

‘Is allemaal mooi,

Amsterdam, november 2024

op papier.’

Handvatten Discriminatie en Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag in de Zorg

Dina Bousbaa
Saskia Duijs
Annegien Langedijk
Karen Nieuwenhuijsen
Petra Verdonk

In opdracht van Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn & Sport,
Directie Macro Economische
Vraagstukken en Arbeidsmarkt
(MEVA)

Amsterdam UMC afd. Ethiek, Recht
en Humaniora en
afd. Public and Occupational health
in samenwerking met Pharos

“Is allemaal mooi,
op papier.”



Handvatten discriminatie en seksueel
grensoverschrijdend gedrag

Auteurs

Dina Bousbaa MD. MA., d.bousbaa@amsterdamumc.nl

Dr. Saskia Duijs, s.duijs@amsterdamumc.nl

Annegien Langedijk Msc., a.langedijk@pharos.nl

Dr. Karen Nieuwenhuijsen, k.nieuwenhuijsen@amsterdamumc.nl

Dr. Petra Verdonk, p.verdonk@amsterdamumc.nl

Grafisch ontwerp en illustraties: Studio Ravenna Buijs

Amsterdam UMC, november 2024

<https://zenodo.org/uploads/13903044>

Grote dank aan alle deelnemers die de vragenlijst hebben ingevuld, interviews gaven, en deelnamen aan co-creatiesessies. Ook veel dank aan de zorgorganisaties voor hun ondersteuning en het verspreiden van de vragenlijsten, en veel dank aan de leden van de klankbordgroep. We hopen dat we jullie bijdragen zo goed mogelijk hebben verwoord.

Afdeling Ethiek, Recht en Humaniora

Afdeling Public Health & Occupational Health

Boelelaan 1089a F-vleugel

1181 HV Amsterdam



Inhoudsopgave¹

Samenvatting	4
Aanleiding	4
Belangrijkste aanbevelingen	4
Onderzoeksvraag en methoden	5
Belangrijkste conclusies	5
Belangrijkste bevindingen per deelvraag	9
Onderzoeksverantwoording	12
1. Inleiding	13
1.1 Structureel en geïnstitutionaliseerd ongewenst gedrag	13
1.2 Doelstelling en vraagstelling	13
2. Methoden	15
2.1 Overkoepelende methodiek	15
2.2 Literatuurstudie	16
2.3 Vragenlijst studie	17
2.4 Interviewstudie	19
2.5 Ontwikkeling advies	20
2.6 Reflecties op het project	20
3. Resultaten	22
3.1 Literatuurstudie	22
3.2 Vragenlijststudie	24
3.3 Interviewstudie	27
3.4 Co-creatie sessies	32
3.5 Reflecties op de bevindingen	34
4. Synthese: Aanbevelingen voor praktijk, beleid en onderzoek	36
4.1 Contextuele factoren	36
4.2 Aanbevelingen op organisatieniveau	37
4.3 Aanbevelingen voor de organisatie richting leidinggevenden	38
4.4 Aanbevelingen voor de organisatie richting zorgprofessionals	39
4.5 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	39
5. Eindconclusie	41
6. Referenties	42
7. Onderzoeksteam	44

1. *Bijlagen van dit rapport kunt u terugvinden in het document 'Bijlagen behorend bij rapport "Is allemaal mooi, op papier." Handvatten Discriminatie en Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag in de Zorg*

Samenvatting

AANLEIDING

Ongewenst gedrag op de werkvloer heeft een grote impact op de gezondheid en het werkplezier van zorgprofessionals. Medewerkers in de zorgsector hebben relatief vaak te maken met ongewenst gedrag waaronder ook discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag, zowel vanuit de organisatie (bijvoorbeeld door beleid, door leidinggevenden en collega's), als door cliënten/patiënten en/of familieleden van cliënten/patiënten. Zorgorganisaties hebben instrumenten, interventies en maatregelen (handvatten) nodig om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag te kunnen voorkómen en aanpakken.

Belangrijkste aanbevelingen

- 1** Houd rekening met de zorgcontext bij de uitvoering en inbedding van handvatten in de zorg. Contextuele factoren spelen een rol in hoe effectief handvatten zijn, zoals onregelmatige contactmomenten, werkdruk, verloop van zorgprofessionals en leidinggevenden, hoe zzp'ers worden ingezet, en het normaliseren van seksueel grensoverschrijdend gedrag in de zorg.
- 2** Op organisatieniveau zijn een duidelijke normstelling en implementatie van de visie in beleid en praktijk essentieel. Handvatten, zoals trainingen, worden niet alleen ingezet als reactie op incidenten, maar zijn onderdeel van consistent beleid in de organisatie.
- 3** Leidinggevenden maken verschil door actief optreden tegen discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag, door proactieve communicatie over normen, het geven van het goede voorbeeld, het creëren van een open leeromgeving en het herhaaldelijk agenderen van grensoverschrijdend gedrag tijdens overleggen.
- 4** Zorgprofessionals worden ondersteund om effectief te kunnen handelen en bij het gezamenlijk stellen van normen richting collega's, cliënten en naasten. Zorgprofessionals krijgen toegang tot training in diversiteits sensitief werken en bewustwordingsprogramma's. Er is specifieke aandacht voor gemarginaliseerde groepen in mentorprogramma's en zij worden betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van beleid.

ONDERZOEKSVRAAG

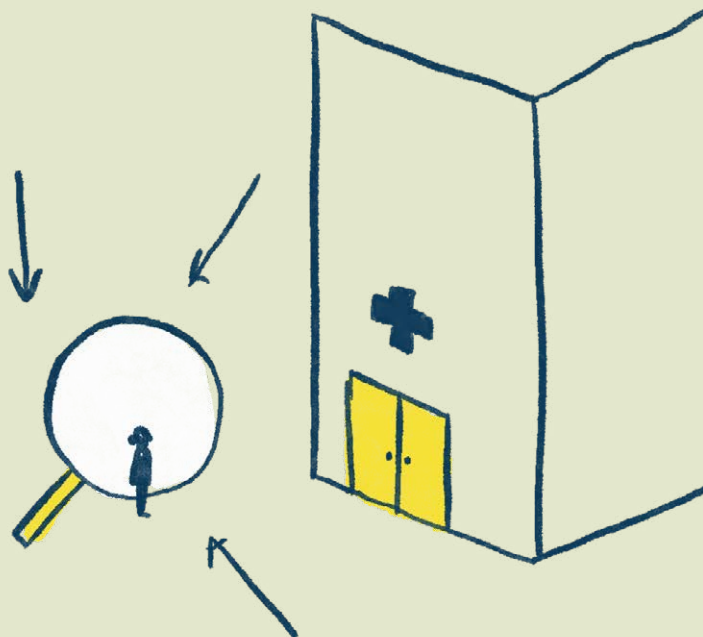
Welke tools, interventies en maatregelen (handvatten) kunnen werkgevers in zorg en welzijn inzetten ten behoeve van het voorkomen van, omgaan met en aanpakken van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer?

METHODEN

Dit onderzoek onder zorgprofessionals en werkgevers in de zorg bestaat uit: (1) literatuurstudie (115 artikelen), (2) een vragenlijst (N-1003/500), (3) een interviewstudie (N=12), en (4) twee co-creatie sessies (7 deelnemers).

Belangrijkste conclusies

- 1 Er is weinig bekend over de effectiviteit van handvatten binnen de zorg- en welzijnssector. De meeste beschikbare kennis richt zich voornamelijk op handvatten die zijn ontwikkeld en toegepast in academische medische centra





2

Er is bewijs dat trainingen tegen ongewenst gedrag als effectief worden ervaren door deelnemers. Het effect op gedrags- of organisatieverandering is niet bestudeerd.

3

Bevindingen wijzen op onvoldoende implementatie van beleid. Ontwikkeling, uitvoering en handhaving van beleid vergen actieve betrokkenheid van management, leidinggevend en zorgprofessionals.



4

De context van de zorg staat inzet van effectieve handvatten in de weg. Het is belangrijk dat expliciet rekening wordt gehouden met aspecten zoals werkdruk, onduidelijke hiërarchische lijnen en met barrières voor de implementatie richting tijdelijke medewerkers en zzp'ers.





5

Leidinggevendens spelen een belangrijke rol bij normstelling en het faciliteren van een open, lerende cultuur

6

De verantwoordelijkheid voor de aanpak van ongewenst gedrag ligt nu vaak bij de getroffene, die individuele oplossingen moet zoeken. Dit draagt bij aan normalisering van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag wat inzet van handvatten belemmert.



7

Naast handvatten zoals training en gevolgen voor daders is er ook behoefte aan een cultuur waarin soft skills zoals empathie, communicatie en het herkennen van subtiele vormen van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag worden aangeleerd.

Belangrijkste bevindingen per deelvraag

1

Welke behoeften hebben zorgprofessionals en werkgevers in zorg en welzijn als het gaat om tools, interventies en maatregelen die ingezet kunnen worden om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer aan te pakken?

VRAGENLIJST SAMENGEVAT

- Een meerderheid van de respondenten (62%) vindt dat organisaties meer moeten doen tegen discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag.
- Een kleiner percentage van de respondenten (18%) geeft aan dat maatregelen gericht op zorgontvangers wenselijk zijn; het merendeel (58%) pleit voor een aanpak die zowel gericht is op cliënten, de organisatie, als op collega's.

INTERVIEWSTUDIE SAMENGEVAT

- Er is behoefte aan proactieve maatregelen, niet alleen aan reactie op en nazorg bij incidenten.
- Er is behoefte aan terugkoppelingen na het melden van een incident
- Zorgprofessionals geven aan dat richtlijnen ingebed moeten zijn in een organisatiecultuur met heldere normen en waarden, waarbij de nadruk ligt op implementatie en handhaving.
- Deelnemers hechten veel belang aan goed leiderschap van leidinggevendenden.
- Naast formeel beleid zien zorgprofessionals graag dat de ontwikkeling van 'soft skills' zoals empathie en culturele competentie bij iedereen in de organisatie wordt bevorderd.
- Een cultuur van leren moet centraal staat binnen de werkomgeving.

2

Welke tools, interventies en maatregelen bestaan er om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer aan te pakken en welke daarvan zijn bewezen effectief?

In de literatuurstudie identificeren wij de volgende handvatten, samen met de bijbehorende evidentie

NIVEAU	TYPE HANDVAT	EVIDENTIE (GLOBAAL BEELD UIT LITERATUUR)
Micro	Implicit Bias, Assertiviteit en Bystander-training ¹	Als effectief ervaren door individuele deelnemers. Effectiviteit gedrags- of organisatieverandering niet bestudeerd
	Counseling en onafhankelijke vertrouwenspersoon <i>Gericht op herstel/nazorg</i>	Wordt geadviseerd. Effectiviteit gedrags- of organisatieverandering niet bestudeerd.
Meso	Diversiteitsnetwerken/ mentorschap	Wordt geadviseerd. Effectiviteit gedrags- of organisatieverandering niet bestudeerd
	Preventieve mechanismen bij grensoverschrijding <i>bv melding in het systeem</i>	Positief ervaren effect op individuele zorgverleners. Effectiviteit gedrags- of organisatieverandering niet bestudeerd
	Monitoren van ongewenst gedrag <i>bv camera's</i>	Effectief voor welbevinden van individuele zorgverleners. Geen bewezen effect op minder ongewenst gedrag
	Zero tolerance <i>publieke gevolgen voor plegers, behandelrelatie opzeggen</i>	Als effectief ervaren door individuele deelnemers. Effectiviteit gedrags- of organisatieverandering niet bestudeerd
Macro	Evaluatie beleid ongewenst gedrag <i>in organisatie</i>	Als effectief ervaren door individuele deelnemers. Effectiviteit gedrags- of organisatieverandering niet bestudeerd

3

Zijn er behoeften die geïnventariseerd worden waar nog geen aanbod voor bestaat en zou daarvoor iets ontwikkeld kunnen worden?

VRAGENLIJST SAMENGEVAT

- Een groot deel van alle respondenten weet niet of de beschikbare handvatten binnen hun organisatie worden toegepast (range 14-52%, als het bijvoorbeeld gaat om onafhankelijke vertrouwenspersoon weet 14% niet of deze wordt ingezet, als het gaat om training van leidinggevenden weet 52% niet of hij wordt ingezet).
- De volgende minder ingezette handvatten worden wel als werkzaam beschouwd: trainingen om discriminatie en grensoverschrijdend gedrag te herkennen en erop te reageren, het herkennen van eigen vooroordelen, en het organiseren van positieve ontmoetingen tussen zorgprofessionals van verschillende achtergronden.

CO-CREATIE SESSIES SAMENGEVAT

Voor het ontwikkelen van effectieve handvatten is het noodzakelijk dat zorgorganisaties en leidinggevenden:

- Duidelijke normen stellen tegen ongewenst gedrag. Dit vraagt om normatief handelen en het expliciet stellen van grenzen door de organisatie.
- Een open leeromgeving faciliteren waar grensoverschrijdend gedrag bespreekbaar gemaakt kan worden op een constructieve manier, samen met alle betrokkenen.

INTERVIEWSTUDIE SAMENGEVAT

- Volgens de deelnemers krijgt discriminatie en grensoverschrijdend gedrag bij het inwerken van nieuwe medewerkers nog te weinig aandacht.
- E-learningen missen veelal toegepaste, afdelingsspecifieke voorbeelden.
- Deelnemers hebben behoefte aan meer inzicht in de effectiviteit en relevantie van de aangeboden trainingen.
- Er is behoefte aan op maat gemaakte handvatten voor teams, op basis van samenstelling en contactmomenten.
- Soft skills zoals luisteren, communicatie, en reflectie zijn essentieel en verdienen een sterkere integratie in de handvatten.
- Er is behoefte aan beleid ontwikkeld samen met en door gemarginaliseerde groepen.

4

Welke van de geïnventariseerde tools, interventies en maatregelen sluiten het beste aan bij de ondersteuningsbehoeften van zorgprofessionals en werkgevers als het gaat om het voorkomen van, omgaan met, en aanpakken van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer in zorg en welzijn?

VRAGENLIJST SAMENGEVAT

Algemeen

- Beleid voor het melden van ongewenst gedrag wordt zowel door werkgevers (85%) als door zorgprofessionals (74%) als effectief ervaren.
- Het stellen van duidelijke normen door iedereen in de organisatie wordt zowel door werkgevers (86%) als door zorgprofessionals (72%) vaak als effectief ervaren.
- Trainingen tegen ongewenst gedrag en bystander-trainingen worden als effectief ervaren door een groot deel van de respondenten (respectievelijk 72% en 70%).

HET VERGELIJKEN VAN SUBGROEPEN

GROEP	KENMERKEN
G1	Intramuraal alle leeftijden HBO/WO-functie geen ervaring met discriminatie
G2	Intramuraal alle genders 40- alle functieniveaus wel ervaring met discriminatie
G3	Extramuraal vrouwen 40+ VMBO/MBO-functie
G4	Extramuraal alle genders alle leeftijden HBO/WO-functie
G5	Werkgevers: bestuurders, leidinggevend en andere professionals zoals HRM/arbo, vertrouwenspersoon, beleidsmedewerkers)

- Jonge zorgprofessionals die discriminatie hebben meegemaakt (G2) vinden trainingen tegen ongewenst gedrag minder vaak effectief (64%) dan hoogopgeleide zorgprofessionals zonder ervaring met discriminatie (G1) (76%).
- Duidelijk beleid voor het melden van ongewenst gedrag wordt relatief vaak als effectief ervaren (87%) door jonge zorgprofessionals die ervaring hebben met discriminatie (G2).
- Jonge zorgprofessionals die discriminatie hebben ervaren (G2) zijn vaker positief over de effectiviteit van gevolgen voor daders (64%) dan zorgprofessionals zonder die ervaring (53%).
- Werkgevers vinden publieke gevolgen voor daders het minst vaak effectief (47%).
- Werkgevers (G5) zijn over de hele linie positiever over de effectiviteit van de handvatten, dan zorgprofessionals zelf (bv. 83% vindt training tegen ongewenst gedrag effectief).
- Opvallend is dat de leidinggevend vaker dan medewerkers aangaven dat een maatregel in hun organisatie wordt ingezet.

Onderzoeksverantwoording

OOG VOOR VERSCHILLEN TUSSEN ZORGPROFESSIONALS

Ervaringen van zorgprofessionals met discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn niet allemaal hetzelfde. Deze worden gevormd door wie mensen zijn en hun positie in de organisatie. Behoeften aan maatregelen kunnen dus ook verschillen tussen zorgprofessionals. Daarom zijn verschillende groepen zorgprofessionals vergeleken waarin rekening is gehouden met kenmerken zoals gender, leeftijd, functieniveau, intramuraal/extramuraal werkend en ervaring met discriminatie.

PARTICIPATIEF ONDERZOEK

In dit onderzoek is samengewerkt met zorgprofessionals van diverse achtergronden uit verschillende sectoren (N=10 klankbordgroepleden). Zij participeerden in de opzet, uitvoering en analyse van de data gedurende N=2 klankbordgroep-bijeenkomsten. In de co-creaties sessies (N=2) participeerden daarnaast managers, HR-adviseurs en beleidsmedewerkers (N=7 deelnemers) om aanbevelingen te formuleren op basis van de empirische studies en hun eigen ervaring.

1. Inleiding

1.1 Structureel en geïnstitutionaliseerd ongewenst gedrag

Discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer heeft een grote impact op de gezondheid en het werkplezier van zorgprofessionals. Deze impact blijft niet beperkt tot degene op wie het gedrag gericht is, maar raakt alle betrokkenen en toeschouwers van het gedrag. Medewerkers in de zorgsector hebben relatief vaak te maken met discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag, zowel vanuit de eigen organisatie (collega's, leidinggevendenden) als vanuit cliënten/patiënten en van familieleden van cliënten/patiënten (NEA, 2022). Effectieve preventieve, reactieve of herstellende interventies zijn noodzakelijk, maar welke van deze interventies worden ingezet, en of ze effectief zijn, is niet bekend.

Er zijn vele vormen van ongewenst gedrag, waaronder verbaal en fysiek geweld, die grote impact hebben op werk gerelateerde vermoeidheid en dus op het welbevinden van werkenden en in het bijzonder op vrouwen (Verdonk et al., 2010). In dit project richten wij ons in het bijzonder op discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag, in de wetenschap dat vormen van ongewenst gedrag vaak gelijktijdig voorkomen en met elkaar samenhangen. Het tegengaan van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag valt onder de zorgplicht van organisaties. Mensen hebben het recht om niet gediscrimineerd te worden, dat geldt ook voor de werkplek (Ministerie van Algemene Zaken, 2024). Daarbij hebben discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag gevolgen voor verzuim en uitstroom van zorgprofessionals (Duijs, 2023). In een krappe arbeidsmarkt is het tegengaan van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag extra urgent, waarbij werkgevers aan zet zijn om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag tegen te gaan.

Zorgorganisaties hebben instrumenten, interventies en maatregelen (hierna te noemen 'handvatten') nodig om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag te kunnen voorkomen en aan te pakken. Het tegengaan van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag vraagt om de erkenning dat beide thema's als structureel en geïnstitutionaliseerd worden beschouwd (macro- en mesoniveau) en niet uitsluitend als incidenten veroorzaakt door individuele mensen (microniveau). Op structureel en geïnstitutionaliseerd niveau vindt discriminatie bijvoorbeeld plaats wanneer HRM-beleid systematisch mensen bevoordeelt of juist uitsluit, of impliciet bijvoorbeeld via opvattingen over professionaliteit. In ons onderzoek focussen we daarom niet slechts op handvatten die gericht zijn op individuele werknemers, maar inventariseren we ook of zorgorganisaties interventies inzetten die gericht zijn op het structurele en geïnstitutionaliseerde niveau. Te denken valt aan de rol van hiërarchie en afhankelijkheidsrelaties in de organisatie, het monitoren van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag, HRM-beleid zoals training op kennis en vaardigheden van leidinggevendenden, of beleid gericht op de organisatiecultuur en hoe met zorgprofessionals wordt omgegaan. Met een vragenlijst en verdiepende interviews willen we meer inzicht krijgen in welke interventies worden ingezet in de gezondheidszorg en hoe betrokkenen zoals leidinggevendenden en zorgprofessionals de effectiviteit van deze interventies waarderen.

1.2 Doelstelling en vraagstelling

Dit project is uitgevoerd door de afdelingen Ethiek, Recht en Humaniora (ERH) en Public and Occupational Health (POH) van Amsterdam UMC (hierna: Amsterdam UMC) in samenwerking met Pharos en geeft antwoord op onderstaande door het ministerie van VWS gestelde vragen. Dit onderzoek omvat een literatuurstudie, een vragenlijst- en een interviewstudie met als centrale onderzoeksvraag: *Welke tools, interventies en maatregelen (handvatten) kunnen werkgevers in zorg en welzijn inzetten ten behoeve van het voorkomen van, omgaan met en aanpakken van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer?*

Hieronder vallen de volgende deelvragen:

- 1. Welke behoeften hebben zorgprofessionals en werkgevers in zorg en welzijn als het gaat om tools, interventies en maatregelen die ingezet kunnen worden om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer aan te pakken?*
- 2. Welke tools, interventies en maatregelen bestaan er om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer aan te pakken en welke daarvan zijn bewezen effectief?*
- 3. Zijn er behoeften die geïnventariseerd worden waar nog geen aanbod voor bestaat en zou daarvoor iets ontwikkeld kunnen worden?*
- 4. Welke van de geïnventariseerde tools, interventies en maatregelen sluiten het beste aan bij de ondersteuningsbehoeften van zorgprofessionals en werkgevers als het gaat om het voorkomen van, omgaan met, en aanpakken van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer in zorg en welzijn?*

In deze rapportage beschrijven we eerst de gehanteerde methoden voor de verschillende projectonderdelen. Vervolgens beschrijven we de in de drie deelstudies gevonden resultaten. Het rapport eindigt met een synthese van de aanbevelingen, algemene conclusies en een discussie. In de bijlagen is informatie opgenomen over het onderzoeksteam.

2. Methoden

2.1 Overkoepelende methodiek

Participatief onderzoek

Amsterdam UMC en Pharos delen een visie op participatief onderzoek vanuit een diversiteits-perspectief, namelijk dat er meerwaarde is in onderzoek doen samen met de mensen om wiens leven of werk het gaat (Verdonk et al., 2019; Duijs et al., 2022; Duijs, 2023). Om de stem van de mensen die in de zorg werken te laten resoneren in dit project, is het belangrijk om hen bij het project te betrekken. De ervaringsdeskundigheid en praktijkkennis van betrokkenen zijn aanvullend op academische kennis en kunnen helpen om, uiteindelijk, interventies te ontwikkelen die aansluiten bij de dagelijkse leefwereld en werkpraktijk (Abma et al., 2019). Drie groepen zijn bij dit project betrokken: 4 ervaringsdeskundige co-onderzoekers, een klankbordgroep bestaande uit deze co-onderzoekers en 10 werkgevers, zorgprofessionals en contactpersonen vanuit vakbonden, en de ervaringsdeskundigen uit het VWS-panel discriminatie via Pharos. De vier co-onderzoekers uit de zorg hebben reeds jarenlang ervaring met participatief onderzoek (ZonMw project Gezond Zorgen 2018-2023). De klankbordgroep kwam gedurende de looptijd van het project 2 keer bijeen. Bij het werven van deelnemers is expliciet rekening gehouden met variatie/diversiteit tussen sectoren, functieniveaus en met andere aspecten van identiteit zoals etnische achtergrond en leeftijd. De co-onderzoekers en de andere leden van de klankbordgroep zijn betrokken bij de verschillende fasen van het onderzoek (duiding literatuur, ontwikkeling vragenlijst en de duiding van de resultaten van de vragenlijst en interviews). In de laatste fase zijn de ervaringsdeskundigen van het panel betrokken bij het opstellen van het advies, op basis van de bevindingen. Ondanks de korte looptijd van het project is tijdens het onderzoeksproces samen met de ervaringsdeskundigen gezocht naar kansen voor onderling leren, het delen van bevindingen en het ondersteunen van praktijkverbeteringen.

Inbedding in bestaande netwerken

Amsterdam UMC en Pharos participeren samen met Movisie, Vilans en de Anne Frank Stichting in de alliantie Discriminatie in de Zorg, gefaciliteerd door Pharos. Deze alliantie heeft gedurende de looptijd van het onderzoek meegedacht over de opzet van het onderzoek de ontwikkeling van de vragenlijst, de analyse van de resultaten, het advies en de disseminatie van de bevindingen. De leden van de klankbordgroep vertegenwoordigen ook grotere netwerken, waarvan partners zijn uitgenodigd om mee te denken, zoals CNV en De Nederlandse Zorg Bemiddelaar.

