijdens of na het seksueel grensoverschrijdend gedrag?
- In hoeverre was je tevreden over je handelen?
- Zou je het de volgende keer weer zo doen?
- Denk je dat mensen met een ander gender het anders zouden doen?

Hulp

Heb je jouw ervaring met seksueel grensoverschrijdend gedrag gedeeld met anderen?

- Hoe was de reactie van anderen?
- Denk je dat deze reactie anders was geweest bij een ander gender?

Heb je hulp kunnen krijgen na het ervaren van seksueel grensoverschrijdend gedrag?

- Hoe zag deze hulp eruit?
- Heb je het gevoel dat je hierin werd begrepen?
- Heb je het gevoel dat gender een rol heeft gespeeld in deze hulp? Dus dat er anders naar zou worden gekeken als je je als een ander gender had geïdentificeerd?

Aanvullende factoren

Denk je dat er nog meer dingen meespelen in hoe jij omgaat met seksueel grensoverschrijdend gedrag?

- Welke factoren zijn dit?

Bijlage 3: Reflectief logboek

28-04

Morgen ga ik mijn eerste interview afnemen, spannend! Mijn eerste respondent is een man. Ik ben benieuwd naar de resultaten. De aanleiding voor dit onderzoek was natuurlijk mijn eigen ervaring met seksueel grensoverschrijdend gedrag, waarbij het me opviel dat mijn mannelijke collega hier heel anders op reageerde dan mijn vrouwelijke collega's. Het leek bijna of hij het heftiger vond, en dat het onder mijn vrouwelijke collega's als normaal werd gezien. Ik verwacht dergelijke resultaten eigenlijk ook uit mijn onderzoek, maar ik probeer me hier bewust van te zijn en deze verwachtingen opzij te zetten om morgen met zo'n open mogelijke houding het interview af te nemen.

29-04

Mijn eerste interview is afgenomen, het was een interessant gesprek met veel input vanuit de respondent. Toen ik het interview ging uittypen, betrapte ik mezelf erop soms wat sturende vragen te hebben gesteld. In het volgende interview ga ik hier extra op letten om dit te voorkomen.

03-05

Ik heb afgelopen week vier interviews afgenomen, met twee mannelijke respondenten en twee vrouwelijke respondenten. Er lijkt tot nu toe weinig verband tussen gender en het ervaren van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag, terwijl ik eigenlijk van tevoren wel verwacht had een onderscheid te zien op basis van gender.

10-05

Vandaag heb ik het laatste interview afgenomen. Ik heb het idee dat de resultaten op dit moment redelijk verzadigd zijn, aangezien ik vandaag niet veel nieuwe dingen meer heb gehoord. Opvallend uit dit interview en het interview van 02-05 is de rol tussen seksuele voorkeur en het ervaren van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Ik was deze invalshoek nog niet in de literatuur tegengekomen.

20-05

Alle interviews zijn inmiddels uitgetypt en ik ben begonnen met het analyseren van de resultaten. Het lijkt me toch beter om te wisselen naar de analysemethode van IPA ipv. RLA, omdat ik eigenlijk niet echt geïnteresseerd ben in de essentie van de ervaring van seksueel grensoverschrijdend gedrag, maar wil weten wat het ervaren van seksueel grensoverschrijdend gedrag betekent voor mijn respondenten en wat het met ze doet.