Intersectionaliteit

In ons onderzoek hanteren we intersectionaliteit als normatief, metatheoretisch en empirisch kader. De term intersectionaliteit is geïntroduceerd door jurist Kimberlé Crenshaw (1989), en komt voort uit het gedachtegoed van de zwarte queer vrouwenbeweging in de jaren '70 (The Combahee River Collective Statement, 1977; Hill-Collins & Bilge, 2016). Dit raamwerk, in het Nederlands ook wel kruispuntdenken genoemd, verwijst naar de manier waarop aspecten van sociale identiteit (zoals gender, etniciteit, levensfase of chronische ziekte/beperking) tegelijkertijd, met elkaar samenhangend, en in de dagelijkse ervaring van mensen tot uitdrukking komen (Stuij et al., 2020). Een vrouw is bijvoorbeeld niet alleen een vrouw, ze heeft ook een leeftijd, een seksuele oriëntatie, ze heeft een huidskleur en al dan niet een religieuze achtergrond. Deze aspecten beïnvloeden elkaar: een jonge vrouw van 21 is bijvoorbeeld een andere vrouw als ze 55 jaar oud is en zo beïnvloedt leeftijd het vrouw-zijn, maar ook andersom – immers, 55 jaar zijn is anders voor een vrouw, dan voor een man. Deze sociale positionering hangt samen met maatschappelijke ongelijkheid: er is genderongelijkheid, leeftijdsdiscriminatie, er is discriminatie op basis van huidskleur en op basis van (on)gezondheid. Deze vormen van discriminatie beïnvloeden elkaar. Sociale rechtvaardigheid is daarom een uitgangspunt van intersectionaliteit (Crenshaw, 1989; Verdonk et al., 2019). Een intersectionele analyse richt zich expliciet op systemen van discriminatie en onderdrukking, zoals racisme, seksisme en leeftijdsdiscriminatie (intersectionele discriminatie), en onderzoekt hoe deze systemen met elkaar en in wisselwerking ongelijkheid maar ook gezondheidsverschillen veroorzaken.

Ten aanzien van interventies is geïnventariseerd welke handvatten om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag tegen te gaan in de zorg bewezen effectief zijn. Eerder onderzoek liet zien dat interventies om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag tegen te gaan en inclusie te bevorderen, veelal ontwikkeld zijn in en ten behoeve van hoger betaalde kennisintensieve (veelal private) sectoren (Van Eck et al., 2021). Daarom sluiten zij mogelijk minder aan bij (veelal publieke) organisaties waar meer mensen een lager inkomen hebben, zoals bijvoorbeeld de gezondheidszorg (Van Eck et al., 2021). Interventies die ontwikkeld zijn voor hoger opgeleiden kunnen zelfs contraproductief werken bij andere groepen (Ham, 2021). Ook binnen de zorgsector is dit onderscheid tussen groepen van diverse opleiding- en inkomensniveaus zichtbaar. Zo is er relatief meer geld, tijd en aandacht voor uitsluiting en (anti-)discriminatie bij hoger opgeleide zorgprofessionals, zoals in de geneeskundeopleiding (Van Andel, 2022; Isik et al., 2021; Mulder et al., 2022) of binnen klinische teams in de ziekenhuiszorg (Leyerzapf, 2019) dan bij korter en praktisch opgeleide zorgprofessionals zoals de ouderenzorg (Duijs, 2023). Hoger opgeleide zorgprofessionals organiseren zich meer zichtbaar (o.a. in collectief CODING, een netwerk van (toekomstig) zorgprofessionals die zich inzetten voor een inclusief zorgsysteem) vergeleken met de korter en praktisch opgeleide zorgprofessionals, en dit is ook zichtbaar in hun aansluiting bij professionele organisaties of vakbonden. De problemen van mensen met lagere inkomens en praktisch geschoolden met discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag blijven daarom veelal onzichtbaar, maar die problemen zijn er wel. Een recent proefschrift laat zien dat onder lager betaalde zorgprofessionals in de ouderenzorg vrouwen van kleur racisme ervaren met alle gevolgen van dien voor hun gezondheid, welbevinden en werkplezier, en dat verloop en zzp-schap voor deze vrouwen strategieën zijn om racisme te kunnen vermijden (Duijs, 2023). Ook wordt er beschreven dat mannelijke ouderenzorgprofessionals juist voordeel ervaren van hun man-zijn, zoals een hogere inschaling in salaris en trainingsmogelijkheden. Een eenvoudige optelsom van achterstelling is er niet, maar wel is een dynamiek zichtbaar waarin sociale positionering een rol speelde bij discriminatie en racisme (Duijs, 2023). Onderzoek naar seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van vrouwen van kleur en/of LHBTQI+ personen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg lijkt niet of nauwelijks beschikbaar. In dit project hebben we daarom, waar praktisch mogelijk, getracht deze verschillende intersecties mee te nemen.

2.2 Literatuurstudie

De literatuurstudie werd ingezet om onderzoeksvraag 2 te beantwoorden, *welke tools, interventies en maatregelen bestaan er om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer aan te pakken en welke daarvan zijn bewezen effectief?* In de literatuur is gezocht naar bewezen effectieve handvatten om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag tegen te gaan. De focus van de literatuurstudie lag op het bieden van een overzicht van evidence-based internationale en nationale interventies. We zochten zowel naar handvatten die gericht zijn op ongewenst gedrag in het algemeen, als op specifieke vormen van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. We maakten gebruik van alle bekende databases, met oog voor literatuur uit diverse disciplines. We maakten gebruik van de databases MedLine en PubMed, CINAHL, en PsycLit, en andere zoekstrategieën zoals snowballing via auteurs en referenties. Tevens includeerden we grijze literatuur, waaronder rapporten van TNO, Pharos, Movisie en andere maatschappelijke en beleidsorganisaties. Gevonden studies zijn gescreend op aandacht voor aspecten van diversiteit, om te analyseren bij en voor welke groepen het onderzochte handvat is ontwikkeld, onderzocht en effectief gebleken. We includeerden peer-reviewed empirische studies (kwantitatief en kwalitatief), reviews en meta-analyses. Waar relevant betrokken we ook theoretische analyses die mechanismen voor verschillen tussen sectoren of tussen functieniveaus (hoogbetaald/laagbetaald) konden verklaren. De uitkomsten van de literatuurstudie zijn besproken met en van feedback voorzien door de klankbordgroep.

2.3 Vragenlijst studie

Ontwikkeling vragenlijst

Middels een vragenlijst kregen we antwoord op onderzoeksvragen 1, 3 en 4:

- *Welke behoeften hebben zorgprofessionals en werkgevers in zorg en welzijn als het gaat om tools, interventies en maatregelen die ingezet kunnen worden om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer aan te pakken?*
- *Zijn er behoeften die geïnventariseerd worden waar nog geen aanbod voor bestaat en zou daarvoor iets ontwikkeld kunnen worden? Welke van de geïnventariseerde tools, interventies en maatregelen sluiten het beste aan bij de ondersteuningsbehoeften van zorgprofessionals en werkgevers als het gaat om het voorkomen van, omgaan met, en aanpakken van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer in zorg en welzijn?*

De vragenlijst is ontwikkeld samen met de klankbordgroep. Met deelnemers bespraken we het volgende: (1) welke thema's moeten opgenomen worden in de vragenlijst op basis van de literatuurstudie, (2) hoe beoordeelt de klankbordgroep de voorlopige vragenlijst op (a) inhoud en thema's, (b) leesbaarheid, (c) inclusiviteit, en (d) opbouw en lengte. Tevens is de vragenlijst ter feedback voorgelegd aan collega-onderzoekers o.a. in het alliantieoverleg Discriminatie in de Zorg. Verder is er bij de ontwikkeling van de vragenlijst en het werven van deelnemers voor het invullen van de vragenlijst specifiek aandacht besteed aan diversiteit tussen sectoren en functieniveaus, en aan inclusieve en toegankelijke vraagstelling en taalgebruik. Op basis van deze evaluaties zijn de concepten van de vragenlijst aangepast.

Met de vragenlijsten voor zorgprofessionals en voor leidinggevend en HRM-medewerkers in de zorg zijn de behoeften van de doelgroep in kaart gebracht. De vragenlijsten voor zorgprofessionals en de vragenlijst voor leidinggevend en HRM-medewerkers verschilden iets van elkaar. De vragenlijst werd zo kort mogelijk gehouden in het belang van een zo groot mogelijke respons. Mensen konden ook aangeven of zij deel wilden nemen aan de kwalitatieve interviewstudie.

De vragenlijst werd uitgezet via de volgende links:

- Mensen die in de zorg werken <https://limevragenlijst.amc.nl/cru/index.php/784656?lang=nl> (zie bijlage 4)
- Leidinggevend en HRM-professionals <https://limevragenlijst.amc.nl/cru/index.php/784656?lang=nl> (zie bijlage 5)

Verspreiding vragenlijst

De vragenlijst is breed uitgezet in de sector Zorg en Welzijn. Welke sectoren (in totaal 10) moesten worden geïncludeerd is gebaseerd op de indeling van het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, n.d.) en in afstemming met VWS. De vragenlijst is meermaals verspreid via ongeveer 30 organisaties. Gedurende de periode dat de vragenlijst online stond is de respons wekelijks geëvalueerd, waarbij is gekeken naar ondervertegenwoordigde sectoren en specifieke groepen. Hierna is opnieuw contact gelegd met organisaties in deze sectoren voor een grotere respons. Er is gestreefd naar diversiteit in termen van intra/extramuraal, individueel werk (wijkzorg/ergo-therapie) versus werken in teamverband (PAAZ/FACT), meer theoretisch (veelal langer opgeleid en hoger inkomen) en meer praktisch (veelal korter opgeleid en lager inkomen) opgeleide zorgprofessionals, sectoren waar relatief weinig (UMC's/GGZ) versus veel (ouderenzorg/sociaal werk) zorgprofessionals van kleur werken en sectoren waarin gemiddeld meer mannelijke zorgprofessionals werken (GGZ) versus sectoren waarin meer vrouwelijke zorgprofessionals werken (ouderenzorg). De vragenlijst stond open van eind maart tot en met eind juni 2024. Het onderzoek is op de website van Amsterdam UMC beschreven <https://www.vumc.nl/research/overzicht/handvatten-ongewenst-gedrag.htm>.

Bij de vragenlijststudie is, vanwege het intersectionele karakter, gekozen om de focus op een representatief beeld van de gehele zorgsector los te laten. De intersectionele aanpak houdt in aandacht voor de perspectieven van verschillende groepen met verschillende combinaties van kenmerken. Bij een meer traditionele aanpak (representatieve steekproef) waarin een representatieve groep wordt gevormd op basis van losse kenmerken (man/vrouw, leeftijd, functieniveau etc.), zijn de verschillen in antwoorden

tussen groepen mensen met verschillende combinaties vaak onzichtbaar (Purdie-Vaughns & Eibach, 2008). Hoogstens worden verschillen getoond tussen groepen die op één kenmerk van elkaar verschillen, bijvoorbeeld mannen versus vrouwen of VMBO/MBO versus HBO/WO opleiding. Daarom is in dit onderzoek beoogd groepen te definiëren die inzicht kunnen geven in uiteenlopende perspectieven van deze subgroepen die op meerdere relevante kenmerken van elkaar verschillen. In de resultaten worden de antwoorden van deze subgroepen op vragen over maatregelen apart gepresenteerd.

Om deze intersectionele analyse mogelijk te maken definieerden we daarom vier subgroepen met deelnemers die elk een combinatie van relevante kenmerken hadden. Relevante kenmerken waren bijvoorbeeld sector, functieniveau (SEP), ervaring met discriminatie, en leeftijd. Om zo goed mogelijk naar variatie tussen die vier subgroepen te kunnen kijken is er gekozen voor een gestratificeerde sampling. Er is gestreefd naar vertegenwoordiging binnen de voor de vraagstelling relevante subgroepen zorgprofessionals. De minimale steekproef is per subgroep berekend en waar nodig selectief uitgebreid als er onvoldoende deelnemers waren die tot de gespecificeerde doelgroep behoorden. De groepen met relevante combinaties van deze kenmerken zijn als volgt gedefinieerd (zie ook bijlage 6):

Groep 1 zijn intramuraal werkende zorgprofessionals van alle leeftijden die een functie hebben waarvoor een theoretische opleiding nodig is en die geen ervaring hebben met discriminatie.

Groep 2 zijn intramuraal werkenden, jonge zorgprofessionals van alle functieniveaus met ervaring met discriminatie.

Groep 3 zijn extramuraal werkende oudere vrouwen, met een functie waarvoor een praktische opleiding nodig is.

Groep 4 zijn extramuraal werkenden mannen en vrouwen van alle leeftijden die een functie hebben waarvoor een theoretische opleiding nodig is.

Voor het vaststellen van het benodigd aantal respondenten om een betrouwbare uitspraak over de groep te kunnen doen hebben we een berekening uitgevoerd op basis van eerder onderzoek. Deze studie onderzocht de behoefte van zorgprofessionals overmaatregelen voor de preventie van psychische klachten bij zorgprofessionals en leidinggevend. Bij zo'n berekening van benodigde aantallen is het van belang vooraf te besluiten hoeveel % afwijking van de uitkomst acceptabel wordt gevonden (precisie). Voor de groep HRM managers, leidinggevend en bestuurders zijn vooraf geen relevante subgroepen voorgesteld, maar werd gestreefd naar voldoende deelnemers.

Voor de groep zorgprofessionals kozen we vooraf voor een maximale afwijking (precisie) van 10%. Uit deze berekening vooraf bleek dat er 73 respondenten per subgroep nodig waren om een betrouwbare schatting te verkrijgen van het aandeel van zorgprofessionals dat behoefte heeft aan handvatten. Voor de groep HRM managers, leidinggevend en bestuurders waren er, bij het hanteren van dezelfde precisie als bij zorgprofessionals (10%), net als bij zorgprofessionals, 73 participanten per subgroep nodig.

Analyse vragenlijst

Analyse van de vragenlijst bestond uit beschrijvende statistiek. Het doen van voorspellende analyses of interacties was voor de gestelde onderzoeksvragen niet relevant. Wanneer statistische analyses onvoldoende rekening houden met diversiteit binnen en tussen groepen kan dat leiden tot het onzichtbaar maken van specifieke subgroepen, ook wel 'intersectionele onzichtbaarheid' genoemd (Purdie-Vaughns & Eibach, 2008). Om die reden zijn de bevindingen eerst voor de totale groep van respondenten beschreven, waarna de bevindingen per subgroep werden weergegeven. In deze aanpak gaat het niet om de vraag of subgroepen statistisch van elkaar verschillen, maar is het doel om de bevindingen telkens vanuit een ander perspectief (een andere subgroep) weer te geven. Bij het analyseren van de verschillende perspectieven is gezocht naar opvallende (in tegenstelling tot statistisch significante) verschillen tussen subgroepen. Het projectteam en de klankbordgroep probeerden deze verschillen gezamenlijk te duiden.

2.4 Interviewstudie

Een kwalitatieve studie stelde ons in staat om onderzoeksvraag 1,3 en met name 4 te verdiepen:

- *Welke behoeften hebben zorgprofessionals en werkgevers in zorg en welzijn als het gaat om tools, interventies en maatregelen die ingezet kunnen worden om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer aan te pakken?*
- *Zijn er behoeften die geïnterviewd worden waar nog geen aanbod voor bestaat en zou daarvoor iets ontwikkeld kunnen worden?*
- *Welke van de geïnterviewde tools, interventies en maatregelen sluiten het beste aan bij de ondersteuningsbehoeften van zorgprofessionals en werkgevers als het gaat om het voorkomen van, omgaan met, en aanpakken van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer in zorg en welzijn?*

De kwalitatieve studie is gericht op het duiden van de behoeften van zorgprofessionals en leidinggevenden in de zorg omtrent handvatten tegen discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Een duo-interview stelde deelnemers in staat om verschillen scherper te zien en heeft meerwaarde voor de deelnemers omdat ze kunnen leren van elkaars ervaring. Gedurende het onderzoek werd echter duidelijk dat de meerderheid van de geïnteresseerden wel geïnterviewd wilden worden, maar niet samen met een andere persoon. Zij gaven aan dat zij dit prefereerden in verband met privacy en vanwege de wens om gevoelige informatie te delen zijn (ook) individuele interviews gehouden. De deelnemers kregen de keuze tussen een duo-interview en een solo interview, waarbij de meerderheid een solo interview wenste. In juni 2024 zijn vervolgens 8 individuele interviews en 2 duo-interviews gehouden met zorgprofessionals, leidinggevenden, en HRM professionals (N=12) uit verschillende sectoren binnen de zorg: GGZ, VVT, huisartsenzorg, UMC's, apotheken en gehandicaptenzorg. De functies van de deelnemers varieerden: bestuurders, verpleegkundigen, leidinggevenden, artsen, apothekersassistenten en praktijkondersteuners (POHs) zijn geïnterviewd, met verschillende genders en diverse etnische en religieuze achtergronden. Wij wilden een zo breed mogelijke input, rekening houdend met intersectionaliteit. Deelnemers aan de duo-interviews gingen in gesprek met een deelnemer uit een vergelijkbare sector maar met een andere functie (praktisch werk vs theoretisch werk) of die in een ander werkverband werkten (zzp of loondienst). Werving ging via de vragenlijst, waar de respondenten hun e-mailadres achter konden laten als ze benaderd mochten worden voor een interview. Interviews vonden face-to-face of online plaats, op basis van de wens van deelnemers. Interviews werden opgenomen en woordelijk uitgeschreven. Analyse gebeurde middels thematische analyse (Braun & Clarke, 2006), waarbij intersectionaliteit als theoretisch raamwerk is gebruikt (Stuij et al., 2019). Bij de meeste kwalitatieve studies ontstaat dataverzadiging na 12 interviews, wat inhoudt dat geen nieuwe informatie meer naar voren komt in de interviews (Hennink & Kaiser, 2022). Ook de combinatie van dataverzameling namelijk de literatuurstudie, de vragenlijst, de interviews, en de participatieve ontwikkeling van het advies (triangulatie) versterkt de kwaliteit, met name de authenticiteit en de geloofwaardigheid van de bevindingen (Frambach et al., 2013).

Een creatieve vertaalslag is gemaakt tijdens de co-creatie sessies door posters te ontwikkelen die gebruik maken van afbeeldingen, kleur, groottes van woorden en krantenkoppen. Deze posters hadden tot doel de ingebrachte casussen van de participanten duidelijk weer te geven.

Veiligheid participanten

Gedurende de interviews lag de nadruk specifiek op handvatten tegen discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag met als gevolg dat soms ook het ervaren van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag zelf besproken werd. Privacy werd gewaarborgd door individuele interviews in plaats van duo-interviews te houden indien hier behoefte aan was. Verder is een adressenlijst gemaakt voor verdere ondersteuning om mee te geven aan participanten die discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag hadden ervaren, maar niet wisten waar zij terecht konden, zoals het Centrum Seksueel Geweld en Meldpunt Discriminatie. Dit is niet nodig gebleken.

2.5 Ontwikkeling advies

Het doel was om een advies te ontwikkelen dat zowel gegrond is in theoretische en empirische kennis als in de ervaringsdeskundigheid van zorgprofessionals in zorg en welzijn. Bij de ontwikkeling van het advies volgden we principes uit participatief actieonderzoek (expertise Amsterdam UMC, zie Duijs et al., 2022) en participatory learning and action (expertise Pharos). Aan het eind van het project organiseerden we daarom twee Participatory Learning & Action (PLA) sessies ofwel co-creatie sessies. Tijdens de tweede klankbordgroep werd een vraag geformuleerd op basis van de resultaten uit de vragenlijst en de interviewstudie. Deze vraag kwam naar voren als een onbeantwoorde kwestie die na de eerdere onderzoeken aan het licht was gekomen. De uiteindelijke vraag was: “Welke tools en ondersteuning helpen leidinggevenden en ondersteuners (denk aan HR, manager) om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag te voorkomen en aan te pakken? In twee sessies heeft een groep met 2 leidinggevenden, 1 (HR) manager, 1 trainer, 1 beleidsadviseur strategie, 1 bedrijfsmaatschappelijk werker en 1 organisatieadviseur met behulp van verschillende actieve werkvormen geïnspireerd op PLA-technieken zoals een flexibele brainstorm en tijdlijnen maken (zie bijlage) geprobeerd om gezamenlijk antwoord te geven op deze vraag. Hierbij stonden de ervaringen en perspectieven van de deelnemers centraal en zijn werkvormen gehanteerd waaraan iedereen gelijkwaardig mee kon doen. Om te zorgen dat het te ontwikkelen advies zo relevant mogelijk is voor leidinggevenden hebben we deelnemers uitgenodigd met werkervaring in intra- en extramurale settings, en hadden de deelnemers verschillende soorten ervaring met de aanpak van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag en gebruikte handvatten. De deelnemers zijn geworven via een oproep op LinkedIn en via het netwerk van de klankbordgroep. Met iedere deelnemer is telefonisch kennis gemaakt en is stil gestaan bij situaties van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag op de werkvloer.

2.6 Reflecties op het project

Gehanteerde definitie van ongewenst gedrag en intersectionele lens.

Ongewenst gedrag is een breed begrip zonder vaste definitie. In overleg met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport is de focus gelegd op discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag, waarbij specifiek beoogd is aandacht te besteden aan intersectionaliteit. Zo'n intersectionele lens kan inzicht bieden in de gelaagdheid van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag door aandacht te hebben voor de overlap van verschillende identiteitskenmerken zoals gender, etniciteit, seksuele oriëntatie, en sociaaleconomische achtergrond, en door aandacht voor privilege en achterstelling (rechtvaardigheids perspectief). Om recht te doen aan de realiteit van seksueel grensoverschrijdend gedrag, hebben we geprobeerd om verschillende intersecties, zoals die van vrouwen van kleur en/of LHBTQI+ personen in de gezondheidszorg, in ons onderzoek te betrekken. Echter, door beperkte beschikbare gegevens en praktische beperkingen is het ons niet volledig gelukt om deze intersecties in de diepte te onderzoeken. In de vragenlijststudie zijn we erin geslaagd enige gelaagdheid in de analyse aan te brengen en verschillende perspectieven naar voren te brengen. Echter, we hebben niet elke combinatie van kenmerken die we vooraf relevant achtten apart kunnen analyseren omdat de subgroepen dan te klein werden.

Binnen het project is er minder aandacht besteed aan agressie. Hoewel agressie inderdaad los kan staan van specifieke identiteitselementen zoals gender en etniciteit, kan agressie daar wel degelijk op gericht zijn. Handvatten gericht op tegengaan van agressie waarbij gender of andere identiteitskenmerken wel een rol spelen zijn niet onderzocht (en ook niet gevonden). Het is niet uit te sluiten dat respondenten bij het beantwoorden van vragen over discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag ook agressie in gedachten hadden.

Sectoren en bereik

Het onderzoek richtte zich op de brede zorg- en welzijnssector. Hoewel dit waardevolle algemene inzichten opleverde, is een meer gedetailleerde analyse van sectorspecifieke factoren en contexten achterwege gelaten. Ook zijn sommige (deel)sectoren minder goed bereikt, zoals de jeugdzorg en sociaal werk. In vervolprojecten per sector, beroepsgroep, of gericht op de ervaringen van specifieke groepen zorgprofessionals zoals mannen of vrouwen van kleur, kunnen aanbevelingen worden gedaan die beter aansluiten bij de unieke dynamieken en uitdagingen van specifieke organisaties en werkomgevingen.

De respons en het bereiken van kwetsbare groepen

Een deel van de vragenlijsten is niet volledig ingevuld, waarvan een deel wordt verklaard door de lengte/duur van de vragenlijst. Omdat de vragenlijst anoniem was en persoonlijke gegevens niet werden opgeslagen, konden deelnemers niet terugkeren naar hun niet-ingevulde vragenlijst. Mogelijk hebben een aantal mensen dus een onvolledige vragenlijst én een volledige vragenlijst ingevuld als zij opnieuw zijn begonnen. Verder werd door meerdere organisaties aangegeven dat zorgprofessionals 'survey-moe' zijn, en zijn zij kritisch over de aantallen vragenlijsten die zij moeten delen met hun achterban. Zij geven voorrang aan hun eigen enquêtes. Dit verklaart ook waarom meerdere organisaties er langer over hebben gedaan om akkoord te geven of af hebben gezien van verspreiding.

Een online vragenlijst bereikt zorgprofessionals, in het bijzonder verzorgenden en zorgprofessionals die minder vaak een computer gebruiken, minder goed. Een vragenlijst vraagt om digitale vaardigheden en het gebruik van digitale kanalen. Voor andere manieren van verspreiding en invullen van de vragenlijst, bijvoorbeeld geprinte vragenlijsten en het invoeren van data achteraf, is meer tijd nodig dan waar het project in voorzag. HRM-medewerkers en leidinggevenden, gemiddeld hoger opgeleid, zijn vaker digitaal geïncludeerd en 'taliger' en vaardiger in geschreven Nederlandse taal. Verder werken facilitaire diensten in de zorg vaak via onderaannemers, en het leggen van contact met deze instanties vereiste meerdere tussenstappen en dus meer tijd in het onderzoek. Mede hierdoor zijn deze groepen minder goed bereikt.

3. Resultaten

3.1 Literatuurstudie

Hieronder vindt u een overzicht van de resultaten uit de literatuurstudie. Voor meer informatie verwijzen wij naar bijlage 2 *Literatuurstudie: resultaten per sector*.

Grote blinde vlek onderzoek naar handvatten in de zorg

In de literatuurstudie is nauwelijks onderzoek gevonden naar handvatten in de zorg. Studies in het Movisie-rapport *Wat werkt bij het verminderen van discriminatie* van Felten en Broekroelofs (2022) bijvoorbeeld, komen vooral uit de (sociale) psychologie en beschrijven vooral experimenten. Slechts een enkele studie uit deze database is uitgevoerd in de context van de zorgpraktijk. Er is geen gebruik gemaakt van een zorgethisch of kritisch diversiteitsperspectief.

Branches

De meeste gevonden artikelen focussen op het identificeren van problemen in de zorgsector. Ze bieden interessante inzichten in verschillende behoeften per sector zoals de instroom van zorgprofessionals met migratieachtergrond in hoger-betaald werk versus de uitstroom in lager-betaald werk en onzichtbaarheid van racisme in extramurale setting. Verder is er sprake van overrepresentatie van kennis uit UMC-context (m.n. de spoedzorg), de intramurale VVT-context, en vooral het thema agressie is onderzocht. Er is in mindere mate kennis uit (perifere) ziekenhuizen, huisartsenzorg, GGZ en ambulante zorgthuiszorg ten tijde van dit onderzoek. Onderzoek naar interventies in sociaal werk, jeugdzorg en de gehandicaptenzorg is nauwelijks gedaan.

Type ongewenst gedrag en typen handvatten

De meerderheid van de gevonden studies geven niet-gespecificeerde adviezen, waarbij er geen concrete oplossingen worden aangeboden. We vonden vooral studies die zich op specifieke onderdelen van ongewenst gedrag richten. Sinds COVID-19 is bijvoorbeeld meer onderzoek gevonden over ervaringen en interventies tegen agressie en geweld in de zorg. Hierbij ligt de focus vooral op trainingen die ingaan op hoe te reageren op ongewenst verbaal gedrag in plaats van hoe dit gedrag op de werkvloer te voorkomen. Er is geen rekening gehouden met achterliggende oorzaken van agressie en geweld, en met discriminatie. Binnen het onderwerp discriminatie ligt de focus grotendeels op racisme, waarbij er weinig studies gevonden zijn die ook rekening houden met genderdiscriminatie of discriminatie op gebied van seksuele diversiteit of leeftijd. Studies uit de database van Movisie (2022) signaleren dat het stellen van normen en het verbinden van consequenties aan grensoverschrijdend gedrag en discriminatie essentieel zijn. Gevonden studies in zorg en welzijn bevestigen deze visie. Zij benadrukken het belang van zero tolerance. Echter, dit is vaker een aanbeveling dan dat deze visie daadwerkelijk is onderzocht. Beleid en protocollen zijn niet onderzocht. Naast suggesties ter verbetering zijn vooral ook blinde vlekken gesignaleerd op het gebied van bewustwording van institutionele discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Aandacht voor de historische en politieke context (machtsdynamiek) ontbreekt veelal in interventies. Wel zijn er meerdere Nederlandse adviezen vanuit stichtingen en organisaties beschikbaar. Onderzoek naar effectieve interventies gericht op het stellen van normen en daaraan verbinden van consequenties zijn niet gevonden.

Het overgrote merendeel van de gevonden studies is gericht op trainingen voor individuele zorgprofessionals. Definities van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag en het belang van de historische en culturele context wordt meermaals genoemd in verschillende studies. Dit is echter niet verwerkt in handvatten.

Ontvangers van handvatten

Een groot deel van de artikelen focust vooral op zorgopleidingen en niet op de werkvloer. Over de geneeskundeopleiding leggen studies de nadruk op hoe discriminatie en seksueel grensoverschrijdend

gedrag in het curriculum van de geneeskundeopleiding genormaliseerd lijkt te zijn, en dit geldt ook voor de opleiding tot HBO-verpleegkundige. Hierbij ligt de focus op het tegengaan van vooroordelen bij de zorgprofessional zelf. Er zijn geen studies gevonden naar het curriculum van MBO-opleidingen en praktijkgerichte opleidingen. Verder is er een zichtbaar verschil in de handvatten voor de verschillende beroepsgroepen. De focusrichting bij artsen ligt vooral op het tegengaan van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag van artsen richting patiënten, en met name op reflectie en het tegengaan van bias, vooral in het omgaan met de patiënt die anders is dan de arts zelf. Dit wordt gezien als nodig voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het ontwikkelen tot een 'betere arts'. De focus in onderzoek binnen de verpleegkunde richt zich vooral op bescherming van verpleegkundigen tegen discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag dóór patiënten, en op bijbehorende assertiviteitstrainingen. In andere beroepsgroepen is voornamelijk onderzoek gedaan naar het verbeteren van zorg voor de patiënt en het verlichten van werkdruk/stress bij zorgprofessionals.

Niveau van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag (relatie waarbij discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag plaatsvindt)

Studies betreffen voornamelijk discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit patiënten naar werknemers. Er zijn enkele studies gevonden met handvatten gericht op collega's onderling of op discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit supervisors, en dan vooral in opleidingstrajecten. Studies over contexten waar zorgprofessionals hoger betaald werk verrichten zijn oververtegenwoordigd.

Niveau van bewijsvoering

In de literatuurstudie is een onderverdeling gemaakt op micro-, meso- en macroniveau. Onder microniveau vallen handvatten die gericht zijn op het individu, mesoniveau omvat handvatten op teamniveau en macroniveau omvat beleid vanuit de organisatie. Studies evalueren veelal alleen handvatten (meestal training) op microniveau. Toch worden veelal aanbevelingen gedaan op meso- en macroniveau, maar er heeft nauwelijks evaluatie- of effectonderzoek plaatsgevonden van handvatten op deze niveaus. Studies baseren zich op feedbackformulieren vanuit de deelnemers na het deelnemen aan zo'n training en niet op daadwerkelijke verandering in de praktijk. Het handvat zelf en de ervaring daarmee zijn wel geëvalueerd, maar effectiviteitsmetingen ontbreken. Uitkomstmaten zoals minder discriminatie en seksueel grensoverschrijdend en/of meer diversiteit zijn zelden bestudeerd.

Handvatten om Ongewenst Gedrag tegen te gaan en evidentie

NIVEAU	TYPE HANDVAT	EVIDENTIE (GLOBAAL BEELD UIT LITERATUUR)
Micro	Implicit Bias, Assertiviteit en Bystander-training ¹	Als effectief ervaren door individuele deelnemers. Effectiviteit gedrags- of organisatieverandering niet bestudeerd
	Counseling en onafhankelijke vertrouwenspersoon <i>Gericht op herstel/nazorg</i>	Wordt geadviseerd. Effectiviteit gedrags- of organisatieverandering niet bestudeerd.
Meso	Diversiteitsnetwerken/ mentorschap	Wordt geadviseerd. Effectiviteit gedrags- of organisatieverandering niet bestudeerd
	Preventieve mechanismen bij grensoverschrijding <i>bv melding in het systeem</i>	Positief ervaren effect op individuele zorgverleners. Effectiviteit gedrags- of organisatieverandering niet bestudeerd
	Monitoren van ongewenst gedrag <i>bv camera's</i>	Effectief voor welbevinden van individuele zorgverleners. Geen bewezen effect op minder ongewenst gedrag
	Zero tolerance <i>publieke gevolgen voor plegers, behandelrelatie opzeggen</i>	Als effectief ervaren door individuele deelnemers. Effectiviteit gedrags- of organisatieverandering niet bestudeerd
Macro	Evaluatie beleid ongewenst gedrag in organisatie	Als effectief ervaren door individuele deelnemers. Effectiviteit gedrags- of organisatieverandering niet bestudeerd

3.2 Vragenlijststudie

Hieronder vindt u een overzicht van de respons, de voorlopige bevindingen, en reflecties op de bevindingen.

Responses

Dataverzameling is afgerond op 30 juni 2024. In totaal zijn 1003 zorgprofessionals gestart met het invullen van de vragenlijst, waarvan er 500 de vragenlijst zo ver hebben ingevuld dat deze geanalyseerd kon worden. In bijlage 7, te vinden in het document met de bijlagen, zijn de kenmerken van de respondenten weergegeven. De vragen over persoonlijke kenmerken zijn in de vragenlijst gesteld na de vragen over de maatregelen en deelnemers waren niet verplicht om in te vullen. Uit de resultaten blijkt dat een groot deel van de respondenten vrouw is (84%) en dat een derde van de mensen die de vragenlijst hebben ingevuld werkt in een universitair medisch centrum. Daarnaast werkt een aanzienlijk deel in de verpleging, verzorging en thuiszorg (20%) en in de gehandicaptenzorg (18%). Driekwart van de respondenten werkt in loondienst en 20% is zzp'er. Van de respondenten werkt 35% in een functie waar een VMBO of MBO-opleiding voor nodig is; 62% werkt in een functie waar een HBO of universitaire opleiding voor nodig is. Ongeveer de helft van de respondenten heeft ervaring met (een vorm van) discriminatie.

De respondenten geven antwoord op de vraag (zie bijlage 8 in het bijlagendocument) of een bepaalde maatregel binnen de organisatie wordt genomen ja/nee/weet niet en of de respondent denkt dat de maatregel helpt/zou kunnen helpen (zie bijlage 8). In de vragenlijst zijn discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag in het kader van dit onderzoek als volgt omschreven: Er zijn verschillende vormen van ongewenst gedrag, in deze vragenlijst bedoelen we hiermee discriminatie, racisme, seksisme en seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Volgens de respondenten is het vaakst opvang achteraf (58%) en een training leren omgaan met discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag (49%) georganiseerd. Een redelijk deel (resp. 68% en 72%) geeft aan deze dat deze maatregel volgens hen werkzaam is of zou kunnen zijn. Daarnaast beschouwen zij ook enkele maatregelen als werkzaam die volgens hen minder vaak ingezet worden: training om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag te herkennen en te leren hoe te reageren als het een collega of patiënt overkomt, training om eigen vooroordelen te herkennen en te voorkomen dat je zelf discrimineert of seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont, of het organiseren van positieve ontmoetingen tussen zorgprofessionals met verschillende achtergronden.

Volgens de respondenten is het vaakst gebruik gemaakt van maatregelen zoals een vertrouwenspersoon (77%) en beleid voor melden van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag (72%), gevolgd door duidelijk beleid/gedragscode (56%), duidelijk afkeuren van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag (44%) en een andere manier van werken (42%). De respondenten vinden deze maatregelen vaak ook werkzaam (65% tot 74%). Daarnaast zijn zij ook redelijk positief over maatregelen die volgens hen minder vaak in hun organisatie worden ingezet: het trainen van leidinggevenden zodat zij discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag herkennen, het instellen van gevolgen voor daders, een eerlijke aanpak bij sollicitaties en netwerken/buddy systeem voor zorgprofessionals (50% en 64%).

Zoals beschreven in de methode is gestreefd naar het identificeren van vier subgroepen met verschillende combinaties van kenmerken van de deelnemers, waarvan de resultaten apart zijn gerapporteerd. Voor subgroep 1 en 4 kunnen de resultaten volgens plan worden vormgegeven. Bij groep 2 en groep 3 zijn aanpassingen gedaan om een voldoende grote steekproef te kunnen doen. Daarom zijn in groep 2 zowel extramuraal als intramuraal werkenden betrokken. In groep 3 zijn zowel extramuraal als intramuraal werkenden betrokken en werden naast oude ook jongere zorgprofessionals geïncludeerd. Voor de vergelijkende analyses zijn dus de volgende vier subgroepen definitief vastgesteld:

Groep 1: Intramuraal werkenden in HBO/WO functie zonder ervaring met discriminatie

Groep 2: Jongere (40-) werkenden met ervaring van discriminatie

Groep 3: Vrouwen werkend in VMBO/MBO functie

Groep 4: Extramuraal werkenden in HBO/WO functie

Het doel van deze subgroep analyse was om verschillende perspectieven van diverse subgroepen weer te kunnen geven. We zochten vooral naar verschillende perspectieven ten aanzien van het risico op het ervaren van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag en het blootgesteld zijn aan werksituaties waar meer of minder maatregelen tegen discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag worden genomen. Subgroep 2, 3 en 4 zijn daartoe vergeleken met groep 1, de groep die naar verwachting de meest positieve werksituatie heeft. De meest in het oog springende verschillen worden hieronder beschreven.

De subgroep jongeren met ervaring met discriminatie (groep 2) was ten opzichte van de groep zonder ervaring (groep 1) minder positief over de werkzaamheid van de twee vaakst genomen maatregelen: opvang en training om te leren omgaan met discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag (63% en 64% in groep 2 vs. 76% en 75% in groep 1). Zij zijn wel positiever over de werkzaamheid van het instellen van gevolgen voor daders (53% in groep 1 vs. 64% in groep 2). Verder rapporteren jongeren met ervaring met discriminatie minder vaak dat er duidelijk beleid over (on)gewenst gedrag is (47% in groep 2 vs. 71% in groep 1). Beide groepen zijn even positief over de werkzaamheid (71%).

Als we groep 3 vergelijken met groep 1 is het belangrijkste onderscheid het functieniveau. Vergeleken met de intramuraal werkenden in HBO/WO functies zonder ervaring met discriminatie, melden de vrouwen werkend in VMBO/MBO functies minder vaak dat er een vertrouwenspersoon is (89% in groep 1 vs. 75% in groep 3), dat er beleid is om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag te melden (81% in groep 1 vs. 69% in groep 3) of dat duidelijk beleid over discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag /gedragscode (71% in groep 1 en 46% in groep 3) aanwezig is. Daarentegen rapporteert groep 3 wel vaker dat discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag overal en door iedereen in de organisatie duidelijk wordt afgekeurd (36% in groep 1 vs. 47% in groep 3).

Groep 4 heeft functies waarvoor HBO/WO opleidingen nodig zijn, maar werkt in tegenstelling tot groep 1 extramuraal. Deze groep rapporteert net als de VMBO/MBO groep 3 ook minder vaak dat er een vertrouwenspersoon is (89% in groep 1 vs. 59% in groep 4), beleid om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag te melden (81% in groep 1 vs. 63% in groep 4), of dat duidelijk beleid over discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag /gedragscode (71% in groep 1 en 46% in groep 4) aanwezig is. Daarentegen rapporteert groep 4 wel vaker dat er aanpassingen zijn gedaan aan de manier van werken (33% in groep 1 en 41% in groep 4).

Vragenlijst onder leidinggevend, (HR) managers en bestuurders

In totaal hebben 375 respondenten de vragenlijst voor leidinggevenden (HR) managers en bestuurders zo ver ingevuld dat de vragenlijst mee kon worden genomen in de analyse. Deze zijn als één groep geanalyseerd. Een relatief groot aandeel van de respondenten werkt in de sectoren Universitair Medische Centra (24%), Gehandicaptenzorg (20%) en Verpleging, verzorging en thuiszorg (15%). Het overgrote deel van de respondenten is in loondienst (93%) en 40% werkt al langer dan 10 jaar bij de huidige organisatie. De grootste groep respondenten gaf aan leidinggevend te zijn (29%) gevolgd door manager (22%). Een groot deel van de mensen werkt wel eens alleen (35-45%). Hier moet wel bij worden opgemerkt dat een relatief groot deel van de respondenten deze vraag heeft overgeslagen (241 van de 375).

De leidinggevenden geven aan of genoemde maatregelen gericht op de zorgprofessional worden ingezet en hoe werkzaam deze volgens hen zijn. In de vragenlijst is ongewenst gedrag in het kader van dit onderzoek als volgt omschreven: *Er zijn verschillende vormen van ongewenst gedrag, in deze vragenlijst bedoelen we hiermee discriminatie, racisme, seksisme en seksueel grensoverschrijdend gedrag.* Opvallend is dat de leidinggevenden vaker dan zorgprofessionals aangeven dat een maatregel in hun organisatie wordt ingezet. In bijlage 9 in het bijlagendocument is te lezen dat 85% van de respondenten stelt dat de op de zorgprofessionals gerichte maatregel 'opvang achteraf' wordt ingezet. Datzelfde gaf 67% van de respondenten aan over een training 'om leren gaan met discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag'. Bij zorgprofessionals lagen die percentages beduidend lager (resp. 58% en 49%).

Leidinggevenden zijn positief over de werkzaamheid van de op de zorgprofessional gerichte maatregelen opvang achteraf (85%), training leren omgaan met discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag (83%), training om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag te herkennen als het een ander overkomt (82%), training om eigen vooroordelen te herkennen (73%), en het organiseren van positieve ontmoetingen (63%). Hiermee zijn zij positiever over de werkzaamheid van deze maatregelen dan zorgprofessionals.

Ten aanzien van op de organisatie gerichte maatregelen valt op dat leidinggevendenden vaak, en ook vaker dan zorgprofessionals, aangeven dat de maatregelen ingezet worden.

Bijna alle leidinggevendenden gaven aan dat er een vertrouwenspersoon (97%) is alsmede beleid voor het melden van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag (95%). Ook wordt zero-tolerancebeleid vaak ingezet (80%). De maatregelen ‘andere manier van werken (59%) en eerlijk aanpak bij sollicitaties (55%) wordt bij iets meer dan de helft van de organisaties ingezet. Ook bij deze maatregelen geldt dat de leidinggevendenden beduidend vaker aangaven dat de maatregel wordt ingezet dan zorgprofessionals.

Leidinggevendenden zijn positief en positiever dan zorgprofessionals, over de werkzaamheid van op de organisatie gerichte maatregelen. Van de leidinggevendenden denkt 85% dat zowel de maatregel vertrouwenspersoon als de maatregelen ‘beleid voor melden’ en een training voor leidinggevendenden werkt om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag tegen te gaan. Ongeveer tweederde van de leidinggevendenden (62%) is daarnaast positief over de werkzaamheid van een eerlijke aanpak bij sollicitaties en netwerken en buddy programma’s voor werknemers met diverse achtergronden. Leidinggevendenden zijn ook positiever over de werkzaamheid van deze maatregelen dan zorgprofessionals.

Ten slotte valt op dat leidinggevendenden minder positief zijn over de maatregel zero tolerance dan zorgprofessionals (47% vs. 55%), ondanks dat zij bij de meeste andere maatregelen positiever zijn over het effect dan zorgprofessionals. Een andere opvallende bevinding is dat slechts 39% van de leidinggevendenden aangeeft dat een training voor leidinggevendenden wordt ingezet, terwijl het merendeel positief is over het effect dat zo’n training volgens hen heeft (85%).

In de vragenlijst werden ook vragen gesteld over de behoefte aan ondersteuning bij de inzet van maatregelen. Van de 146 respondenten die de vraag invulden, gaven 61 (42%) aan meer ondersteuning te willen bij de inzet van maatregelen, maar een groot deel van de 375 respondenten gaf geen antwoord op deze vraag.

In het algemeen vallen de volgende zaken op:

- Een substantieel aantal respondenten weet niet of genoemde maatregelen in hun organisatie worden toegepast;
- Het merendeel van de respondenten (62%) geeft aan dat hun organisatie meer moet doen tegen discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag;
- Een deel van de respondenten wil maatregelen gericht op de mensen voor wie ze zorgen (18%), maar het merendeel wil maatregelen gericht op zowel gedrag van cliënten als gericht op de organisatie en op collega’s (58%).

In de vrije tekstruimte zijn veel relevante en inzicht gevende uitspraken gedaan. Deze zijn per maatregel geordend om kleuring te geven aan de antwoorden op de vragenlijsten, en zijn daar waar relevant gebruikt als input voor de kwalitatieve studie. Hieronder enkele voorbeelden:

“Ik heb wel eens het gevoel dat we als zorgprofessionals situaties proberen te sussen, terwijl er gedrag wordt vertoond dat mijlenver over de grenzen gaat van wat acceptabel is. Dus, training is prima, zolang daarmee maar niet onbewust wordt uitgedragen dat onacceptabel gedrag wordt getolereerd”.

“Assertiviteitstraining. Daarmee wordt het probleem gelegd bij het “slachtoffer” terwijl de organisatie/”daders” zouden moeten veranderen.”

“Hele teams naar sessies sturen, terwijl het toch echt aan die ene persoon ligt”.

3.3 Interviewstudie

In dit hoofdstuk beschrijven we de bevindingen uit de interviews. In de interviews geven de deelnemers voorbeelden van ervaringen met handvatten en delen zij eigen inzichten. Ook bespreken we waar volgens de deelnemers behoefte aan is, en wordt waar mogelijk onderscheid gemaakt in behoefte aan handvatten op verschillende niveaus in de organisatie.

Duidelijke visie vanuit de organisatie

Deelnemers benadrukken de wens tot duidelijkheid vanuit de organisatie. Zij stellen behoefte te hebben aan een duidelijke boodschap, namelijk de visie dat discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag niet getolereerd worden. Dit kan volgens de deelnemers vertaald worden in protocollen en procedures voor in de dagelijkse praktijk, maar die visie komt ook tot uitdrukking in het ingrijpen nadat incidenten hebben plaatsgevonden. De deelnemers willen bijvoorbeeld graag weten hoe incidenten worden afgehandeld. Als de organisatie duidelijk is dat discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag aangepakt moeten worden, wordt die noodzaak ook op teamniveau gevoeld, is de gedachte, en voelen leidinggevenden zich gesteund als ze ingrijpen – er is immers een duidelijke lijn in de organisatie. Een leidinggevende zegt:

“Wat voor mij van groot belang is, wat mij helpt daarin, is dat het gedragen wordt vanuit de totale organisatie. Dat maakt het ook makkelijker om ook aan collega’s duidelijk te maken dat er een achterliggende reden voor bepaalde besluiten is, en waarom we dat belangrijk vinden.”

- Deelnemer 5, leidinggevende GGZ

Het gaat hier bijvoorbeeld om protocollen met te nemen stappen voor zorgprofessionals en leidinggevenden als er een incident plaatsvindt, en ook dat en hoe duidelijk gemaakt kan worden waarom bepaald gedrag ongewenst is. De nadruk zou ook meer op preventie moeten liggen in plaats van alleen op nazorg na incidenten. De ‘duidelijke norm’ wordt dan onderdeel van de cultuur, volgens de deelnemers, en het wordt duidelijk waaraan mensen zich dienen te houden. Het is behulpzaam om die protocollen en gedragsregels vanuit ‘hogerop’ te ontvangen, en ze te implementeren. Volgens de deelnemers wordt op dit moment nog niet voldoende gedaan.

Bij de vraag welke trainingen of interventies geïmplementeerd worden en waar de keuze voor trainingen op gebaseerd wordt, geven sommige participanten aan dat die keuze binnen het team is gemaakt, en niet door de organisatie. Volgens sommigen komt die keuze voort uit wat zij ‘vriendjespolitiek’ noemen. Een training werd gekozen omdat deze door een bekende gegeven werd en niet per se op basis van de effectiviteit van die training. Participanten zien dit liever anders, namelijk dat de keuze voor trainingen op organisatieniveau wordt afgesproken en vanuit de organisatie wordt aangeboden. Hoewel e-learnings vaak wel organisatiebreed worden geïmplementeerd, ontbreken in e-learnings vaak afdelingsspecifieke voorbeelden. Deelnemers willen graag weten of ze een effectieve training volgen.

Implementatie en handhaving

De deelnemers geven aan dat een duidelijke visie vanuit de organisatie doorgevoerd moet worden naar de teams, en dat deze visie vervolgens ‘teamcultuur’ moet worden. Volgens een aantal deelnemers is dit het belangrijkste:

“Ik denk dat het belangrijkste handvat is dat we een cultuur hebben in ons team waarbij we met elkaar discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag niet tolereren. Dat is het eerste, denk ik.”

- Deelnemer 6, verpleegkundige GGZ

De werkcultuur van het team heeft volgens de participanten invloed op het vóórkomen van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag, en op de ruimte die gevoeld wordt om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag aan te kaarten. Het gaat dus niet alleen om de aanwezigheid van een organisatievisie, maar vooral ook om implementatie in de praktijk en het handhaven van opgestelde regels.

“Heel mooi al die gedragscodes, is allemaal mooi, op papier, – we hebben allemaal hele leuke regeltjes, alles heel mooi afgebakend – maar er wordt nergens op gehandhaafd.”

- Deelnemer 2, verpleegkundige en docente

Op de vraag hoe een cultuur waarin discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag niet getolereerd wordt tot stand kan komen en in stand kan worden gehouden, benadrukken de deelnemers het belang van een open feedback- en lerende cultuur. De deelnemers stellen dat er behoefte is aan ruimte binnen de werkomgeving om gesprekken te kunnen voeren, een cultuur waarin collega's zich kwetsbaar durven op te stellen tegenover elkaar, en waardoor deze gewenste cultuur wordt 'onderhouden':

“Of dat je elkaar er weer op attendeert van: hoe willen we nou werken met elkaar en met onze cliënten? Want soms kan het ook onderling tussen je collega's, er kan ook een soort normvervaging soms ontstaan, dan krijg je bepaalde cultuurverschillen op afdelingen. We gaan hier zo met mekaar om. Dat moet je - denk ik - proberen te vermijden, dat het een soort 'wij-zij-dingetje' gaat worden, want er komt iemand van een andere afdeling, komt hier werken. En die: waar zijn jullie mee bezig? Je moet elkaar blijven aanspreken en toetsen.”

- Deelnemer 5, leidinggevende GGZ

Op de vraag wanneer deze gesprekken moeten plaatsvinden, geven de participanten aan dat het lastig is om nieuwe momenten te creëren in een veeleisend zorgsysteem waar constante tijdsdruk heel normaal is. Zij geven aan dat zij deze gesprekken nu voeren in overdrachten en overleggen, waarin eerdere meldingen worden besproken. Daarin wordt geëvalueerd of er nazorg heeft plaatsgevonden na een incident, en wordt casuïstiek doorgenomen om daarvan te leren. Tijdens deze contactmomenten kunnen zorgprofessionals naar elkaar toe groeien. Participanten uit grotere en wisselende teams zeggen dat zulke momenten moeilijk te vinden zijn omdat ze niet altijd met dezelfde collega's werken.

“Wij doen elke ochtend een ochtendoverdracht waar de opgenomen patiënten overgedragen worden. En dan na die ochtendoverdracht is er altijd een half uurtje onderwijs - en toen ging dat half uurtje opeens over sociale veiligheid. Maar dan zit je in een groep van allerlei soorten mensen: specialisten, coassistenten, zorgprofessionals die elkaar niet goed kennen. En dan opeens ging het over sociale veiligheid, van: wat vindt iedereen ervan? Ik denk dan: eerst moet je die veiligheid onderling wel hebben voordat je dit gaat bespreken. Dus dat werkt niet.”

- Deelnemer 11, arts Ziekenhuis/UMC

Meerdere participanten benadrukken het belang van zo'n gevoel van veiligheid, ook omdat dit bijdraagt aan openheid bij het doen van meldingen. De leidinggevende speelt volgens de deelnemers een belangrijke rol bij het creëren van veiligheid en het onderhouden van een cultuur waarin 'moeilijke' of kwetsbare gesprekken kunnen plaatsvinden. Deelnemers delen ervaringen die ze hebben met leidinggevers die een duidelijke visie over discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag communiceerden, en bij wie ze zich comfortabel genoeg voelden om een incident te delen. Zij geven aan dat dit mede afhangt van de eerdere functies en opleidingen van hun leidinggevende. Deze leidinggevers hadden deze competenties dankzij hun specifieke achtergrond, bijvoorbeeld werkervaring in organisaties waar er een duidelijke visie was uitgedragen tegen discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag of als aandachtfunctionaris sociale veiligheid, of ze waren trainer (geweest) op het terrein van omgaan met discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Zo hebben ze adequaat leren omgaan met discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag van zorgprofessionals. Voor de geïnterviewde werknemers lijkt het niet duidelijk of hun huidige leidinggevende zelf over voldoende handvatten beschikt voor het creëren van zo'n veilige cultuur. De positieve kwaliteiten

van een leidinggevende die als betrouwbaar wordt ervaren bij het melden van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag worden volgens de deelnemers veelal als bijkomstigheid gezien, in plaats van als kenmerk van goed functioneren of functie-eis.

“En vooral vind ik dat daarin onze leidinggevende een hele centrale rol speelt, want die is heel transparant en die kan mensen ontzettend goed zeggen over hoe ze over dingen denkt zonder daarmee denigrerend te worden.”

- Deelnemer 6, verpleegkundige

Deelnemers bij wie de leidinggevende op hen af is gestapt om te vertellen dat discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag niet worden getolereerd, vaak tijdens hun inwerkperiode, vertellen dat dit op hen een zeer positieve indruk had gemaakt.

De geïnterviewde leidinggevendens weten waar zij werknemers naartoe kunnen verwijzen na een incident. Ze weten echter niet hoe een gesprek te beginnen en te voeren met een werknemer die seksueel discriminatie en/of seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft meegemaakt. Zij stellen behoefte te hebben aan handvatten om zulke gesprekken te kunnen voeren en hun medewerkers te kunnen ondersteunen.

Verder vinden deelnemers het belangrijk om bij het inwerken van nieuwe medewerkers de nadruk te leggen op het onderwerp discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Hier zou volgens de participanten tijd en ruimte voor vrijgemaakt moeten worden, zodat naast het volgen van bestaande e-learnings nieuwe medewerkers ook de werkcultuur van de afdeling kunnen observeren. De rol van de leidinggevende is hierin belangrijk:

“Bij een vorige functie had ik een leidinggevende. Ik kan hem wel benoemen als een rolmodel. Hij was het tegenovergestelde van iemand die discrimineert voor mij. Hij heeft het ook letterlijk gevraagd: mocht ooit zo’n situatie zich voordoen... Hij heeft gewoon letterlijk uitgesproken van: dan wil ik gewoon dat je direct naar mij toe komt. Al voordat überhaupt zich zoiets heeft voorgedaan. Dat is echt al jaren terug, dat hij zelf daarmee kwam omdat hij dat belangrijk vond.”

- Deelnemer 12 – Onderzoeker UMC

Bij hun aantreden creëren sommige leidinggevendens een comfortabele omgeving waarin duidelijk wordt gemaakt dat zorgprofessionals terecht kunnen met hun zorgen. Deze maatregel lijkt ‘klein’ en eenvoudig, maar blijkt zeer impactvol. Zij stellen dat deze leidinggevendens zich bewust zijn van de culturele en religieuze verschillen in de groep en dit als iets positiefs zien – dit geldt overigens ook voor het benoemen van genderverschillen in het team. Het duidelijk benoemen van deze positieve verschillen maakt dat de deelnemers zich welkom voelen.

De deelnemers geven ook aan dat leidinggevendens door hun verschillende taken en verantwoordelijkheden overbelast kunnen raken, waardoor er weinig ruimte en tijd is voor aandacht voor discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag.

“Je moet je voorstellen: een huisarts is in deze tijd zelf aan het verdrinken. Dus dat kost allemaal extra tijd als jij als huisarts ook nog steeds andere petten op moet hebben, en manager moet zijn, en vertrouwenspersoon moet zijn. Dat is gewoon te veel, dus vaak ook niet haalbaar. En dat leidt er soms toe dat collega’s onbewust bijdragen aan het verzwijgen van incidenten: En dat zie je dus, als collega zie jij dat er een ander overloopt. Wat doe je dus negen van tien keer: in de doofpot.”

Deelnemer 8 – praktijkondersteuner huisartsgeneeskunde

De stem van gemarginaliseerde groepen en zzp'ers

Op microniveau beschrijven deelnemers van verschillende religieuze en etnische achtergronden dat zij zich verantwoordelijk voelen over het verbeteren van dagelijkse gebeurtenissen op gebied van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Hun eigen ervaringen spelen een rol.

“Ik vind het belangrijk dat we een veilig werkklimaat hebben, ook voor mezelf. Dus ik constateer dat en ik denk: ik wil hier wat mee. Maar aan de andere kant denk ik: de organisatie biedt mij ook niet de mogelijkheid dat er tijd is of dat er mogelijkheden gecreëerd worden om dit wel aan te kaarten.”

- Deelnemer 11, arts ziekenhuis/UMC

De deelnemers ervaren deze verantwoordelijkheid daarom als een additionele taak, zonder dat zij de ruimte voelen om daadwerkelijk iets te kunnen doen. Een van de deelnemers geeft aan deze verantwoordelijkheid, als gevolg van dagelijkse ervaring met discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag op basis van haar achtergrond, als emotionele belasting te ervaren. Dit komt voor in het contact met patiënten, vooral als ze moet invallen in een praktijk.

“Wanneer ik een patiënt uit de wachtkamer haal doe ik echt extra mijn best, ik ben continu aan het performen. Daarvan denk ik: dat hoort eigenlijk ook niet. Waarom doe ik dat? Omdat ik weet dat de patiënt mij mogelijk niet mag? Dan ga ik dus extra mijn best doen, in de hoop dat hij mij wel mag. Daarom denk ik soms van: hoort dit eigenlijk dan wel, zou dit dan preventief ook misschien anders moeten?”

- Deelnemer 8, praktijkondersteuner huisartsgeneeskunde

Ook deze deelnemers hebben behoefte aan persoonlijke handvatten, met een focus op hoe om te gaan met dit extra werk, dat hun collega's die geen dagelijkse confrontatie met discriminatie en vormen van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag ervaren niet hoeven te doen. Tevens is het de vraag hoe veilig deze zorgprofessionals zich voelen in hun werkomgeving. De zorgprofessionals zeggen gehoord te willen worden, en dat stappen nodig zijn voorbij bewustwording van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag naar daadwerkelijke actie. Een deelnemer legt de nadruk op het belang van de zichtbaarheid van diversiteit, vooral ook in de dagelijkse praktijk. Volgens deze deelnemer wordt diversiteit wel zichtbaar gemaakt door PR, maar blijft discriminatie ondertussen wel gangbaar in de praktijk.

“Er is iemand met een hoofddoek, er is een Aziatisch iemand, diversiteit is te zien op intranet. Er wordt aan dat soort beeldvorming gewerkt sinds ik jong ben. Al minstens twintig jaar zie ik het gebeuren en zie ik geen effect op de wandelgangen.”

- Deelnemer 11, arts ziekenhuis/ UMC

Over diversiteit als positief element wordt volgens de deelnemers wel nagedacht in de organisatie, maar niet over de kwetsbaarheden die met een diverse organisatie gepaard gaan.

De visie dat discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag niet getolereerd wordt, moet volgens de geïnterviewden ook zichtbaar zijn voor patiënten en hun verwanten, vooral in omgevingen waarin zorgprofessionals van locatie en afdeling wisselen. Een boodschap, bijvoorbeeld in de wachtkamer, kan ervoor zorgen dat zowel zorgprofessional als patiënt begrijpen dat discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag niet getolereerd worden. Een van de deelnemers gaf aan dat dit kan door een boodschap op de televisies in de wachtkamers of posters waarop vermeld wordt dat discriminatie niet getolereerd wordt.

“Vaak hoop je dat de patiënt al weet dat discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag niet te tolereren is. Dat moet je ook kenbaar maken op de website en in de wachtkamer, op het moment dat ze zitten, dat ze al weten van: dit kan hier niet.”

- Deelnemer 8, praktijkondersteuner huisartsgeneeskunde

Deze duidelijkheid zou volgens deelnemers een gevoel van veiligheid geven aan de mensen die in de zorg werken.

Verder is er tijdens de interviews gevraagd waar zzp'ers heen kunnen als ze discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag ervaren, en of, en waar, zij handvatten aangereikt krijgen. Deelnemers die in loondienst zijn stellen hiervan niet op de hoogte te zijn. Meestal komen dezelfde zzp'ers in hun team vaker, waardoor er meer ruimte is om het gesprek aan te gaan, maar dit is niet altijd het geval. Goede voorbeelden van het betrekken van zzp'ers bij het team zijn bijvoorbeeld het koppelen van zzp'ers aan een leidinggevende of aan een collega, of hen de zorg voor minder complexe patiënten te laten verzorgen. Dit biedt, volgens de deelnemers, een vorm van veiligheid en een veiliger werkklimaat voor zzp'ers.

Soft skills

Voortbordurend op het voorgaande, waarin aandacht is besteed aan beleid, implementatie, handhaving en de rol van gemarginaliseerde groepen, noemen deelnemers ook andere zaken waar meer behoefte aan is. Voorop staat voor hen het belang van competenties ofwel soft skills, waarbij het hebben van een luisterend oor voor collega's, communicatievaardigheden, en reflecterend vermogen worden genoemd. Het is dan ook belangrijk om deze soft skills mee te nemen in de handvatten, iets dat volgens de deelnemers nog te weinig wordt gedaan. Zij vinden het kunnen geven en ontvangen van feedback belangrijk, waarbij de intentie moet zijn om te leren van elkaar en van de casuïstiek die mensen meebrengen. Maar goed geven en goed ontvangen van feedback zodanig dat daarvan geleerd kan worden, is onvoldoende aangeleerd en wordt niet goed genoeg onderhouden:

“...en ook dat je kritisch blijft op elkaar. Op een respectvolle manier de dingen durft te zeggen waarvan je denkt van: dit draagt bij tot goede zorg. En waardoor je dan ook prettiger kunt werken, dat je daar ook de resultaten van ziet. Dat moeten we met zijn allen blijven zien”

Deelnemer 5, leidinggevende GGZ

De deelnemers benoemen een verandering in cultuur waarbij soft skills goed te pas komen. Een eerdere straffende cultuur heeft volgens hen geen plek meer in de zorg, alleen al omdat het niet leidt tot verbetering in gedrag. Er wordt meer nadruk gelegd op het samen creëren van een cultuur waarin wederzijds respect, begrip en open communicatie centraal staan. Hierbij wordt een proactieve houding verwacht van zowel leidinggevend als zorgprofessionals, waarbij zij niet slechts corrigeren, maar ook constructief bijdragen aan de ontwikkeling van hun collega's.

“En die cultuur is volgens mij... Dat is, dat zet je toch wel heel erg met elkaar neer, volgens mij. Ook wel allemaal - denk ik - door schade en schande wijs geworden. Want we hebben ook te lang met elkaar in een cultuur gezeten waarin we ook maar of dingen alleen maar afstraffen of dingen tolereerden. En dat hadden wij niet goed. Het gaat echt om begrenzen en begrijpen.”

Deelnemer 6 - verpleegkundige GGZ

Hierbij benadrukken de deelnemers hoe belangrijk het is dat communicatie en begrip centraal staan, ook bij incidenten van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. De deelnemers proberen te reflecteren op de oorzaak van het discriminerende en seksueel grensoverschrijdende gedrag, waardoor ze meer grip krijgen op de situatie. Dit reflectievermogen heeft een deel van de deelnemers geleerd in trainingen, maar de meesten hebben dit meegekregen in het bestaande team waarvan ze onderdeel zijn geworden. Daarnaast benoemen zij dat er meer aandacht nodig is voor het ontwikkelen en onderhouden van deze vaardigheden.

Trainingen in soft skills zouden structureel ingebed moeten worden in het beleid van organisaties. Dit vraagt om een integrale aanpak waarbij de zorginstellingen investeren in voortdurende professionele ontwikkeling van hun medewerkers, met een focus op niet alleen vaktechnische competenties, maar ook op de interpersoonlijke vaardigheden die volgens de deelnemers cruciaal zijn voor een gezonde werkcultuur.

3.4 Co-creatie sessies

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van de Participatory Learning & Action (PLA) sessies ofwel co-creatie sessies. Gedurende deze sessies delen leidinggevenden en ondersteuners zoals HR-adviseurs, managers, trainers hun ervaringen en geven zij aan welke ondersteuning en tools zij zelf nodig hebben om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag te voorkómen en aan te pakken. De centrale vraag is: *“Welke tools en ondersteuning helpen leidinggevenden en ondersteuners om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag te voorkomen of aan te pakken?”* We formuleerden de volgende deelvragen:

- Waarom lukt het leidinggevenden niet om (tijdig) actie te ondernemen om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag te voorkomen?
- Wat ontbreekt er in de huidige ondersteuning en tools die je tot je beschikking hebt?
- Wat is er nodig om de ondersteuning en tools te versterken bij het aanpakken van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag?

De sessies waren gericht op het identificeren van concrete uitdagingen en het verkennen van mogelijke oplossingen.

Casussen en Uitdagingen

In de eerste co-creatie sessie zijn de meest voorkomende uitdagingen geïdentificeerd op basis van de casuïstiek die de deelnemers hadden ingebracht. De drie onderstaande uitdagingen zijn het meest genoemd:

1. Het ontbreken van voorbeeldgedrag – Leidinggevenden en zorgprofessionals laten niet altijd het gewenste gedrag zien zodat hun collega's dat kunnen volgen.
2. Niet weten wat te doen – Leidinggevenden beschikken niet altijd over de vaardigheden en kennis om effectief met discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag om te gaan, en ze weten niet altijd welke maatregelen kunnen worden genomen.
3. Geen aanspreekcultuur – Binnen teams is een cultuur waarin discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag openlijk en tijdig kan worden besproken veelal afwezig.

Deze uitdagingen worden duidelijk uit de besproken casuïstiek (zie voorbeeldcasus).

Voorbeeldcasus: Groepsproblematiek en Pesten

Een afdeling van een zorgorganisatie bestaat uit zeven vrouwen die al meer dan 20 jaar met elkaar samenwerken, en zij beschrijven hun afdeling als ‘een hecht team’. Door de jaren heen is hun band versterkt door gedeelde persoonlijke ervaringen, zoals het gezamenlijk verzorgen van chronisch zieke collega's. De casus betrof een nieuwe collega, een vrouw met een niet-Westerse migratieachtergrond, die zich al snel buitengesloten voelde door het team. Ze kreeg de minst aantrekkelijke werkplek, ze werd niet betrokken in sociale interacties zoals het op maandag vragen naar hoe haar weekend was geweest, en ze kreeg de minder gewaardeerde taken toebedeeld. De leidinggevende van het team greep niet in en nam deel aan het pesten; er werd geen norm gesteld over gewenst gedrag, en voorbeeldgedrag van de leidinggevende was juist meedoen aan het pesten. De nieuwe collega voelde zich buitengesloten. Toen de nieuwe collega de situatie aankaartte bij de teamleider en manager, en ook van andere collega's bleek dat de collega niet werd gewaardeerd, werd een groepsgesprek georganiseerd onder leiding van HR. Hoewel het gesprek aanvankelijk goed leek te verlopen, bleek het pesten tijdens de bijeenkomst door te gaan onder andere via WhatsApp, en ontstond er een conflict. Het pesten had geen consequenties, en de nieuwe collega werd als probleem gezien door het team. De getroffen zorgprofessional heeft de organisatie verlaten. Kort daarna herhaalde hetzelfde patroon zich met een nieuwe collega met een Westerse migratieachtergrond. Nu is er voor de derde keer een vacature.

Deze casus illustreert hoe diepgewortelde groepsdynamiek en afwezigheid van positief voorbeeldgedrag door leidinggevendenden kunnen leiden tot een ongunstige werkomgeving. Door de afwezigheid van een aanspreekcultuur worden problemen niet tijdig herkend en aangepakt, wat heeft geleid tot het achtereenvolgende vertrek van meerdere zorgprofessionals. De casus benadrukt het belang van een aanspreekcultuur waarin voorbeeldgedrag een rol speelt, alsmede de noodzaak tot betere ondersteuning en tools voor leidinggevendenden om uitsluiting op de werkplek effectief aan te pakken.

Op basis van de groepsdiscussies werd uiteindelijk de volgende vraag geformuleerd: Hoe kunnen we leidinggevendenden helpen om het thema discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag (terug) in de lijn te krijgen? Hierbij van belang: (1) eigenaarschap in het hele team en (2) het thema genormaliseerd & continu op de agenda hebben.

Deze vraag komt voort uit de verschillende uitdagingen die zijn besproken, zoals het belang van voorbeeldgedrag maar ook de uitdaging hoe zulk voorbeeldgedrag binnen de zorgsector te normaliseren. Leidinggevendenden spelen vaak een sleutelrol, maar het is ook noodzakelijk dat een cultuur van aanspreekbaarheid en verantwoordelijkheid wordt gecreëerd. De deelnemers stellen dat het normaliseren van gewenst gedrag essentieel is, en dat feedback geven op discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag een terugkerend en collectief gedragen onderdeel moet zijn van de organisatiecultuur.

Tijdens de sessies wordt ook besproken dat zorgorganisaties vaak voorzichtig en angstig zijn om mensen aan te spreken, mede door personeelstekorten. Hierdoor wordt ongewenst gedrag soms getolereerd, uit angst voor personeelsverloop. De vraag hoe leidinggevendenden kunnen worden ondersteund, draait daarom niet alleen om het leren van vaardigheden hoe zorgprofessionals aan te spreken op hun gedrag, maar vooral ook om het leren van vaardigheden dit effectief en constructief te doen. Voorbeelden van handvatten om bovenstaande te adresseren en te leren die genoemd zijn:

Moreel beraad – een gestructureerd overleg waarin zorgprofessionals ethische dilemma's met elkaar bespreken. Dit kan helpen bij het creëren van een veilige omgeving voor reflectie, het bevorderen van een cultuur waarin het bespreken van moeilijke onderwerpen normaal wordt, en het ontwikkelen van reflectievaardigheden.

Aandachtsfunctionaris – een centrale persoon binnen de organisatie houdt zich specifiek bezig met het thema discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Deze persoon kan zorgprofessionals ondersteunen, beleid ontwikkelen met logisch samenhangende maatregelen en een consistente aanpak.

Heldere normstelling – er worden vanuit de organisatie duidelijke waarden gedefinieerd en normen gesteld ten aanzien van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag, en deze worden breed gedragen in alle lagen van de organisatie en regelmatig onder de aandacht gebracht. Dat betekent ook dat gestelde normen tot op teamniveau geldig zijn en dat er consistent wordt gehandhaafd. Leidinggevendenden op alle niveaus spelen hierin een cruciale rol en communiceren actief waarom dit belangrijk is. Extra aandacht is nodig voor communicatie naar zorgprofessionals die elkaar minder vaak fysiek ontmoeten, zoals in de extramurale zorg.

Financiële ruimte en training – Financiële middelen zijn essentieel voor het opzetten van een trainingsprogramma en dit standaard aan te kunnen bieden aan alle zorgprofessionals, inclusief in de organisatie werkzame zzp'ers. Training omvat bijvoorbeeld het leren herkennen van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag, het aanspreken van collega's, en ook het omgaan met het ontvangen van feedback.

Structurele aandacht tijdens het werkoverleg – Er is geregeld aandacht voor discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag tijdens het werkoverleg. Teams reflecteren gezamenlijk op ervaringen, uitdagingen en oplossingen. Een gestructureerde aanpak voorkomt miscommunicatie en draagt eraan bij dat problemen in een vroeg stadium worden aangepakt.

Reflectie na incidenten – Incidenten worden benut als leermomenten voor gedragsverandering, door bijvoorbeeld gebruik te maken van incidentenanalyse. Dit biedt een gestructureerde manier om van incidenten te leren en verbeteringen door te voeren.

Geleidelijke implementatie – Er is erkenning voor het feit dat er geen ‘quick fix’ is voor deze complexe kwesties. Een HRM-benadering waarin onboarding, voortdurende scholing en reflectie binnen teams wordt bevorderd draagt bij aan structurele verankering van de gewenste organisatiecultuur. Tijd, aandacht en eigenaarschap zijn voorwaarden om zo’n cultuur succesvol te implementeren.

Spreek over discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag en het normaliseren van dat gesprek is een eerste stap; het draagt bij aan een hoger gevoel van urgentie. Echter, om ervoor te zorgen dat gewenst gedrag genormaliseerd wordt zijn handvatten nodig die structureel geïmplementeerd worden.

3.5 Reflecties op de bevindingen

De implementatie van beleid

In de literatuur vinden we slechts enkele evaluaties van beleid tegen discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Studies richten zich met name op het aantal meldingen en ervaringen van werknemers voor en na de implementatie van een handvat, zoals periodieke terugkoppeling van de vertrouwenspersoon (bijv. Batenburg & Hubben, 2023). In de meeste studies wordt wel advies gegeven over beleid, maar effectiviteit van handvatten wordt zelden geëvalueerd. Hier vinden we dus een kennishiaat. Uit onze bevindingen blijkt dat zorgprofessionals zien dat zorgorganisaties wel vaak handvatten op organisatieniveau hebben, zoals beleid voor het melden van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag, gedragscodes en richtlijnen. Echter, een substantieel deel van de zorgprofessionals weet niet of deze beschikbare handvatten daadwerkelijk worden toegepast binnen hun organisatie. Implementatie van het beleid lijkt onvolledig. Beleid blijft dan beperkt tot het formuleren van een visie, zonder dat deze voldoende wordt vertaald naar de praktijk. Echter, hier is wel behoefte aan. De vraag is dus of zorgorganisaties voldoende handvatten en ondersteuning bieden om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag adequaat en consequent aan te pakken. Ahmed (2012) verwijst naar dit fenomeen als ‘doing the documents’ – het staat op papier. Echter, beleid implementeert niet zichzelf.

Het belang van soft skills en kennis

Het belang van een dialoog over discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag komt sterk naar voren in onze bevindingen. Eerder onderzoek, buiten de zorgsector, toont aan dat kennis ontbreekt over de systemische aard van deze problematiek, zoals intersectionele discriminatie, in de beschikbare handvatten. Hierdoor wordt discriminatie vaak als geïsoleerd incident beschouwd, in plaats van als symptoom van een overstijgend systeem dat tot uitdrukking komt in praktijken en procedures, en ook in relaties tussen collega’s of tussen zorgprofessionals en cliënten. Dit geldt bijvoorbeeld voor het normaliseren van seksueel grensoverschrijdend gedrag zoals seksistische en seksueel getinte grapjes die grensoverschrijdend zijn, waarbij gesprekken hierover vaak ontbreken. Movisie (2024) bracht onlangs een toolkit uit voor leidinggevenden en vertrouwenspersonen om seksueel grensoverschrijdend gedrag op het werk bespreekbaar te maken. Ook heeft Sofokles (2024) een integraal project over grensoverschrijdend gedrag uitgevoerd. Daarin zijn leidraden ontwikkeld om het gesprek te faciliteren. In onze bevindingen zien we verder weinig effectieve handvatten tegen de meer subtiele vormen van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Deze vormen van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn echter wel de voedingsbodem waaruit ernstige incidenten kunnen ontstaan, en kunnen dóórgaan (NASEM, 2018). Voor het herkennen en bespreken van subtiele vormen van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag, en het communiceren daarover, zijn kennis, inlevingsvermogen en communicatievaardigheden nodig (competenties). Uit onze bevindingen blijkt dat hier ook behoefte aan is.

Pharos (2023) benadrukt ook het belang van kennis, attitude en vaardigheden voor het bespreken van diversiteit. Diversiteit gaat niet alleen over verschil – het gaat ook over ongelijkheid, en over achterstelling, en daarmee over discriminatie. Competentie gaat dus verder dan alleen kennis over diversiteit, maar omvat ook een open houding en de vaardigheden om vraagstukken op gebied van diversiteit in de werkcontext effectief aan te pakken. Het vraagt ook bewustzijn van eigen vooroordelen en de bereidheid om met complexiteit om te gaan (reflexiviteit, zie Verdonk & Abma, 2013). Het Zwart Manifest (2021) wijst op het belang van intercultureel management om dit bewustzijn en die bereidheid te kunnen bewerkstelligen. Meer subtiele vormen van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag creëren veelal dilemma’s, zoals de vraag of er iets van gezegd moet of mag worden, en wanneer, en tegen wie. Reflectievaardigheden kunnen helpen om

dergelijke beslissingen weloverwogen te nemen. Een raamwerk zoals moreel beraad kan zorgprofessionals ondersteunen bij het reflecteren op ethische dilemma's en het versterken van hun morele veerkracht (Molewijk et al., 2009; Kröger et al., 2024). Andere hulpmiddelen zoals The Diversity Compass van Kröger et al. (2024), werk van Movisie (Felten & Broekroelofs, 2022) en het keurmerk De Roze Loper (n.d.) bieden concrete handvatten voor het bevorderen van diversiteit en inclusie, en dus het tegengaan van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag, in zorginstellingen.

De rol van de leidinggevende

In onze resultaten vinden we een verschil tussen leidinggevenden en zorgprofessionals wat betreft kennis over de beschikbaarheid van handvatten tegen discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Leidinggevenden zijn positiever over handvatten tegen discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag en geven aan deze handvatten goed te kunnen vinden. Zorgprofessionals leggen de verantwoordelijkheid voor het aanpakken van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag vooral bij leidinggevenden. De bevindingen wijzen op een gebrek aan heldere communicatie over wie verantwoordelijk is voor handhaving van normen, hoe incidenten te melden, en welke handvatten op welk moment bruikbaar of noodzakelijk zijn. Deze onduidelijkheid kan bijdragen aan terughoudendheid van leidinggevenden en zorgprofessionals om op te treden bij incidenten van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag, bijvoorbeeld uit angst voor onbegrip bij collega's, of simpelweg onwetendheid over wat te doen (handelingsverlegenheid).

4. Synthese: Aanbevelingen voor praktijk, beleid en onderzoek

In een synthese van de resultaten uit de verschillende onderdelen van het onderzoek (literatuurstudie, een vragenlijst, interviews en co-creatie sessies) zijn aanbevelingen geformuleerd. De resultaten geven niet alleen inzicht in gehanteerde en gewenste strategieën om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag tegen te gaan. Ook bieden ze inzicht in de contextuele factoren die binnen het Nederlandse zorgsysteem discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag in stand houden of implementatie van handvatten belemmeren. In dit hoofdstuk worden deze contextuele factoren besproken, gevolgd door aanbevelingen die zijn onderverdeeld naar verschillende niveaus. Wat zouden organisaties moeten doen op managementniveau, richting leidinggevenden, en richting zorgprofessionals? Dit hoofdstuk bespreekt ook aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

4.1 Contextuele factoren

Onregelmatige contactmomenten met collega's. In verschillende zorgomgevingen hebben mensen die in de zorg werken vaak te maken met onregelmatigheid in de momenten waarop ze met hun collega's in contact komen. Dit kan te maken hebben met wisselende roosters of de manier waarop tijdelijke medewerkers of zzp'ers worden ingezet. In extramurale setting komen mensen die in de zorg werken elkaar ook minder vaak tegen. Dit kan de opbouw van onderlinge relaties en teamcohesie belemmeren, wat cruciaal is voor een werkomgeving waarin discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag kan worden voorkomen en/of aangepakt.

Werkdruk. In de zorgsector is de ervaren werkdruk hoog. Dit kan directe gevolgen hebben voor het welbevinden van mensen die in de zorg werken en communicatie kan verslechteren. De hoge ervaren werkdruk kan het vinden van ruimte en tijd voor reflectie of het bespreken van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag bemoeilijken, waardoor problemen blijven bestaan of escaleren: 'De vloer trekt altijd'.

Verloop van zorgprofessionals en leidinggevenden. In veel zorgomgevingen is er sprake van veel verloop. Dit kan een gevolg zijn van onvrede, werkdruk, onbehoorlijke planning en bezetting. Mogelijk hangt dit ook samen met het voorgaande thema – de inzet van tijdelijke zorgprofessionals en van zzp'ers. Veel verloop kan een gebrek aan continuïteit en stabiliteit veroorzaken binnen teams, wat het moeilijk maakt om een cultuur van vertrouwen en open communicatie te ontwikkelen.

Onduidelijke hiërarchische lijnen. Niet in alle zorgomgevingen zijn de hiërarchische verhoudingen en verantwoordelijkheden duidelijk. Zorgprofessionals weten niet altijd aan wie zij verantwoording moeten afleggen en bij wie zij terecht moeten of kunnen. Dit kan leiden tot verwarring over wie kan ondersteunen bij het aanpakken van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Tevens worden leidinggevenden niet altijd serieus genomen door mensen die in de zorg werken wanneer er geen duidelijke formele gezagsverhouding is. Wel is er veelal een informele verborgen hiërarchie binnen teams. Formele structuren kunnen dan minder gezag hebben dan informele verhoudingen.

Kennistekort. Uit de resultaten blijkt een gebrek aan kennis over de structurele en institutionele aard van racisme en discriminatie in de samenleving en in de zorg. De specifieke belemmeringen waarmee minderheden te maken kunnen hebben, en hoe verschillende vormen van discriminatie met elkaar samen kunnen hangen (intersectionaliteit) lijken niet in beeld te zijn. Verschillende vormen van discriminatie, naar onder andere culturele achtergrond, seksuele identiteit en/of gender komen gelijktijdig voor waardoor unieke ervaringen van discriminatie kunnen optreden. Seksuele intimidatie van vrouwen van kleur kan zich bijvoorbeeld richten op bepaalde geracialiseerde uiterlijke kenmerken. Deze complexiteit wordt vaak niet herkend in de organisatie, door collega's en/of leidinggevenden.

Normaliseren van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. In sommige zorgomgevingen wordt discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag genormaliseerd. Soms wordt het aanpakken van dergelijk gedrag als omslachtig ervaren. In andere gevallen wordt discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag van cliënten niet alleen getolereerd maar zelfs gehonoreerd, bijvoorbeeld omdat het de cliënt kalmeert (bijvoorbeeld aanraken van de borsten van een zorgprofessional) of wanneer gesteld wordt dat ‘het nou eenmaal bij het klinische beeld hoort’. Normalisering belemmert het aanpakken van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Financiële belemmeringen. De financiële situatie van zorgorganisaties, het gebrek aan middelen, en de noodzaak tot kostenbeheersing beïnvloeden of en hoe organisaties investeren in training en ondersteuning voor mensen die in de zorg werken. Initiatieven tegen discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag krijgen niet altijd prioriteit.

De volgende aanbevelingen komen uit het project naar voren. Dit zijn aanbevelingen aan de organisatie die uitgevoerd kunnen worden op organisatieniveau en gebruikt kunnen worden voor leidinggevend en zorgprofessionals.

4.2 Aanbevelingen op organisatieniveau

Een duidelijke visie en normstelling door de zorgorganisatie en implementatie van visie in beleid en praktijk zijn essentieel. Protocollen en gedragscodes zijn veelal ontwikkeld, maar moeten door zorgorganisaties ook actief worden geïmplementeerd, toegepast en gehandhaafd.

Agenderen van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Zet discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag hoog op de agenda van zorginstellingen. Leg de nadruk op bewustwording van de urgentie. Maak tijd, financiële middelen en organisatorische ruimte vrij voor het voorkomen en aanpakken van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Zichtbaarheid van standpunt over discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Communiceer duidelijk dat discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag niet wordt getolereerd, zowel binnen de organisatie als naar cliënten, patiënten, en hun familie of verzorgers. Maak het beleid zichtbaar in wachtruimtes, spreekkamers en op websites, zodat niet alleen zorgprofessionals maar ook patiënten en cliënten op de hoogte zijn van het beleid.

Aandacht voor diversiteit en inclusie. Stel trainingen in het omgaan met complexe en gevoelige situaties, zoals cultuursensitief werken, verplicht. Adresseer uitdagende thema's zoals racisme en discriminatie. Zorg dat zorgprofessionals de kans krijgen om de juiste kennis, vaardigheden en attitudes te ontwikkelen. Richt het beleid op alle collega's en niet alleen op gemarginaliseerde groepen.

Bespreken van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Bespreek discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag met zorgprofessionals als directie, beleidsmakers en leidinggevend. Geef duidelijk grenzen aan wat wel en niet acceptabel is. Houd in beleid en bij het ontwikkelen van handvatten rekening met de unieke ervaringen van verschillende groepen in de organisatie, zoals oudere zorgprofessionals, vrouwen van kleur, vrouwen met een hoofddoek, en seksuele minderheden (intersectionaliteit). Zorg dat een dialoog met de betrokken groepen onderdeel is van de beleidsontwikkeling.

Zelfredzame teams en communicatie over groepsdynamiek. Faciliteer gestructureerde communicatie over groepsdynamiek binnen zelfredzame teams, waarbij de leidinggevende een afstandelijke rol speelt. Bespreek regelmatig de informele hiërarchieën en onderlinge verhoudingen binnen het team. Zorg, zelfs bij weinig contactmomenten, voor duidelijke afspraken over de omgang met discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag en hoe zorgprofessionals elkaar kunnen ondersteunen bij het signaleren en aanpakken hiervan.

Handhaven van gewenst gedrag. Integreer de normen en waarden met betrekking tot gewenst gedrag in het dagelijks handelen van zorgprofessionals. Maak duidelijk welke omgangsvormen wél gewenst zijn en zorg dat het gewenste gedrag door de hele organisatie wordt uitgedragen. Handel consequent en handhaaf de bestaande afspraken. Monitor en evalueer deze afspraken regelmatig.

Inzet van moreel beraad. Gebruik moreel beraad niet alleen bij grote dilemma's, maar ook om te reflecteren op alledaagse situaties. Geef ethische reflectie zo een vaste plek in de organisatiecultuur.

Aanstellen van een functionaris/projectleider. Stel een functionaris of projectleider aan die verantwoordelijk is voor het opzetten van trainingen, het begeleiden van teams, en het waarborgen van aandacht voor gewenst gedrag binnen de organisatie. Deze rol vereist inhoudelijke deskundigheid en uitgebreide organisatorische kennis.

Implementatie richting zzp'ers en tijdelijke krachten. Betrek zzp'ers en tijdelijke krachten actief bij de ontwikkeling van beleidsmaatregelen die ook op hen van toepassing zijn. Koppel hen aan een specifieke leidinggevende of collega voor begeleiding en ondersteuning in het omgaan met discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag en voor uitleg over gewenst en ongewenst gedrag binnen de organisatie. Voorkom ad-hoc inzet van zorgverleners.

Betrokkenheid van zorgontvangers en familie. Het is belangrijk dat zorgorganisaties zorgontvangers en hun familie proactief informeren over de gedragsnormen binnen de instelling, zoals respect, non-discriminatie, en het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Hiermee wordt aan het begin van de interactie met zorgontvangers en familie duidelijk gemaakt dat dit gedrag niet wordt getolereerd, en besproken wordt. Als dit toch gebeurt, bespreek grensoverschrijdend gedrag van zorgontvangers of familieleden op het teamoverleg. Faciliteer een teamaanpak voor het bepalen van de juiste vervolgstappen.

Richtlijnen bij incidenten. Zorg voor duidelijke richtlijnen voor de afhandeling van incidenten. Maak het proces transparant en zorg dat meldingen tijdig worden afgehandeld. Een snelle en rechtvaardige afhandeling naar alle betrokkenen toont leiderschap en onderstreept dat de organisatie discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag serieus neemt.

4.3 Aanbevelingen voor de organisatie richting leidinggevendenden

Leidinggevendenden kunnen verschil maken door actief op te treden tegen discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag en door het creëren van ruimte voor zorgprofessionals om incidenten te bespreken.

Ondersteuning voor leidinggevendenden. Bied leidinggevendenden actieve ondersteuning bij de ontwikkeling van vaardigheden om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag effectief aan te pakken. Zorg voor toegang tot de benodigde middelen, trainingen, en financiële en structurele ondersteuning.

Voorbeeldfunctie. Erken en waardeer leidinggevendenden die een voorbeeldfunctie vervullen in het tegengaan van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Bied tijd, ruimte en financiële middelen om hun aanpak te delen met andere leidinggevendenden.

Cultuursensitiviteit als competentie. Benoem de rol van de leidinggevende expliciet in het diversiteitsbeleid en integreer cultuursensitiviteit in hun competentieprofiel (culturele competentie). Evalueer dit profiel regelmatig.

Proactieve communicatie. Adviseer leidinggevendenden om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag te benoemen en bespreken tijdens bestaande bijeenkomsten zoals overdrachten en overleggen. Adviseer leidinggevendenden om vanaf het begin van de inwerkperiode duidelijk te communiceren dat discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag niet wordt getolereerd.

Training in soft skills. Train leidinggevendenden in soft skills zoals actief luisteren, het voeren van kwetsbare gesprekken, en het bieden van ondersteuning aan zorgprofessionals die discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben ervaren of hebben overschreden. Zorg voor trainingen die gericht zijn op het herkennen en aanpakken van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag, rekening houdend met de specifieke werkomstandigheden en uitdagingen van leidinggevendenden.

Gedeelde verantwoordelijkheid. Verdeel de verantwoordelijkheid voor het voorkomen en aanpakken van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag over zorgprofessionals, teams en leidinggevend. Zorg voor een cultuur waarin iedereen zich bewust is van zijn of haar rol in het handhaven van gedragsnormen, en elkaar ondersteunt bij het herkennen en melden van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Feedback- en lerende cultuur. Ondersteun leidinggevend in het creëren van een omgeving waarin zorgprofessionals openlijk feedback kunnen geven en ontvangen. Bespreek casussen van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag binnen het team. Stimuleer het bespreken van ervaringen met discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag in functionerings- en exitgesprekken.

4.4 Aanbevelingen voor de organisatie richting zorgprofessionals

Hoewel beleidsmaatregelen en leidinggevend een belangrijke rol spelen in het voorkomen en aanpakken van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag, moeten ook zorgprofessionals zelf door organisaties en leidinggevend worden ondersteund om effectief met deze situaties om te gaan. De volgende aanbevelingen richten zich op het individu binnen de organisatie en kunnen gebruikt worden om hen te ondersteunen:

Bespreekbaarheid van conflicten en feedbackcultuur. Leer zorgprofessionals hoe zij feedback kunnen geven en ontvangen, met nadruk op de follow-up: hoe reageert een teamlid op feedback en wat wordt ermee gedaan? Maak duidelijke afspraken en stel feedbackregels op. Besteed hierbij ook aandacht aan de rol van de omstanders.

Trainingen en bewustwording. Train zorgprofessionals in het herkennen van en omgaan met discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Zorg dat deze trainingen, inclusief omstandertraining, inzicht bieden in de structurele achtergrond van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag en discriminatie. Maak de trainingen op maat door casuïstiek in te voegen die relevant is voor de specifieke afdeling of functie van de zorgprofessional. Integreer deze trainingen vast in het aanbod en stimuleer continu leren.

Ondersteuning voor gemarginaliseerde groepen. Bied gemarginaliseerde groepen aandacht en ondersteuning. Zet bijvoorbeeld mentorprogramma's of buddy-systemen op om hen te begeleiden.

Culturele competentie en groepsverantwoordelijkheid. Neem cultuursensitiviteit expliciet op in competentieprofielen en bespreek dit in functioneringsgesprekken.

4.5 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Op basis van onze bevindingen komen de volgende aanbevelingen voor vervolgonderzoek naar voren. Bij deze aanbevelingen is het van belang om de focus te leggen op beleidsontwikkeling, -implementatie en -evaluatie.

De positie van gemarginaliseerde groepen in beleidsvorming

Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van beleid is noodzakelijk, en niet over en voor, maar *met* en *door* gemarginaliseerde groepen. Toekomstig onderzoek moet zich richten op de inhoud van handvatten op gebied van diversiteit en inclusie in de zorgsector, en hoe deze worden ervaren door groepen zoals mensen van kleur, LGBTQ+ individuen, en mensen met een beperking. Bij zo'n intersectionele beleidsontwikkeling en -analyse kan onder andere gebruik gemaakt worden van de inzichten en handvatten voor beleid zoals ontwikkeld door ECHO (2023). Inclusief beleid vraagt ook om betrokkenheid van deze groepen vanaf het moment dat de agenda wordt bepaald (agenda-setting). Tevens is het noodzakelijk dat evaluatieonderzoek wordt gedaan in hoeverre beleidsmaatregelen aansluiten bij de behoeften van deze groepen en bijdragen aan hun gevoel van gelijkwaardigheid en inclusie op de werkvloer. Door gemarginaliseerde groepen actief te betrekken in het volledige proces, is de kans groter dat het beleid aansluit bij de problemen die zij in de praktijk ervaren.

Structurele en sociale obstakels in de werkomgeving

Onder andere de werkdruk in de zorgsector en de context waarin teams functioneren, zoals bijvoorbeeld leidinggevend op afstand, bemoeilijken het vinden van momenten waarop discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag kunnen worden besproken. Toekomstig onderzoek naar de implementatie van

en communicatie over de verantwoordelijkheid voor die bespreekbaarheid, en ook naar het meldingsproces bij incidenten. Daarnaast is het belangrijk om effectieve strategieën te onderzoeken die leidinggevenden ondersteunen bij het ondernemen van actie, en naar belemmerende factoren zoals terughoudendheid door angst voor conflicten of onwetendheid. Ook kan onderzocht worden hoe werkdruk en teamstructuur invloed hebben op het vermogen van leidinggevenden om discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag consistent bespreekbaar te maken. Tot slot is er behoefte aan onderzoek naar hoe handvatten en trainingen proactief een veilige werkomgeving kunnen bevorderen en naar hun bruikbaarheid in de praktijk.

5. Eindconclusie

Dit rapport biedt een uitgebreid overzicht van ervaringen en behoeften met handvatten tegen discriminatie en seksueel ongewenst gedrag in de zorg- en welzijnssector. De centrale vraag welke tools, interventies en maatregelen werkgevers worden ingezet en de effectiviteit hiervan werd beantwoord door een combinatie van literatuurstudie, een vragenlijst, een interviewstudie, en co-creatie (PLA)-sessies.

Hoewel er beleidskaders en gedragscodes bestaan onderstrepen de bevindingen dat implementatie en verankering in de praktijk vaak onvolledig is. Verder vinden we een kennishiaat over effectieve handvatten om subtiele vormen van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag te herkennen en bespreekbaar te maken. Intersectionele discriminatie, bijvoorbeeld seksueel en raciaal getinte grapjes tegen vrouwen van kleur, wordt vaak niet als zodanig onderkend. Verder is er onvoldoende aandacht voor het herkennen van structurele discriminatie en racisme en daarmee voor het ontwikkelen van bredere competenties. Bestaande handvatten zijn vaak gericht op geïsoleerde incidenten, zoals het hebben van een vertrouwenspersoon, zonder aandacht voor bredere systemische oorzaken en problemen. Leidinggevenden en zorgprofessionals lijken een kloof tussen theorie en praktijk te ervaren, die tot uitdrukking komt in handelingsverlegenheid. Het onderzoek laat verder de verantwoordelijkheid zien van de leidinggevende bij het tegengaan van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Het bespreekbaar maken van discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag in teams blijft een uitdaging, niet alleen maar ook vanwege werkdruk.

In dit project zijn aanbevelingen gedaan; we benadrukken het belang van coherent beleid en het samen met de betrokkenen, zoals zorgprofessionals en leidinggevenden met diverse achtergronden, ontwikkelen van effectieve handvatten die aansluiten op de dagelijkse praktijk en die duurzaam kunnen worden verankerd in de organisatiecultuur. Daarnaast is het van belang dat deze handvatten specifiek inspelen op de diverse ervaringen en behoeften van verschillende groepen binnen de zorg.

6. Referenties

- Abma, T., Banks, S., Cook, T., Dias, S., Madsen, W., Springett, J., & Wright, M. T. (2019). *Participatory research for health and social well-being*. Cham: Springer International Publishing.
- Ahmed, S. (2012). *On being included*. Duke University Press eBooks. <https://doi.org/10.1215/9780822395324>
- Batenburg, P. & Hubben, J. (2023). Voorkom grensoverschrijdend gedrag structureel. *Medisch Contact* <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/voorkom-grensoverschrijdend-gedrag-structureel>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. CBS (n.d.). *Welke branches vallen onder de sector zorg en welzijn?* Centraal Bureau voor de Statistiek [https://www.cbs.nl/nl-nl/faq/arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn-](https://www.cbs.nl/nl-nl/faq/arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn/welke-branches-vallen-onder-de-sector-zorg-en-welzijn-)
- The Combahee River Collective Statement (1977). Download 11 November 2016 from <http://historyisaweapon.com/defcon1/combrivercoll.html>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1(8), 139–16
- Daru, S., Ardon, D., & Doornink, N. (2024). *Toolkit omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen collega's*. Utrecht: Movisie. Geraadpleegd 2 november 2024 <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2024-03/Toolkit-grenzen-op-het-werk-in-de-zorg.pdf>
- Dedding, C., Groot, B., Slager, M., & Abma, T. (2023). Building an alternative conceptualization of participation: from shared decision-making to acting and work. *Educational Action Research*, 31(5), 868–880.
- Duijs, S. E., Abma, T., Schrijver, J., Bourik, Z., Abena-Jaspers, Y., Jhingoeri, U., Plak, O., Senoussi, N., & Verdonk, P. (2022). Navigating voice, vocabulary and silence: Developing critical consciousness in a photovoice project with (un) paid care workers in long-term care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5570.
- Duijs, S. E. (2023). *The Caring Class: Precarization of paid care workers in long-term care and its relation to health, an intersectional perspective*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam-Amsterdam UMC. PhD-thesis. <https://doi.org/10.5463/thesis.55>
- ECHO (2023). *Eindrapportage Pilot intersectionele blik in de discriminatie aanpak*. Den Haag. Download oktober 2024 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/04/05/eindrapportage-pilot-intersectionele-blik-in-de-discriminatie-aanpak>
- Felten, H., & Broekroelofs, R. (2022). *Wat werkt bij het verminderen van discriminatie*. Utrecht: Movisie. <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2022-12/wat-werkt-bij-het-verminderen-van-discriminatie-dec-2022.pdf>
- Frambach, J. M., van der Vleuten, C. P. M., & Durning, S. J. (2013). Quality criteria in qualitative and quantitative research. *Academic Medicine*, 88(4), 552. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31828abf7f>
- Ham, A. (2021) *Who cares? An ethnographic research on the workforce integration of first-generation immigrants in geriatric care in the Netherlands and Germany*. Leiden: Universiteit Leiden. PhD-thesis.
- Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 292, 114523. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
- Hill Collins, P., & Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Polity Press.
- Isik, U., Wouters, A., Verdonk, P., Croiset, G., & Kusurkar, R. A. (2021). “As an ethnic minority, you just have to work twice as hard.” Experiences and motivation of ethnic minority students in medical education. *Perspectives on Medical Education*, 10, 272–278.
- Kröger, C., Molewijk, B., Muntinga, M., & Metselaar, S. (2024). The Diversity Compass: a clinical ethics support instrument for dialogues on diversity in healthcare organizations. *BMC Medical Ethics*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-023-00992-z>
- Leyerzapf, H. (2019). *Doing Diversity: Unsettling the Self-Other Binary. Cultural Diversity in Dutch Academic Health Care*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam-VUmc. PhD-thesis.
- Ministerie van Algemene Zaken (2024). *Regels Gelijke behandeling op het werk*. Rijksoverheid.nl. Geraadpleegd 18 juli 2024 <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gelijke-behandeling-op-het-werk/regels-gelijke-behandeling-op-het-werk#:~:text=Volgens%20artikel%201%20van%20de,zoals%20ras%2C%20godsdienst%20en%20leeftijd>
- Molewijk, B., Van Der Dam, S., Bruijn, A., Kardol, T., & Widdershoven, G. (2009). Moreel beraad in de verpleeghuiszorg: methodisch spreken over goede zorg. *Tijdschrift Voor Verpleeghuisgeneeskunde*, 34(3), 103–106. <https://doi.org/10.1007/bf03081392>
- Mulder, L., Wouters, A., Akwiwu, E. U., Koster, A. S., Ravesloot, J. H., Peerdeman, S. M., ... & Kusurkar, R. A. (2023). Diversity in the pathway from medical student to specialist in the Netherlands: a retrospective cohort study. *The Lancet Regional Health–Europe*, 35, 100749
- NASEM (2018). *Sexual Harassment of Women: Climate, Culture, and Consequences in Academic Sciences, Engineering, and Medicine*. Washington DC: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/24994>

- NEA (2022) <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/16/1-op-de-10-werknemers-voelde-zich-in-2022-gediscrimineerd-op-werk>
- Pharos (2023). *Cultuursensitief werken: Een introductie*. <https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2023/03/20230321-Cultuursensitief-werken.pdf>
- Purdie-Vaughns, V., & Eibach, R. P. (2008). Intersectional Invisibility: The Distinctive Advantages and Disadvantages of Multiple Subordinate-Group Identities. *Sex Roles*, 59(5–6), 377–391. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9424-4>
- De Roze Loper (n.d.). *De Roze Loper voor uw organisatie*. Geraadpleegd 2 november 2024, <https://rozezorg.nl/>
- SoFoKleS (2024). *Aanpak interne agressie en ongewenst gedrag*. Download 3 mei 2024 van <https://sofokles.nl/project/aanpak-interne-agressie-en-ongewenst-gedrag/>
- Stuij, MS., Muntinga, ME., Bakker, M., Bendien, EM., & Verdonk, P. (2020). *Secundaire intersectionele analyse in kwalitatief gezondheidszorgonderzoek: Praktische handleiding*. Amsterdam: Amsterdam UMC. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3901443>
- Van Anel, C. (2022). *Clinical Grade Differences Between Ethnic Minority and Majority Students: Institutional-, assessor-, and student-related factors*. Rotterdam: Erasmus MC. PhD-thesis.
- Van Eck, D., Dobusch, L., & van den Brink, M. (2021). The organizational inclusion turn and its exclusion of low-wage labor. *Organization*, 28(2), 289–310.
- Verdonk, P., Hoofman, W. E., van Veldhoven, M. J., Boelens, L. R., & Koppes, L. L. (2010). Work-related fatigue: the specific case of highly educated women in the Netherlands. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83(3), 309–321. <https://doi.org/10.1007/s00420-009-0481-y>
- Verdonk, P., & Abma, T. (2013). Intersectionality and reflexivity in medical education research. *Medical Education*, 47(8), 754–756. <https://doi.org/10.1111/medu.12258>
- Verdonk, P., Muntinga, M., Leyerzapf, H., & Abma, T. (2019). From Gender Sensitivity to an Intersectionality and Participatory Approach in Health Research and Public Policy in the Netherlands. In *The Palgrave Handbook of Intersectionality in Public Policy* Cham: Springer International Publishing AG, pp. 413–432. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-98473-5-18>
- Het Zwart Manifest*. (2021). <https://www.zwartmanifest.nl>

7. Onderzoeksteam

Amsterdam UMC

Drie van de onderzoekers van het Amsterdam UMC zijn werkzaam op de afdeling Ethiek, Recht en Humaniora (ERH). ERH wil bijdragen aan de ontwikkeling van reflexieve professionals, en een inclusieve en zorgzame gezondheidszorg en samenleving. We doen onderzoek naar normatieve vraagstukken, naar beleid van wetenschap en gezondheid, én maatschappelijke en technologische ontwikkelingen in relatie tot welzijn en zorg. We ontwikkelen en geven onderwijs op het gebied van ethiek, filosofie, recht, participatie en diversiteit. Vanuit Amsterdam UMC-ERH werken dr. Petra Verdonk, dr. Saskia Duijs, Dina Bousbaa (MD, MA.) mee aan het onderzoek.

Dr. Petra Verdonk is een vrouw met een Nederlandse achtergrond, is arbeids- en gezondheidspsycholoog en werkzaam als universitair hoofddocent bij de afdeling ERH. Op de afdeling ERH was Verdonk enkele jaren hoofd van de sectie Participatie & Diversiteit. In haar onderzoek richt ze zich op gender en diversiteit in gezondheid en zorg. Verdonk heeft langdurige ervaring met onderzoek en projecten op het gebied van gender (vooral maar niet alleen vrouwen) en gezondheid(szorg), arbeid en gezondheid (occupational health) van (gezondheidszorg)professionals, diversiteit in het geneeskundeonderwijs, en met (ontwikkeling van) onderwijs op gebied van gender en diversiteit in gezondheid(szorg). Ze deed o.a. onderzoek naar werkgerelateerde vermoeidheid van Nederlandse hoogopgeleide vrouwen (i.s.m. TNO, 2010), gender en burnout bij huisartsen (2012, 2013), naar de gegenderde ambities van geneeskundestudenten tijdens hun studie (2015, 2017), naar de relatie tussen menopauze en werk (2019, 2022, 2020-onwards), en naar diversiteit in klinische teams in een academisch medisch centrum (2019) en bij psychiaters in opleiding (2023). Verdonk was projectleider van het ZonMw-project 'Gezond Zorgen' (2018-2023) naar gezondheid en welbevinden van laagbetaalde zorgprofessionals in de ouderenzorg (proefschrift Saskia Duijs 2023). Zij was 7 jaar voorzitter van Stichting WAHO voor jonge hoger opgeleide vrouwen in de WAO, en 9 jaar algemeen bestuurslid van FNV Vrouwenbond, van waaruit zij onder andere intervisieprojecten begeleidde voor vrouwen die arbeidsongeschikt waren. Verdonk is mede-oprichter en secretaris van de Nederlandse Vereniging Gender & Gezondheid. Volledige output van projecten en publicaties staat beschreven in de database van Amsterdam UMC.

Dr. Saskia Duijs heeft een Nederlandse achtergrond en is gezondheidswetenschapper (specialisatie: arbeid en gezondheid). Zij heeft ruime expertise met participatief actieonderzoek samen met cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals, onder andere binnen het Centrum voor Clientervaringen. Ze coördineert en geeft les over kwalitatief onderzoek binnen gezondheidswetenschappen (BSc/MSc./PreM), binnen geneeskunde (BSc.) en voor onderzoekers/zorgprofessionals (postacademische opleiding/EpidM). Ze is trainer op het gebied van participatief actieonderzoek in de School for Participation en op het gebied van intersectionaliteit in (public health) onderzoek (zie: 'Intersectionality & I'). Ze promoveerde in 2023 op het proefschrift 'The Caring Class: precarization of low-paid care workers in long-term care and its relation to health: an intersectional perspective'. Dit proefschrift is geschreven op basis van participatief en arts-based onderzoek samen met zorgprofessionals, en stelt genderongelijkheid, armoede en discriminatie/racisme in de ouderenzorg aan de kaak (cf. de Correspondent, 2023; NRC, 2022; NRC, 2023). Een overzicht van projecten en publicaties is te vinden in de database van Amsterdam UMC.

Dina Bousbaa is 26 jaar, heeft een Marokkaans-Nederlandse achtergrond, is afgestudeerd arts (Amsterdam UMC-VU, 2023) en rondde in september 2024 de Masteropleiding Health Humanities aan de Universiteit van Tilburg, af. Op de afdeling ERH is zij onder begeleiding van dr. Verdonk afgestudeerd als arts met een kwalitatieve studie vanuit Feminist Systems Theory naar de percepties van huisartsen over steungroepen voor vrouwen met een vluchtachtergrond. Bousbaa was tijdens haar opleiding een jaar voorzitter van MFVU-D.O.C.S. waar ze zich hard maakte voor diversiteit in het medisch onderwijs zowel bij studenten als in het curriculum. Ze is ECHO-Award winnaar Wetenschappelijk Onderwijs 2022 vanwege haar verdiensten voor aandacht voor diversiteit, en als spoken word artiest finalist van de El Hizra literatuurprijs 2021. Tevens fotografeert ze, en haar foto's waren te zien op de tentoonstelling Empowering the voices of Amsterdam's

Youth through photography, Meervaart 2023 (foam.org). Bousbaa zette in dit project als junior-onderzoeker haar competenties en talenten in in alle fasen van het onderzoek.

Vanuit de afdeling Public and Occupational Health (POH) van Amsterdam UMC is dr. Karen Nieuwenhuijsen betrokken. Nieuwenhuijsen is 48 jaar, heeft een Nederlandse achtergrond, is opgeleid als gezondheidswetenschapper (specialisatie geestelijke gezondheid) en is werkzaam als universitair hoofddocent. Haar onderzoek bij POH richt zich enerzijds op mentale gezondheid in relatie tot werk en anderzijds op hoe vrouwen in de leeftijd van overgang optimaal ondersteund kunnen worden in hun werk. Zij deed diverse onderzoeken naar de preventie van mentale klachten onder zorgprofessionals (o.a. ontwikkeling screeningsinstrumenten, effectiviteit van preventief medisch onderzoek en ontwikkeling leidraad voor het voorkomen van mentale klachten bij zorgprofessionals. Nieuwenhuijsen was projectleider van een studie naar de preventie van aan de overgang gerelateerde problemen bij laagbetaalde medewerkers in zorg (ZonMw). Zij heeft meegewerkt aan verschillende richtlijnen over psychische problemen, overspanning en depressie voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen en is nu voorzitter van de richtlijncommissie over overgang en werk voor bedrijfsartsen. Nieuwenhuijsen is Principal Educator aan de UvA geneeskundefaculteit waar zij longitudinale onderwijsprogramma's ontwikkelt voor bachelor en masterstudenten, waaronder onderwijs over diversiteit en inclusie. Een overzicht van haar onderzoeksprojecten en publicaties is te vinden in de database van Amsterdam UMC.

Diversiteit en Inclusie in Amsterdam UMC

Binnen het werk van de sectie P&D van de afdeling ERH van het Amsterdam UMC is reeds lange tijd aandacht voor inclusie in (de eigen) werving en selectie, en (on)gelijkheid en in- en uitsluiting (participatie, diversiteit) zijn belangrijk focussen voor onderzoek en onderwijs. De sectie speelt daarmee een belangrijke rol in de bewustwording binnen de eigen organisatie, zoals het voortrekker zijn van diversiteitssensitief onderwijs in de geneeskundeopleiding en in docent- en onderzoekerstrainingen. Diverse onderzoeks- en onderwijsprojecten zijn uitgevoerd binnen het Amsterdam UMC zelf, en veel onderwijs wordt verzorgd over diversiteit en inclusie. De afdeling ERH heeft zelf geen zeggenschap over inclusief personeelsbeleid Amsterdam UMC breed. Binnen de eigen afdeling worden projecten op het gebied van ongelijkheid en werk, zeker als het om arbeid van vrouwen gaat, veelal uitgevoerd door onderzoekers die vrouw zijn. Dat is ook in dit project het geval. De sectie P&D bestaat uit onderzoekers van verschillende leeftijden, genders, culturele en religieuze achtergronden. Om diversiteit verder te waarborgen en daarmee de kwaliteit van het project, worden co-onderzoekers van diverse achtergronden betrokken bij het project. Eerdere studies lieten zien dat, voor daadwerkelijke participatie, langdurige samenwerking nodig is. Met de co-onderzoekers uit Gezond Zorgen is zo'n langdurige samenwerking reeds opgezet.

Pharos

Het projectteam bestaat uit Annegien Langedijk (gedragsexpert) en Judith Venderbos (adviseur Discriminatie in de Zorg). Annegien Langedijk was projectleider van de co-creatie sessies en werd bij de ontwikkeling van deze sessies ondersteund door Judith. Verder ondersteunde Annegien de ontwikkeling van de aanbevelingen vanuit de lens van norm- en gedragsverandering.

Annegien Langedijk heeft ruime ervaring in het doen van onderzoek naar gedragsverandering binnen de zorg en brede gezondheid sector (preventie), ook heeft ze meerdere gedragsinterventies en sociale normen programma's ontwikkeld en 'in het veld' getest. Binnen Pharos is Annegien Langedijk senior projectleider en onderzoeker voor meerdere ZonMw gefinancierde projecten. Op dit moment leidt zij actie-onderzoek waarbij ze werkgroepen met professionals in de zorg- en in het sociaal domein begeleidt en onderzoekt voor een verbeterde praktijk in stoppen met roken. Ook is zij mede-projectleider van het door ZonMw gefinancierde wetenschappelijk onderzoek 'WE study' waarbij zij co-creatiesessies ontwikkelt en uitvoert en verantwoordelijk is voor het ontwikkelen van een e-Learning en training voor professionals die zwangere vrouwen in kwetsbare omstandigheden begeleiden naar een zo gezond mogelijke zwangerschap. Tenslotte heeft zij de routekaart ontwikkeld voor zorg- en welzijnsinstellingen om discriminatie tegen te gaan. Judith Venderbos heeft meerdere publicaties ontwikkeld op het gebied van discriminatie in de zorg en etnische gezondheidsverschillen in de zorg, waarbij ze met diverse mensen heeft gesproken over hun ervaringen met discriminatie. Ook is ze projectleider van het panel ervaringsdeskundigen op het gebied van discriminatie in de zorg, welzijn en sport, die zij voor VWS heeft opgezet en begeleidt.

Diversiteit en inclusie in Pharos

Pharos heeft een kennisbasis opgebouwd rond het thema discriminatie en gezondheid, middels het uitvoeren van diverse onderzoeken, het opbouwen van een alliantie op dit thema (Alliantie Discriminatie in de Zorg) en het faciliteren van een panel ervaringsdeskundigen voor VWS. Pharos heeft bijgedragen aan de oprichting van het Collectief voor Diversiteit en Inclusie. Pharos vraagt blijvende aandacht voor diversiteit en inclusie door agenderen, kennis verspreiden en handelingsperspectief vergroten van onderzoekers en professionals, onder andere door wetenschappelijke publicaties (Tijdschrift voor Geneeskunde) en het adviseren over terminologie en richtlijnen van zorgprofessionals. Meer informatie over de missie en visie van Pharos is te vinden op de website.

Bijlagen behorend bij Rapport “Is allemaal mooi, op papier.”

Handvatten Discriminatie en Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag in de Zorg

Dina Bousbaa
Saskia Duijs
Annegien Langedijk
Karen Nieuwenhuijsen
Petra Verdonk

In opdracht van Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn & Sport,
Directie Macro Economische
Vraagstukken en Arbeidsmarkt
(MEVA)

Amsterdam UMC afd. Ethiek, Recht
en Humaniora en
afd. Public and Occupational health
in samenwerking met Pharos

Auteurs

Dina Bousbaa MSc. MA., d.bousbaa@amsterdamumc.nl

Dr. Saskia Duijs, s.duijs@amsterdamumc.nl

Annegien Langedijk Msc., a.langedijk@pharos.nl

Dr. Karen Nieuwenhuijsen, k.nieuwenhuijsen@amsterdamumc.nl

Dr. Petra Verdonk, p.verdonk@amsterdamumc.nl

Grafisch ontwerp en illustraties: Studio Ravenna Buijs

Amsterdam UMC, november 2024

<https://zenodo.org/uploads/13903044>

Grote dank aan alle deelnemers die de vragenlijst hebben ingevuld, interviews gaven, en deelnamen aan co-creatiesessies. Ook veel dank aan de zorgorganisaties voor hun ondersteuning en het verspreiden van de vragenlijsten, en veel dank aan de leden van de klankbordgroep. We hopen dat we jullie bijdragen zo goed mogelijk hebben verwoord.

Afdeling Ethiek, Recht en Humaniora
Afdeling Public Health & Occupational Health
Boelelaan 1089a F-vleugel
1181 HV Amsterdam

t +31 (0) 20 444 8218



Inhoudsopgave

Bijlage 1. Literatuurstudie: search strings	4
Bijlage 2. Literatuurstudie: resultaten per sector	5
Sector: Universitair Medisch Centra	6
Sector: Algemene ziekenhuizen (AZ)	7
Sector: Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT)	9
Sector: Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	11
Sector: Huisartsen	12
Sector: Sociaal werk (SW)	13
Sector: Jeugdzorg	14
Sector: Gehandicaptenzorg	15
Sector: Overig	16
Bijlage 3. Literatuurstudie: referenties verwerkt in de literatuurstudie	17
Bijlage 4. Vragenlijststudie: versie zorgprofessionals	22
Bijlage 5. Vragenlijststudie: versie leidinggevenden/HRM medewerkers /bestuurders	26
Bijlage 6. Vragenlijststudie: Overzicht indeling subgroepen voor intersectionele analyse zorgprofessionals	31
Bijlage 7. Vragenlijststudie: De kenmerken van de respondenten	32
Bijlage 8. Vragenlijststudie: Resultaten tabellen versie zorgprofessionals	36
Bijlage 9. Vragenlijststudie: Resultaten tabellen versie leidinggevenden	45
Bijlage 10. Interviewstudie: Interviewguide	49
Gespreksregels	49
Gespreksopzet & topic list	49
Bijlage 11. Co-creatie sessies: Draaiboek	51

Bijlage 1. Literatuurstudie: search strings

(abuse [Title/Abstract] OR haras* [Title/Abstract] OR violen* [Title/Abstract] OR Racism* [Title/Abstract] OR discrimination* [Title/Abstract] OR "racial bias" [Title/Abstract] OR "structural racism" [Title/Abstract] OR "structural discrimination" [Title/Abstract] OR "institutional discrimination" [Title/Abstract] OR "institutional racism" [Title/Abstract]) AND (tool* [Title/Abstract] OR intervention* [Title/Abstract] OR training* [Title/Abstract] OR policy* [Title/Abstract] OR educat* [Title/Abstract]) AND (nurse* [Title/Abstract] OR resident* [Title/Abstract] OR "healthcare staff" [Title/Abstract] OR "healthcare professional" OR "homecare" [Title/Abstract] OR "healthcare provider" [Title/Abstract] OR "child daycare" [Title/Abstract]) NOT (Review [Publication Type]) AND (2014:2024[pdat])*

(abuse [Title/Abstract] OR haras* [Title/Abstract] OR violen* [Title/Abstract] OR Racism* [Title/Abstract] OR discrimination* [Title/Abstract] OR "racial bias" [Title/Abstract] OR "structural racism" [Title/Abstract] OR "structural discrimination" [Title/Abstract] OR "institutional discrimination" [Title/Abstract] OR "institutional racism" [Title/Abstract]) AND (tool* [Title/Abstract] OR intervention* [Title/Abstract] OR training* [Title/Abstract] OR policy* [Title/Abstract] OR educat* [Title/Abstract]) AND ("youth care" [Title/Abstract] OR "child welfare" [Title/Abstract]) NOT (Review [Publication Type]) AND (2014:2024[pdat])*

(abuse [Title/Abstract] OR haras* [Title/Abstract] OR violen* [Title/Abstract] OR Racism* [Title/Abstract] OR discrimination* [Title/Abstract] OR "racial bias" [Title/Abstract] OR "structural racism" [Title/Abstract] OR "structural discrimination" [Title/Abstract] OR "institutional discrimination" [Title/Abstract] OR "institutional racism" [Title/Abstract]) AND (tool* [Title/Abstract] OR intervention* [Title/Abstract] OR training* [Title/Abstract] OR policy* [Title/Abstract] OR educat* [Title/Abstract]) AND ("maternity care" [Title/Abstract] OR midwi* [Title/Abstract] OR "maternity service*" [Title/Abstract]) NOT (Review [Publication Type]) AND (2014:2024[pdat])*

Bijlage 2. Literatuurstudie: resultaten per sector

Sector: Universitair Medisch Centra

(Sector specifieke) uitdagingen:

- Ongelijke kansen in instroom, beoordeling en doorstroom van student naar specialist¹⁻⁶.
- Hoge prevalentie ongewenst gedrag vooral van opleider naar student/A(N)IOS, maar ook van collega's, patiënten en bezoekers⁷⁻¹⁰.
- Stereotypering en kennishiaten in curriculum^{5, 10}.
- Hiërarchie, machtsverschillen en relatief hoge prevalentie ongewenst gedrag^{2-4, 6, 10}.
- Onvoldoende toezicht, onduidelijkheid over definitie en gebrek aan meldpunten¹¹⁻¹³.
- Normaliseren van ongewenst gedrag van patiënt vanuit ziektebeeld^{14, 15}.
- Institutioneel racisme is niet (h)erkend, specifieke maatregelen, zoals hoge werkdruk, onderbezetting en alleen werken, kunnen ongewenst gedrag systematisch reproduceren¹⁶⁻¹⁸.

Voorbeelden bestaande sector-specifieke interventies in Nederland

- Amsterdam UMC: De-escalerende communicatie, een offline betaalde training¹⁹.
- Amsterdam UMC: Zou ik wat zeggen? App voor melden incidenten alle typen ongewenst gedrag²⁰.
- UMC Utrecht: Trainingen en toolbox sociale veiligheid voor docenten²¹.
- Beleid Sofokles: Aanpak interne agressie & ongewenst gedrag²².
- Radboud UMC: Handleiding Meldingsregeling bij seksuele intimidatie van studenten²³.
- Nederlandse Federatie van UMC (NFU): elke UMC beschikt over veiligheidsmedewerkers.

Wetenschappelijke onderbouwing interventies in context van UMC

Interventies gericht op individu (Implicit bias, assertiviteitstraining, by-stander)

- Conclusie: oververtegenwoordigd in wetenschappelijke literatuur met een focus op trainingen in het curriculum (training studenten); interventies op de werkvloer onderbestudeerd (training professionals). wetenschappelijke evidentie in de gevonden studies richt zich op het effect op de individuele deelnemer^{7, 11, 24-32}.

Trainingen focussen zich op individueel niveau en erkennen niet tot nauwelijks structurele aspecten die ongewenst gedrag in stand houden op organisatieniveau³³.

Interventies gericht op organisatie:

Conclusie: grote blinde vlek in wetenschappelijke literatuur.

Een enkele studie bewijst effect van preventieve maatregelen zoals videobewaking bij agressie³⁴.

Interventies gericht op beleid

Conclusie: toetsing van beleid en evaluatie van uitvoering van beleid wordt niet gevonden. Enkele onderzoeken includeren de ervaringen van de getroffen personen van ongewenst gedrag in het advies over beleid^{35, 36}.

Samengevat:

- Interventies veelal gericht op studenten en artsen in opleiding (subject), niet op professionals (dader).
- Effect- en procesevaluaties van interventies ontbreken.
- Institutionele vormen van ongewenst gedrag, die dit systematisch kunnen reproduceren, zijn onderbestudeerd.
- Onderzoek in context UMC relatief vaak in vergelijking met andere sectoren.
- In de meerderheid van de interventies ontbreekt het intersectioneel perspectief, hierbij worden bijvoorbeeld ervaringen van vrouwen van kleur niet meegenomen.
- Interventies veelal gericht op studenten en artsen in opleiding (subject), niet op professionals (dader).
- Effect- en procesevaluaties van interventies ontbreken.
- Institutionele vormen van ongewenst gedrag, die dit systematisch kunnen reproduceren, zijn onderbestudeerd.
- Onderzoek in context UMC relatief vaak in vergelijking met andere sectoren.
- In de meerderheid van de interventies ontbreekt het intersectioneel perspectief, hierbij worden bijvoorbeeld ervaringen van vrouwen van kleur niet meegenomen.

Sector: Algemene ziekenhuizen (AZ)

(Sector specifieke) uitdagingen:

- Hoge prevalentie ongewenst gedrag vooral binnen de hiërarchie tussen oudere artsen en de A(N)IOS, waarbij er een eenzijdige afhankelijkheid wordt ervaren. Tevens van collega's, patiënten en bezoekers ^{2, 6-10, 12}.
- Onvoldoende toezicht, onduidelijkheid over definitie en gebrek aan meldpunten ¹¹⁻¹³.
- Normaliseren van ongewenst gedrag van patiënt vanuit ziektebeeld ^{14, 15}.
- Institutioneel racisme is niet (h)erkend, specifieke maatregelen, zoals hoge werkdruk, onderbezetting en alleen werken, kunnen ongewenst gedrag systematisch reproduceren ¹⁶⁻¹⁸.
- Agressie, seksueel overschrijdend gedrag en microagressies ^{3, 4, 6}.
- Gebrek aan vertrouwen in het systeem om te reageren ¹¹.

Voorbeelden bestaande sector-specifieke interventies in Nederland:

- De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde: Regeling ongewenste omgangsvormen (o.a. advies klachtencommissie en vertrouwenspersoon) ³⁷.
- Jeroen Bosch Ziekenhuis: Brochure voor nieuwe collega's: Omgang met Ongewenst Gedrag ³⁸.
- StAZ: Aanpak interne agressie en ongewenst gedrag algemene ziekenhuizen ³⁹.
- STZ Ziekenhuizen: Actieplan “We trekken een grens!” (o.a. aanpassing gedragscode & beleid) ⁴⁰.
- Kliniek Elsendael: Vertrouwenspersoon vermeld op website ⁴¹.
- Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E): ZorgRIE ⁴².

Wetenschappelijke onderbouwing interventies in context van algemene ziekenhuizen

Interventies gericht op individu (Implicit bias, assertiviteitstraining, by-stander)

Conclusie: Wetenschappelijke literatuur focust op implicit bias van artsen ⁴³⁻⁴⁵, hierbij gaat het over seksueel ongewenst gedrag & discriminatie, agressie wordt nauwelijks benoemd.

Wetenschappelijke evidentie in de gevonden studies richt zich op het effect op de individuele deelnemer, hierdoor is het bekend hoe de mogelijke pleger van bias verandert, maar niet of dit invloed heeft op degenen op wie het gericht is ⁴³⁻⁴⁷.

Interventies erkennen niet tot nauwelijks structurele aspecten die ongewenst gedrag in stand houden op organisatieniveau.

Interventies gericht op organisatie en beleid:

Conclusie: Enkele studies onderzoeken structurele interventies tegen ongewenst gedrag, dit gebeurt vaker binnen deze sector dan in andere sectoren volgens onze resultaten.

De studies laten bewezen effect zien op de incidentie van meldingen en de ervaringen van werknemers voor en na implementatie van de interventie, zoals periodieke terugkoppeling van de vertrouwenspersoon of flagging van patiënten met een geschiedenis van ongewenst gedrag ^{12, 48}.

Studies adviseren een value-driven cultuur waarin openheid bestaat om je uit te spreken tegen ongewenst gedrag en een melding leidt tot een intensief onderzoek en daadwerkelijke gevolgen voor de dader ⁴⁹. Gebrek aan studies die effect van een values-driven cultuur meten.

Samengevat:

- Individuele interventies worden vooral in UMCs onderzocht. Gebrek aan evidentie uit algemene ziekenhuizen roept de vraag op of deze interventies passend zijn bij de werkcultuur van AZ'en, waarbij de nadruk minder ligt op educatie.
- Gevonden individuele interventies focussen zich binnen deze sector op implicit bias, terwijl de nadruk bij VVT ligt bij de-escalatie en emotieregulatie. Artsen worden vaker geleerd hoe zij om moeten gaan met hun eigen bias, terwijl verpleegkundigen leren hoe zij om kunnen gaan met ongewenst gedrag.
- “Whiteness”, het bespreken van structuren die witte privileges voortbrengen, wordt behandeld in de individuele interventies, waarbij er geen rekening gehouden wordt met de diverse artsen populatie. In de meerderheid van de interventies ontbreekt het intersectioneel perspectief en worden met name de ervaringen van vrouwen van kleur niet meegenomen.
- Weinig openbare voorbeelden van trainingen in Nederland te vinden

Sector: Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT)

(Sectorspecifieke) uitdagingen:

- Agressie, seksueel overschrijdend gedrag en microagressies^{3, 4, 50}.
- Uitstroom van zorgverleners².
- Normaliseren van gedrag door patiënt vanuit ziektebeeld^{14, 15}.
- Ongezonde arbeids- omstandigheden/ voorwaarden zoals hoge werkdruk^{16, 51}.
- Kwetsbaarheid van arbeiders met lagere 'work ability'/werkonzekerheid^{51, 52}.
- Bij doorstroom naar hogere functies neemt de raciale en etnische diversiteit af¹⁶.
- Gendersegregatie op de arbeidsmarkt en hoge incidentie seksueel ongewenst gedrag tegen vrouwelijke zorgverleners^{53, 54}.
- Gebrek aan aandacht voor intersectionaliteit, waarbij bijvoorbeeld de ervaringen van vrouwen van kleur niet worden erkend^{53, 54}.
- Toenemende diversiteit bij cliënten/patiënten en dus mantelzorgers⁵⁵.

Voorbeelden bestaande sectorspecifieke interventies in Nederland:

- ArboCatalogus VVT: Handvat seksueel ongewenst gedrag⁵⁶ en Handvat discriminatie⁵⁷.
- Zorg Voor Beter: Protocol ongewenst gedrag en onafhankelijke klachtencommissie Ongewenst Gedrag⁵⁸.
- Risico Inventarisatie en Evaluatie(RI&E): ZorgRIE⁴².
- Adviezen A&O VVT: Wat kun je doen aan ongewenst gedrag als werkgever?⁵⁹.
- Basistraining vertrouwenspersoon⁶⁰.

Wetenschappelijke onderbouwing interventies in context van VVT

Interventies gericht op Individu (Implicit bias, by-stander en assertiviteitstraining)

Conclusie: Focus van individuele interventies ligt bij de-escalatie en emotieregulatie. Weinig onderzoek over implicit bias.

De meeste studies richten zich op het effect op de individuele deelnemer⁶¹⁻⁶⁹. Enkele interventies betroffen alleen adviezen aan medewerkers^{51, 70, 71}.

Interventies gericht op organisatie:

Conclusie: Kwalitatieve studies erkennen het belang van netwerken en mentoren, de verantwoordelijkheid wordt bij medewerkers gelegd^{72, 73}.

Strategieën en toolkits worden getoetst door leiders in de zorg te interviewen over de strategieën en bijbehorende obstakels⁷² en door de incidentie van ongewenst gedrag te analyseren^{74, 75}.

Interventies gericht op beleid

Conclusie: geen onderzochte interventies gevonden, wel beleidsaanbevelingen, zoals het implementeren van anti-discriminatie trainingen en een anti-discriminatie beleid⁷⁶.

Samengevat:

- Interventies veelal gericht op de individu, vooral met focus op de-escalatie en emotieregulatie.
- In de-escalatie trainingen wordt werkpopulatie die bestaat uit voornamelijk vrouwen niet meegenomen, waardoor het structurele probleem achter ongewenst gedrag wordt ontkend.
- Effectonderzoek vermindering in incidentie ongewenst gedrag ontbreekt.
- Procesevaluaties van interventies ontbreken; hoe zijn ze ontvangen, wat was het bereik, wat was de impact, hoe is het geïmplementeerd.
- Focus op organisatieniveau ligt bij het inzetten van strategieën en het vormen van diversiteitsnetwerken door de medewerkers.
- Beleid wordt nauwelijks kritisch beoordeeld.

Sector: Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

(Sectorspecifieke) uitdagingen:

- Aggressie, seksueel overschrijdend gedrag en microagressies ^{3, 6, 50}.
- Normaliseren van grens overschrijdend gedrag vanuit ziektebeeld ^{14, 15}
- Structurele capaciteitstekorten ⁷⁷.
- Komen vaker in aanraking met geweld ⁷⁸.
- De Nederlandse GGZ: Toenemende inzet van tijdelijk personeel en werkdruk door toenemende registratielast

Voorbeelden bestaande sectorspecifieke interventies in Nederland:

- Beleidsrichtlijn psychosociale ondersteuning zorgprofessionals: Een handreiking voor de praktijk bij ingrijpende gebeurtenissen ⁷⁹.
- Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E): ZorgRIE ⁴².
- ArboCatalogus van de GGZ: meerdere interventies om te voorkomen, herkennen en aanpakken van ongewenst gedrag ⁸⁰.
- De Nederlandse GGZ: werkgever is verplicht procedures op te stellen omtrent veilig werken voor de werknemer ⁸¹, inschatting veiligheid voor zorgverlener en ander bij elk behandelplan. In de forensische ggz bestaat een aanvullende risico-inventarisatie.
- GGZ Westelijk Noordbrabant: Werkgroep Racisme en Discriminatie.
- Project Hoofdzaak Werk ⁸²: activiteiten met een inclusieve aanpak om discriminatie te voorkomen.

Wetenschappelijke onderbouwing interventies in context van GGZ

Interventies gericht op Individu (Implicit bias, by-stander en assertiviteitstraining)

Conclusie: Focus van individuele interventies ligt bij het welzijn van de zorgverlener (stress, depressieve symptomen) ⁸³ en herkenning van psyche specifieke problematiek ⁷⁸.

Een enkele studie focust op de raciale ongelijkheid binnen de GGZ. ⁸⁴ Bewezen effect op welzijn van individuele deelnemer ⁸⁵.

Interventies gericht op organisatie en beleid:

Conclusie: Een studie gevonden over de organisatie en beleid in GGZ, waarbij bijvoorbeeld een kwaliteit verbeterings-tool ⁸⁶ tegen discriminatie is ontworpen op basis van vijf domeinen. Verder zijn er geen studies gevonden.

Samengevat:

- Ondanks belang van het aanpakken van specifiek ongewenst gedrag door patiënten met psychische klachten, weinig gespecificeerde interventies gevonden. GGZ zorgverleners worden soms meegenomen in studies met diverse sectoren, waardoor sectorspecifieke problematiek niet wordt erkend.
- Studies vinden plaats op de PAAZ afdeling, er zijn geen extramurale interventies gevonden.
- Welzijn van zorgverlener wordt benadrukt in de gevonden studies, echter wordt er weinig onderzoek gedaan naar preventie van ongewenst gedrag binnen deze sector.
- Het is één van de weinige sectoren waarbij er een kwaliteit verbeterings-tool wordt beschreven met duidelijke toelichting over de ontwikkeling van de tool.

Sector: Huisartsen

(Sectorspecifieke) uitdagingen:

- Bias van de huisarts of dokters-assistent ⁸⁷.
- Werkdruk in de huisartsgeneeskunde⁸⁸.
- Langdurige behandelrelatie met patiënt (mogelijke pleger van ongewenst gedrag), ook na beëindiging dient huisarts medisch noodzakelijke hulp te bieden ⁸⁹.
- Normaliseren van ongewenst gedrag van patiënt vanuit ziektebeeld ^{14, 15}.
- Agressie, seksueel overschrijdend gedrag en microagressies^{3, 6, 50}.

Voorbeelden bestaande sector-specifieke interventies in Nederland:

- HKN Huisartsen: Weerbaarheidstraining ⁹⁰.
- Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg: De Kleuren methode ⁹¹, Stappenplan Norm Stellen ⁹², Stappenplan agressie en geweld op het werk ⁹³, Over de Grens project ⁹⁴.
- Risico-inventarisatie en evaluatie: Huisartsenpraktijk - Steunpunt ⁹⁵.

Wetenschappelijke onderbouwing interventies in context van huisartsen

Interventies gericht op individu (Implicit bias, assertiviteitstraining, by-stander)

Conclusie: Grote blinde vlek in wetenschappelijke literatuur.

Twee studies evalueren het effect van een multi-faceted plan om ongewenst gedrag tegen te gaan. De eerste studie beschrijft positieve individuele effect bij zorgprofessionals van etnische minderheden ⁸⁷. De tweede studie is een study protocol, waarbij de focus ligt op het bewerkstelligen van equity binnen de eerstelijnszorg, waarbij er ook ruimte gemaakt wordt voor eigen vooroordelen. Hierbij is het plan om met een kwalitatieve en kwantitatieve aanpak de ervaringen van zorgprofessionals te analyseren, echter is dit plan nog niet uitgevoerd ⁹⁶.

Interventies gericht op organisatie en beleid:

Conclusie: grote blinde vlek in wetenschappelijke literatuur.

Studies adviseren een participatieve aanpak en beurzen om organisatiestructuren te verschuiven en beleid te bevorderen⁹⁶.

Samengevat:

- Veel interventies gevonden in de Nederlandse context, echter vrijwel geen studies gevonden met wetenschappelijke bewijsvoering.
- Het is onbekend bij wie de verantwoordelijkheid ligt om de Nederlandse interventies in te zetten en te toetsen, aangezien er verschillende structuren bestaan binnen de eerstelijnszorg (HOED, GZC etc.).
- Nederlandse interventies focussen zich op geweld en agressie, waarbij het intersectionele perspectief en cultuursensitiviteit niet worden meegenomen. Internationale studies focussen zich juist op het equity principe waarbij het intersectionele perspectief wordt gebruikt.

Sector: Sociaal werk (SW)

(Sector specifieke) uitdagingen:

- Agressie, seksueel overschrijdend gedrag en microagressies ^{3, 6, 50}.
- Onvoldoende zich op ongewenst gedrag door participatie van vele vrijwilligers ⁹⁷.
- Uitstroom van sociale werkers ⁹⁷.
- Vertrouwen in zorgverlener is afgenomen ⁹⁸.
- Probleemgedrag wordt gezien als dagelijkse kost ⁹⁸.
- Onbekend wanneer en hoe situaties escaleren binnen sociaal werk. Het probleem is niet alleen een tekort aan onderzoek, maar ook waarop onderzoek is gericht en hoe het wordt uitgevoerd ⁹⁸.

Voorbeelden bestaande sector-specifieke interventies in Nederland:

- Sociaal Werk Werkt: Adviezen Ongewenst Gedrag en Gedragscode ⁹⁹.
- Movisie: Toolkit Preventie en aanpak ongewenst gedrag en seksueel misbruik ¹⁰⁰.
- Risicoinventarisatie en evaluatie: Risicometer ⁴².

Wetenschappelijke onderbouwing interventies in context van sociaal werk

Interventies gericht op individu (Implicit bias, assertiviteitstraining, by-stander)

Conclusie: De focus van interventies ligt bij de assertiviteit van de individu.

Bewezen effectief op individueel niveau, geen bewezen effect op tegengaan ongewenst gedrag ^{101, 102}. Tekort aan evidentie specifiek op sociaal werk, veelal SW geïncorporeerd tezamen met andere sectoren ⁸⁵.

Interventies gericht op organisatie en beleid:

Conclusie: grote blinde vlek in wetenschappelijke literatuur.

Geen studies naar organisatieniveau of adviezen gevonden die zich specifiek richten op sociaal werk.

Samengevat:

- Veel ruimte voor ongewenst gedrag, zoals alleen werken, echter weinig tot geen interventies gevonden.
- Gevonden individuele interventies focussen zich op assertiviteit, waarbij er geen aandacht is voor preventie van en herstel na ongewenst gedrag.
- Diverse werkomgevingen en opleidingen binnen sociaal werk kan ervoor zorgen dat werknemers minder toegang hebben tot interventies, echter is dit mogelijke obstakel niet verder onderzocht.
- Bekende interventies hebben agressie naar professionals niet aantoonbaar teruggedrongen ⁹⁸.

Sector: Jeugdzorg

(Sector specifieke) uitdagingen:

- Agressie, seksueel overschrijdend gedrag en microagressies ^{3, 6, 50}.
- Agressie vanuit minderjarige cliënten met probleemgedrag ¹⁰³.
- Toegenomen verzuim ¹⁰⁴.

Voorbeelden bestaande sector-specifieke interventies in Nederland:

- ArboCatalogus Jeugdzorg Werkt: Adviezen ongewenst gedrag ¹⁰⁵.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: Meldplicht ¹⁰⁶.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: Definities seksueel ongewenst gedrag ¹⁰⁶.
- Jeugdzorg Werkt!: Complete agressie-aanpak en Gedragscode ¹⁰⁷.
- Risico-inventarisatie en evaluatie: Risicometer⁴².

Wetenschappelijke onderbouwing interventies in context van Jeugdzorg

Interventies gericht op individu (Implicit bias, assertiviteitstraining, by-stander), organisatie en beleid

Conclusie: Onderzoek in deze sector is een grote blinde vlek in wetenschappelijke literatuur. Geen studies gevonden die interventies binnen de jeugdzorg toetsen.

Samengevat:

- Uitdagingen binnen de jeugdzorg zijn bekend, echter is er geen wetenschappelijke onderbouwing van interventies gevonden in de jeugdzorg.
- Overheidsinstanties melden de plicht van het melden van ongewenst gedrag in de zorg, echter is er weinig vindbaar over de implementatie van deze documenten.

Sector: Gehandicaptenzorg

Sectorspecifieke uitdagingen:

- Agressie, seksueel overschrijdend gedrag en microagressies^{3, 6, 50}.
- Omgang met agressie bij patiënten met Licht Verstandelijk Beperking (LVB)¹⁰⁸.

Voorbeelden bestaande sector-specifieke interventies in Nederland:

- Trajectum: Grip op Agressie (GoA) voor de doelgroep LVB¹⁰⁹.
- Risicoinventarisatie en evaluatie: Zorgrie en Pythia^{42, 110}.
- Stichting arbeidsmarkt: Adviezen ongewenst gedrag⁵⁹ en VeiligPlus-aanpak¹¹¹.
- Kennisplein Gehandicaptensector: Omgaan met agressie¹¹².
- Toolkit Werken aan sociale veiligheid¹¹³.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland: Veiligheid van jezelf als zorgverlener (en van anderen) is onderdeel van het Kwaliteitskompas. Aandacht hiervoor in de opleiding van begeleiders (maatschappelijke zorg niveau 4 mbo).

Wetenschappelijke onderbouwing interventies in context van Gehandicaptenzorg

Interventies gericht op individu (Implicit bias, assertiviteitstraining, by-stander), organisatie en beleid

Conclusie: Grote blinde vlek in wetenschappelijke literatuur.

Geen studies gevonden die interventies binnen de gehandicaptenzorg toetsen.

Samengevat:

- Veel ruimte voor ongewenst gedrag, zoals werk met specifieke patiëntenpopulatie en familie/begeleider, echter geen evidente interventies gevonden.
- Grote blinde vlek in wetenschappelijke literatuur.

Sector: Overig

Sectorspecifieke uitdagingen:

- Agressie, seksueel overschrijdend gedrag en microagressies ^{3, 6, 50}.
- Agressie vanuit minderjarige cliënten met probleemgedrag ¹⁰³.
- Belang van trauma sensitieve geboortezorg ¹¹⁴.

Voorbeelden bestaande sector-specifieke interventies in Nederland:

- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: Meldplicht inspectie ¹⁰⁶.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: Definities seksueel ongewenst gedrag ¹⁰⁶.
- Complete agressie-aanpak ¹⁰⁷.
- Risicoinventarisatie en evaluatie: Risicometer ⁴²
- GGD Rotterdam, onderdeel van gemeente Rotterdam: beleid, trainingen rond inclusie en diversiteit, vertrouwenspersonen en er wordt er altijd actie ondernomen door leidinggevenden, en daar waar van toepassing, volgt ook aangifte bij de politie.
- GGD Zuid Limburg: beleid ongewenste omgangsvormen (intern ongewenst gedrag en door derden). Alle leidinggevenden volgen een online training ongewenst omgangsvormen. Twee opgeleide interne vertrouwenspersonen, een externe vertrouwenspersoon en twee externe mediators. Ondertekenen van Charter diversiteit en inclusie, waarbij er beloofd wordt om binnen zes maanden een plan van aanpak te actualiseren.

Wetenschappelijke onderbouwing interventies in context van overig

Interventies gericht op individu (Implicit bias, assertiviteitstraining, by-stander), organisatie en beleid

Conclusie: grote blinde vlek in wetenschappelijke literatuur.

Adviezen te vinden over perinatale zorg ¹¹⁵, hiernaast geen evidente interventies gevonden.

Samengevat:

- Geen evidente interventies gevonden, ondanks prevalentie van ongewenst gedrag in kleinere sectoren en belang van evidente interventies.

Bijlage 3. Literatuurstudie: referenties verwerkt in de literatuurstudie

1. Mulder L, Wouters A, Akwiwu EU, Koster AS, Ravesloot JH, Peerdeman SM, et al. Diversity in the pathway from medical student to specialist in the Netherlands: a retrospective cohort study. *Lancet Reg Health Eur.* 2023;35:00749.
2. Sahraoui N. From everyday racist incidents at work to institutional racism: Migrant and minority-ethnic workers' experiences in older-age care. *Politics of (dis) integration.* 2020:81-99.
3. Pryce-Miller M, Bliss E, Airey A, Garvey A, Pennington CR. The lived experiences of racial bias for Black, Asian and Minority Ethnic students in practice: A hermeneutic phenomenological study. *Nurse Educ Pract.* 2023;66:103532.
4. Jeugd IGE. Cijfers meldingen seksueel grensoverschrijdend gedrag. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.; 2023.
5. Bleakley A. Gender matters in medical education. *Med Educ.* 2013;47(1):59-70.
6. PGGM&Co & Ministerie van VWS. Onderzoek: Agressie en ongewenst gedrag zorg en welzijn [Internet]. 2021 Available from: https://www.pggmenco.nl/onderzoek/agressie-en-ongewenst-gedrag-zorg-en-welzijn/?utm_source=persbericht&utm_medium=email&utm_campaign=onderzoek_agressie.
7. Angoff NR, Duncan L, Roxas N, Hansen H. Power Day: Addressing the Use and Abuse of Power in Medical Training. *J Bioeth Inq.* 2016;13(2):203-13.
8. Gasior AC, Bergus KC, Beeler WH, Xi AS, Rialon KL. Pregnancy in Medical Training: A Survey of Physician Moms on Their Experiences During Residency and Fellowship. *J Surg Educ.* 2024;81(1):84-92.
9. Jagsi R. Sexual Harassment in Medicine - #MeToo. *N Engl J Med.* 2018;378(3):209-11
10. Phillips SP, Clarke M. More than an education: the hidden curriculum, professional attitudes and career choice. *Med Educ.* 2012;46(9):887-93.
11. Russell HA, Fogarty CT, McDaniel SH, Naumburg EH, Nofziger A, Rosenberg T, et al. "Am I Making More of It Than I Should?": Reporting and Responding to Sexual Harassment. *Fam Med.* 2021;53(6):408-15.
12. Batenburg P, & Hubben, J. . Voorkom grensoverschrijdend gedrag structureel Medisch Contact; 2023.
13. Paniello-Castillo B, Gonzalez-Rojo E, Gonzalez-Capella T, Civit NR, Bernal-Trivino A, Legido-Quigley H, et al. "Enough is Enough": tackling sexism, sexual harassment, and power abuse in Spain's academia and healthcare sector. *Lancet Reg Health Eur.* 2023;34:100754.
14. Burgess EO, Barmon C, Moorhead JR, Jr., Perkins MM, Bender AA. "That Is So Common Everyday . . . Everywhere You Go": Sexual Harassment of Workers in Assisted Living. *J Appl Gerontol.* 2018;37(4):397-418.
15. Byon HD, Storr C, Edwards L, Lipscomb J. Client history and violence on direct care workers in the home care setting. *American journal of industrial medicine.* 2016;59(12):1130-5.
16. Sloane PD, Yearby R, Konetzka RT, Li Y, Espinoza R, Zimmerman S. Addressing Systemic Racism in Nursing Homes: A Time for Action. *J Am Med Dir Assoc.* 2021;22(4):886-92.
17. Odzakovic E, Huus K, Ahlberg BM, Bradby H, Hamed S, Thaper-Bjorkert S, Bjork M. Discussing racism in healthcare: A qualitative study of reflections by graduate nursing students. *Nurs Open.* 2023;10(6):3677-86.
18. Jendretzky K, Boll L, Steffens S, Paulmann V. Medical students' experiences with sexual discrimination and perceptions of equal opportunity: a pilot study in Germany. *BMC Med Educ.* 2020;20(1):56.
19. VUmc. De-escalerende communicatie, de basis [Internet]. 2024. Available from: <https://www.vumc.nl/educatie/onze-opleidingen/opleidingsdetail/de-escalerende-communicatie-de-basis.htm>
20. Amsterdam UMC. Zou ik wat zeggen – App om grensoverschrijdend gedrag te melden & bespreekbaar te maken. 2019 Available from: <https://zouikwatzeggen.nl/>
21. De Wolff DFR. Voorbeeldfuncties - Dit zijn wij [Internet]. UMC Utrecht. 2024. Available from: <https://ditzijnwij.umcutrecht.nl/voorbeeldfuncties>.
22. SoFoKleS. Aanpak interne agressie en ongewenst gedrag [Internet]. 2023. Available from: <https://sofokles.nl/project/aanpak-interne-agressie-en-ongewenst-gedrag/>
23. Radboud UMC. In aanraking geweest met ongewenst gedrag: hoe verder? [Internet]. 2015. Available from: https://www.radboudumc.nl/getmedia/34fc4a4f-28ed-4e6b-a66a-00de12b6ba82/Meldingsregeling_seksuele_intimidatie-2.aspx?ext=.pdf
24. Sherman MD, Ricco J, Nelson SC, Nezhad SJ, Prasad S. Implicit Bias Training in a Residency Program: Aiming for Enduring Effects. *Fam Med.* 2019;51(8):677-81.

25. Nguemeni Tiako MJ, Rahman F, Sabin J, Black A, Boatright D, Genao I. Piloting web- based structural competency modules among internal medicine residents and graduate students in public health. *Front Public Health*. 2022;10:901523.
26. Brunero S, Dunn S, Lamont S. Development and effectiveness of tabletop exercises in preparing health practitioners in violence prevention management: A sequential explanatory mixed methods study. *Nurse Educ Today*. 2021;103:104976.
27. Wong AH, Wing L, Weiss B, Gang M. Coordinating a Team Response to Behavioral Emergencies in the Emergency Department: A Simulation-Enhanced Interprofessional Curriculum. *West J Emerg Med*. 2015;16(6):859-65.
28. Adanez-Martinez MG, Palacio-Gaviria MP, Diaz-Agea JL, Jimenez-Ruiz I, Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martinez M, et al. Improving learning in the management of gender violence. Educational impact of a training program with reflective analysis of dramatized video problems in postgraduate nurses. *Nurse Educ Today*. 2022;109:105224.
29. Baig L, Tanzil S, Shaikh S, Hashmi I, Khan MA, Polkowski M. Effectiveness of training on de-escalation of violence and management of aggressive behavior faced by health care providers in a public sector hospital of Karachi. *Pak J Med Sci*. 2018;34(2):294-9.
30. Sandoval RS, Afolabi T, Said J, Dunleavy S, Chatterjee A, Olveczky D. Building a Tool Kit for Medical and Dental Students: Addressing Microaggressions and Discrimination on the Wards. *MedEdPORTAL*. 2020;16:10893.
31. Sotto-Santiago S, Mac J, Duncan F, Smith J. "I Didn't Know What to Say": Responding to Racism, Discrimination, and Microaggressions With the OWTFD Approach. *MedEdPORTAL*. 2020;16:10971.
32. Stephens KC, Redman T, Williams R, Bandstra B, Shah R. Considering Culture and Conflict: A Novel Approach to Active Bystander Intervention. *MedEdPORTAL*. 2023;19:11338.
33. Gilliam CA, Grow HM, Homer P, Mullett TA, Willgerodt M, Kunze-Garcia S, et al. "The curriculum brings equity to the forefront": Pediatric residents' perspectives and experiences in a longitudinal EDI curriculum. *J Natl Med Assoc*. 2023;115(1):3-14.
34. Touzet S, Occelli P, Denis A, Cornut PL, Fassier JB, Le Pogam MA, et al. Impact of a comprehensive prevention programme aimed at reducing incivility and verbal violence against healthcare workers in a French ophthalmic emergency department: an interrupted time-series study. *BMJ Open*. 2019;9(9):e031054.
35. Snowdon S. Recommendations for enhancing the climate for LGBT students and employees in health professional schools. Washington, DC: Health Professionals Advancing LGBT Equality. 2013.
36. Llayton CK, Caldas LM. Strategies for inclusion of lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, intersex, and asexual (LGBTQIA+) education throughout pharmacy school curricula. *Pharmacy Practice (Granada)*. 2020;18(1).
37. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Regeling Ongewenste Omgangsvormen [Internet]. 2021. Available from: <https://assets.heelkunde.nl/p/491520/none/Abstracts%20chirurgendagen%202021/Abstracts%20Chirurg endagen%202022/Regeling%20Ongewenste%20Omgangsvormen%20NVvH%20.pdf>
38. Jeroen Bosch Ziekenhuis. Ongewenst Gedrag [Internet]. 2018. Available from: <https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/sites/default/files/documents/2018-11/nieuwe-medewerker- ongewenst-gedrag.pdf>
39. StAZ. Aanpak interne agressie en ongewenst gedrag [Internet]. 2023. Available from: <https://www.staz.nl/veiligezorg/aanpak-interne-agressie-en-ongewenst-gedrag/>
40. STZ. Integrale aanpak van grensoverschrijdend gedrag [Internet]. 2024. Available from: <https://www.stz.nl/innovaties/we-trekken-een-grens-de-integrale-aanpak-van-grensoverschrijdend- gedrag-binnen-het-albert-schwei/>
41. Geschillen Kliniek Elsendael. Klachten [Internet]. 2023. Available from: <https://kliniek- elsendael.nl/klachten-geschillen/>
42. KMO Solutions. RI&E: Zorgrie [Internet]. 2024. Available from: <https://www.kmosolutions.nl/branches/zorg-en-welzijn>
43. Zeidan AJ, Khatri UG, Aysola J, Shofer FS, Mamtani M, Scott KR, et al. Implicit Bias Education and Emergency Medicine Training: Step One? Awareness. *AEM Educ Train*. 2019;3(1):81-5.
44. Newcomb AB, Rothberg S, Zewdie M, Duval M, Liu C, Mohess D, et al. Managing Patient Bias: Teaching Residents to Navigate Racism and Bias in the Workplace. *J Surg Educ*. 2021;78(6):1791- 5.
45. Nelson SC, Prasad S, Hackman HW. Training providers on issues of race and racism improve health care equity. *Pediatr Blood Cancer*. 2015;62(5):915-7.
46. Hock LE, Scruggs BA, Barlow PB, Oetting TA, Abràmoff MD, Shriver EM. Responding to Patient-Initiated Verbal Sexual Harassment: Outcomes of a Pilot Training for Ophthalmologists. *J Acad Ophthalmol* (2017). 2020;12(2):e175-e80.
47. Hock LE, Barlow PB, Scruggs BA, Oetting TA, Martinez DA, Abràmoff MD, Shriver EM. Tools for Responding to Patient-Initiated Verbal Sexual Harassment: A Workshop for Trainees and Faculty. *MedEdPORTAL*. 2021;17:11096.
48. Brophy JT, Keith MM, Hurley M. Assaulted and Unheard: Violence Against Healthcare Staff. *New Solut*. 2018;27(4):581-606.
49. Rihal CS, Baker NA, Bunkers BE, Buskirk SJ, Caviness JN, Collins EA, et al. Addressing Sexual Harassment in the #MeToo Era: An Institutional Approach. *Mayo Clin Proc*. 2020;95(4):749-57.
50. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Inspectie Gezondheidszorg En Jeugd. Cijfers meldingen seksueel grensoverschrijdend gedrag [Internet]. 2023. Available from: <https://www.igj.nl/over-ons/igj-in-cijfers/cijfers-over-meldingen/cijfers-meldingen-seksueel- grensoverschrijdend-gedrag>
51. Zhang SE, Wang J, Liu L, Meng DX, Wang HN, Zhao X, et al. Does abusive supervision lead nurses to suffer from workplace violence? A cross-sectional study. *J Nurs Manag*. 2022;30(6):1396- 406.
52. Duijs SE, Abma T, Plak O, Jingoeri U, Abena-Jaspers Y, Senoussi N, et al. Squeezed out: Experienced precariousness of self-employed care workers in residential long-term care, from an intersectional perspective. *J Adv Nurs*. 2023;79(5):1799-814.

53. Hanson GC, Perrin NA, Moss H, Laharnar N, Glass N. Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2015;15:11.
54. Truitt AR, Snyder CR. Racialized Experiences of Black Nursing Professionals and Certified Nursing Assistants in Long-Term Care Settings. *J Transcult Nurs*. 2020;31(3):312-8.
55. Hengelaar AH, Wittenberg Y, Kwekkeboom R, Van Hartingsveldt M, Verdonk P. Intersectionality in informal care research: a scoping review. *Scand J Public Health*. 2023;51(1):106-24.
56. Arbocatalogus voor verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg. Algemeen - arbocatalogus voor verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg [Internet]. 2019. Available from: <https://www.arbocatalogusvvt.nl/thema/ongewenst-gedrag-collegas-leiding/seksuele-intimidatie/algemeen/>.
57. Arbocatalogus voor verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg. Ongewenst gedrag van collega's/ leidinggevenden – Beleidsstips [Internet]. Available from: <https://www.arbocatalogusvvt.nl/thema/ongewenst-gedrag-collegas-leiding/discriminatie/beleidsstips/>.
58. Zorg Voor Beter. Protocol grensoverschrijdend gedrag [Internet]. 2023. Available from: <https://www.zorgvoorbeter.nl/kennis-delen/tools/protocol-grensoverschrijdend-gedrag>.
59. A+O VVT. Wat kun je doen aan ongewenst gedrag als werkgever? [Internet]. 2023. Available from: <https://www.aovvt.nl/ongewenst-gedrag/wat-kun-je-doen-aan-ongewenst-gedrag-als-werkgever/>.
60. SBI Formaat. Basistraining vertrouwenspersonen[Internet]. 2023. Available from: <https://www.sbiformaat.nl/training/basiscursus-vertrouwenspersonen/>.
61. Smith DE, Wright MT, Pham TH, Ibrahim JE. Evaluation of an online course for prevention of unwanted sexual behaviour in residential aged care services-A pilot study. *Int J Older People Nurs*. 2022;17(1):e12412.
62. Somani R, Muntaner C, Hillan E, Velonis AJ, Smith P. A Systematic Review: Effectiveness of Interventions to De-escalate Workplace Violence against Nurses in Healthcare Settings. *Saf Health Work*. 2021;12(3):289-95.
63. Moore N, Ahmadpour N, Brown M, Poronnik P, Davids J. Designing Virtual Reality-Based Conversational Agents to Train Clinicians in Verbal De-escalation Skills: Exploratory Usability Study. *JMIR Serious Games*. 2022;10(3):e38669.
64. Duncan G, Gable B, Schabbing M. Interdisciplinary Simulation Training Reduces Restraint Use in the Emergency Department: A Pilot Study. *Cureus*. 2023;15(6):e39847.
65. Tanabe Y, Asami T, Yoshimi A, Abe K, Saigusa Y, Hayakawa M, et al. Effectiveness of anger-focused emotional management training in reducing aggression among nurses. *Nurs Open*. 2023;10(2):998-1006.
66. Ellis JM, Ayala Quintanilla BP, Ward L, Campbell F. Implementation and evaluation of an education programme for nursing staff on recognising, reporting and managing resident-to-resident elder mistreatment in aged care facilities. *J Adv Nurs*. 2019;75(1):187-96.
67. Karaka SA, Okanli A. The Effect of Assertiveness Training on the Mobbing That Nurses Experience. *Workplace Health Saf*. 2015;63(10):446-51.
68. Al-Ali NM, Al Faouri I, Al-Niarat TF. The impact of training program on nurses' attitudes toward workplace violence in Jordan. *Appl Nurs Res*. 2016;30:83-9.
69. Ming JL, Huang HM, Hung SP, Chang CI, Hsu YS, Tzeng YM, et al. Using Simulation Training to Promote Nurses' Effective Handling of Workplace Violence: A Quasi-Experimental Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(19).
70. Beckie TM, Lengacher C, Rodriguez C, Pares-Avila J, Turner D, Sanchez M, Nair US. A framework for addressing health inequities in sexual and gender diverse populations by nurses. *Nurs Outlook*. 2022;70(4):651-63.
71. Ridenour ML, Hendricks S, Hartley D, Blando JD. Workplace Violence and Training Required by New Legislation Among NJ Nurses. *J Occup Environ Med*. 2017;59(4):e35-e40.
72. Myhre J, Saga S, Malmedal W, Ostaszkiwicz J, Nakrem S. React and act: a qualitative study of how nursing home leaders follow up on staff-to-resident abuse. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1111.
73. Banister GE, Harris AL, Townsend C, Raymond N, Masson PR, Dzurec L. African American Nurses' Perspectives on a Leadership Development Program. *J Nurs Adm*. 2020;50(7-8):414-8.
74. Cai J, Wu S, Wang H, Zhao X, Ying Y, Zhang Y, Tang Z. The effectiveness of a workplace violence prevention strategy based on situational prevention theory for nurses in managing violent situations: a quasi-experimental study. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):1164.
75. Hemati-Esmaeili M, Heshmati-Nabavi F, Pouresmail Z, Mazlom S, Reihani H. Educational and Managerial Policy Making to Reduce Workplace Violence Against Nurses: An Action Research Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2018;23(6):478-85.
76. Rosser BRS, Shippee T, Wright MM, Aumock C, Moone R, Talley KMC, et al. "Going Back in the Closet": Addressing Discrimination Against Sexual and Gender Minority Residents in Long-Term Services and Supports by Providing Culturally Responsive Care. *J Aging Soc Policy*. 2023:1-13.
77. Trimbos. Ggz uit de knel: noodzaak tot transformatie [Internet]. 2023. Available from: <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/ggz-uit-de-knel/>.
78. Young J, Fawcett K, Gillman L. Evaluation of an immersive simulation programme for mental health clinicians to address aggression, violence, and clinical deterioration. *Int J Ment Health Nurs*. 2022;31(6):1417-26.
79. ARQ. Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Zorgprofessionals. 2024. Available from: <https://arq.org/diensten/richtlijn-psychosociale-ondersteuning-zorgprofessionals>

80. Arbocatalogus GGZ. Ongewenst gedrag van collega's/leiding [Internet]. 2024. Available from: <https://www.gezondeneilwerken.nl/index.php/category/ongewenst-gedrag-van-collegas-leiding/>.
81. De Nederlandse GGZ. COA GGZ [Internet]. 2023. Available from: <https://www.denederlandseggz.nl/thema/cao-ggz>
82. Divosa. Hoofdzaak Werk [Internet]. 2023. Available from: <https://www.divosa.nl/projecten/hoofdzaak-werk>.
83. Hsieh HF, Huang IC, Liu Y, Chen WL, Lee YW, Hsu HT. The Effects of Biofeedback Training and Smartphone-Delivered Biofeedback Training on Resilience, Occupational Stress, and Depressive Symptoms among Abused Psychiatric Nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8).
84. Bennett J, Keating F. Training to redress inequalities in mental health care: Race equality or cultural competence? *Journal of Equalities in Health and Social Care*. 2008;8:50-7.
85. Baek EM, Lee B. Implementation of a workplace protection system and its correlation with experiences of workplace violence: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1241.
86. Talley RM, Shoyinka S, Minkoff K. The Self-assessment for Modification of Anti-Racism Tool (SMART): Addressing Structural Racism in Community Behavioral Health. *Community Ment Health J*. 2021;57(6):1208-13.
87. Tajeu GS, Juarez L, Williams JH, Halanych J, Stepanikova I, Agne AA, et al. Development of a Multicomponent Intervention to Decrease Racial Bias Among Healthcare Staff. *J Gen Intern Med*. 2022;37(8):1970-9.
88. Stuijver D. Huisartsen stoppen vanwege steeds hogere werkdruk [Internet]. NTVG. 2022. Available from: <https://www.ntvg.nl/artikelen/huisartsen-stoppen-vanwege-steeds-hogere-werkdruk>.
89. Drewes YE, J. Als een huisarts van een patiënt af wil [Internet]. Huisarts & Wetenschap. 2013. Available from: <https://www.henw.org/artikelen/als-een-huisarts-van-een-patient-af-wil>
90. HKN Huisartsen. Weerbaarheidstraining “Omgaan met ongewenst gedrag en agressie.” [Internet]. 2023. Available from: <https://www.hknhuisartsen.nl/cursussen/11973-weerbaarheidstraining-omgaan-met-ongewenst-gedrag-en-agressie/>
91. Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (SSFH). De Kleurenmethode [Brochure]. 2023 Available from: <https://www.ssfh.nl/cms/public/files/2021-11/de-kleurenmethode.pdf?938ad1b093>
92. Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (SSFH). Stel uw norm voor acceptabel gedrag en draag deze uit [Brochure]. 2023. Available from: <https://www.ssfh.nl/cms/public/files/2021-11/stappenplan-norm-stellen.pdf?304a56c869>
93. Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (SSFH). Stappenplan agressie en geweld op het werk [Brochure]. 2023. Available from: <https://www.ssfh.nl/cms/public/files/2021-11/stappenplan-agressie-en-geweld-op-het-werk.pdf?a557f2a765>
94. Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (SSFH). Veilig werken voor werkgevers. 2023. Available from: <https://www.ssfh.nl/werkgevers/huisartsenzorg-1/veilig-werken#training>
95. Landelijke Huisartsen Vereniging. Handreiking Risico-Inventarisatie & -Evaluatie (RI&E) [Internet]. 2024. Available from: <https://www.lhv.nl/product/lhv-handreiking-risico-inventarisatie-evaluatie-rie/>
96. Browne AJ, Varcoe C, Ford-Gilboe M, Wathen CN, Team ER. EQUIP Healthcare: An overview of a multi-component intervention to enhance equity-oriented care in primary health care settings. *Int J Equity Health*. 2015;14:152.
97. Movisie. Beeld van de beroepsgroep: Sociaal werkers anno 2023. 2023. Available from: <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2023-05/Sociaal-werkers-anno-2023.pdf>
98. Movisie. We moeten geweld tegen sociaal professionals leren doorgronden. 2021. Available from: <https://www.movisie.nl/artikel/we-moeten-geweld-tegen-sociaal-professionals-leren-doorgronden>.
99. Sociaal Werk Werkt! Arbocatalogus Ongewenst Gedrag. Available from: <https://www.sociaalwerk-werkt.nl/werkgevers/arbocatalogus/ongewenst-gedrag>.
100. W&MD & Movisie. Toolkit Preventie en aanpak ongewenst gedrag en seksueel misbruik voor de branche Welzijn en Maatschappelijke dienstverlening. 2011. Available from: <https://www.movisie.nl/sites/default/files/publication-attachment/Toolkit%20Werken%20aan%20sociale%20veiligheid%20%5BMOV-177812-0.4%5D.pdf>
101. Duby Z, Fong-Jaen F, Nkosi B, Brown B, Scheibe A. 'We must treat them like all the other people': Evaluating the Integrated Key Populations Sensitivity Training Programme for Healthcare Workers in South Africa. *South Afr J HIV Med*. 2019;20(1):909.
102. Glass N, Hanson GC, Anger WK, Laharnar N, Campbell JC, Weinstein M, Perrin N. Computer-based training (CBT) intervention reduces workplace violence and harassment for homecare workers. *Am J Ind Med*. 2017;60(7):635-43.
103. Jeugdzorg. Factsheet Agressie Jeugdzorg. 2017. Available from: <https://www.jeugdzorgnederland.nl/wp-content/uploads/2017/11/Factsheet-Agressie-Jeugdzorg-2017-2.pdf>
104. Van Ooijen M. Kamervraag: Geweld tegen jeugdzorgmedewerkers [Internet]. 2023. Available from: <https://www.openkamer.org/kamervraag/2023Z08875/>.
105. Jeugdzorg Werkt!. Arbocatalogus: ongewenst gedrag [Internet]. 2024. Available from: <https://www.jeugdzorg-werkt.nl/werkgevers/arbocatalogus/ongewenst-gedrag>.
106. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. | Inspectie Gezondheidszorg En Jeugd. Brochure: Het mag niet, het mag nooit. 2023. Available from: <https://www.igj.nl/publicaties/brochures/2016/12/08/het-mag-niet-het-mag-nooit>
107. Jeugdzorg werkt!. De Complete agressie-aanpak [Internet]. 2023. Available from: <https://www.jeugdzorg-werkt.nl/werkgevers/de-complete-agressie-aanpak>.

108. Kennisplein Gehandicaptensector. Omgaan met agressie [Internet]. 2023. Available from: <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/omgaan-met-agressie>
109. Trajectum. Behandelprogramma Grip op Agressie [Internet]. 2023. Available from: <https://www.trajectum.nl/behandelprogramma-grip-op-agressie>
110. Triaspect. Digitale RI&E in de zorg [Internet]. 2023. Available from: <https://triaspect.nl/software/risico-inventarisatie-en-evaluatie/>.
111. STAG. VeiligPlus Aanpak [Internet]. 2024. Available from: <https://www.arbeidsmarktgehandicaptenzorg.nl/project/veiligplus-aanpak/>.
112. Kennisplein Gehandicaptensector. Omgaan met agressie [Internet]. 2023. Available from: <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/tips-tools/tools/omgaan-met-agressie>
113. Janssens K, Lammers, M., Hartog, Z., Goes, A., & Heeringa, N. . Toolkit Werken aan sociale veiligheid. Movisie en Vilans. 2012. Available from: <https://www.movisie.nl/publicatie/toolkit-werken-aan-sociale-veiligheid>
114. de Klerk H, Wal J, Jonge A. Midwives and sexual violence: A cross-sectional analysis of personal exposure, education and attitudes in practice. Women and Birth. 2022;35.
115. Hine R, Krakouer J, Elston J, Fredericks B, Hunter SA, Taylor K, et al. Identifying and dismantling racism in Australian perinatal settings: Reframing the narrative from a risk lens to intentionally prioritise connectedness and strengths in providing care to First Nations families. Women Birth. 2023;36(1):136-40.

Bijlage 4. Vragenlijststudie: versie zorgprofessionals

Introductie

Ongewenst gedrag op de werkvloer heeft een groot effect op de gezondheid van mensen die in de zorg werken. Discriminatie, racisme, seksisme en seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn voorbeelden van ongewenst gedrag. We weten dat ongewenste gedrag voorkomt. We willen graag werken aan een oplossing hiervoor. Zorgorganisaties moeten dit ongewenste gedrag tegengaan. Er zijn vele maatregelen die zij kunnen nemen. Maar welke maatregelen zijn gewenst volgens zorgprofessionals? Laat uw mening horen via deze vragenlijst en help zorgorganisaties met het tegengaan van ongewenst gedrag.

De vragenlijst start met een paar algemene vragen. Daarna volgen een paar meerkeuze vragen. Het invullen duurt ongeveer 10 tot 15 minuten.

Er zijn verschillende vormen van ongewenst gedrag, in deze vragenlijst bedoelen we hiermee discriminatie, racisme, seksisme en seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Waar werk je?

1. Universitair Medisch Centrum
2. Ziekenhuizen
3. Geestelijke Gezondheidszorg
4. Huisartsenzorg en gezondheidscentra
5. Verpleging, verzorging en thuiszorg
6. Gehandicaptenzorg
7. Jeugdzorg
8. Sociaal werk
9. Ambulancezorg
10. Overige Anders, namelijk ____

** als je in verschillende delen van de zorg werkt, kies dan wat je het beste vindt passen. Vul in waar je het vaakst werkt of waar het vaakst ongewenst gedrag voorkomt.*

In welke functie ben je werkzaam?

Ben je in je werk regelmatig alleen, zonder een collega, met mensen (patiënten, cliënten, bewoners, bezoekers)?

Ja / nee / anders, namelijk

Ben je voor je werk regelmatig bij mensen thuis?

Ja / nee / anders, namelijk

Ik werk.. (meerdere antwoorden mogelijk)

_ in loondienst, vaste aanstelling

_ in loondienst, tijdelijke aanstelling

_ als Zzp'er

_ anders, namelijk

De volgende vragen gaan over wat er binnen jouw organisatie gedaan wordt tegen ongewenst gedrag. Als je binnen verschillende organisaties werkt, kies dan wat je het beste vindt passen, bv waar je het vaakst werkt of waar het vaakst ongewenst gedrag voorkomt.

Bekendheid/werkzaamheid maatregelen tegen ongewenst gedrag

Hieronder staan maatregelen die zich richten op zorgmedewerkers. Welke maatregelen worden genomen in jouw organisatie? En helpen die maatregelen om dit gedrag tegen te gaan?

Zorg/training	Maatregel wordt genomen in mijn organisatie?	Maatregel helpt of zou kunnen helpen op lange termijn
Opvang nadat je te maken hebt gehad met ongewenst gedrag	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Training waarin je leert om te gaan met ongewenst gedrag gericht tegen jezelf (zoals assertiviteitstraining of de-escalatietraining)	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Training om ongewenst gedrag te herkennen en te leren hoe je kan reageren als het een collega of patiënt overkomt (zoals een bystander training)	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Training om eigen vooroordelen te herkennen en te voorkomen dat je zelf zonder dat je het weet ongewenst gedrag vertoont	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Het organiseren van positieve ontmoetingen tussen zorgprofessionals met verschillende achtergronden (delen van verhalen, ervaringen en kennis)		

Hieronder volgen voorbeelden van maatregelen die binnen een organisatie kunnen worden gebruikt.

Worden deze maatregelen genomen in jouw organisatie? En helpen ze volgens jou?

Maatregel	Maatregel genomen in mijn organisatie?	Maatregel helpt of zou kunnen helpen?
Onafhankelijke vertrouwenspersoon	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Beleid voor melden van ongewenst gedrag	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Trainen van leidinggevenden zodat zij ongewenst gedrag kunnen herkennen en er iets aan kunnen doen	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing

(Publieke) gevolgen voor daders, bv. zorg wordt niet (meer) geleverd aan daders van ongewenst gedrag of dader wordt ontslagen	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Eerlijke aanpak bij sollicitaties, zoals mensen in dienst nemen om hun kennis en ervaring en niet om de 'klik', sollicitatiebrieven zonder naam/foto of het liefst mensen aannemen met een verschillende afkomst	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Netwerken voor medewerkers met een diverse achtergrond / mentor- of buddy systeem	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
De organisatie heeft duidelijk beleid over (on)gewenst gedrag, bijvoorbeeld met een gedragscode waarin discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag expliciet genoemd worden	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Ongewenst gedrag wordt overal en door iedereen in de organisatie duidelijk afgekeurd	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Aanpassing manier van werken (bv. meldingen in dossier van patiënten die ongewenst gedrag vertonen, open deur beleid, niet alleen werken..)	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Aanpassingen aan de werkplek zoals cameratoezicht of alarmsysteem	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing

In mijn organisatie worden (ook) andere maatregelen genomen, namelijk

Je hebt net ingevuld welke maatregelen helpen of kunnen helpen tegen ongewenst gedrag. Dacht je daarbij aan ongewenst gedrag door mensen voor wie je zorgt of door collega's?

Mensen voor wie ik zorg

Collega's

Ik dacht aan allebei

Moet de organisatie meer doen om ongewenst gedrag tegen te gaan?

ja / nee / weet ik niet

Indien ja:

Waar moet volgens jou meer aandacht voor komen:

Maatregelen gericht op de zorgmedewerker

> Indien aangeklikt: Welke maatregelen moet de organisatie in ieder geval nemen? meerdere antwoorden mogelijk

[Dropdown met alle opties van boven]

Maatregelen gericht op de organisatie

> Indien aangeklikt: Welke maatregelen moet de organisatie in ieder geval nemen?

[Dropdown met alle opties van boven]

Ondersteuning/maatregelen die er al zijn beter toepassen, bv. vaker laten terugkomen in gesprekken met leiding

Anders, namelijk_____.

Kun je een maatregel noemen die niet (meer) moet worden ingezet?

Niet iedere zorgmedewerker wil hetzelfde als het gaat om het tegengaan van ongewenst gedrag. Wie je zelf bent kan uitmaken voor wat je nodig hebt. Daarom stellen we je hieronder enkele persoonlijke vragen.

Wat is je leeftijd?

_ jaar

Hoe omschrijf je jezelf, ben je (meerdere antwoorden mogelijk)?

☐ Man

☐ Non-binair

☐ Vrouw

☐ Ik beschrijf het liever zelf hieronder ____.

Heb je zelf weleens discriminatie ervaren of behoort je tot een groep die te maken heeft met discriminatie? (meerdere antwoorden mogelijk)

Ja, namelijk vanwege

☐ cultuur of afkomst

☐ religie

☐ seksuele oriëntatie (bv. queer, homo, lesbisch, bi)

☐ genderidentiteit (bv. trans, non-binair, cis man of-vrouw, genderfluïde)

☐ huidskleur

☐ leeftijd

☐ hoogte/soort opleiding

☐ gezondheid (lichamelijke of psychische beperking)

☐ anders

Ja, maar ik vertel liever niet welke groep / Nee Weet ik niet

Niet iedere zorgmedewerker wil hetzelfde als het gaat om het tegengaan van ongewenst gedrag. Met wie je werkt kan uitmaken voor wat je nodig hebt. De volgende vragen gaan over de mensen met wie je werkt, dat noemen we ‘team’. We vragen je de mensen met wie je als collega samenwerkt bij deze vragen in gedachten te nemen, het maakt niet uit of jullie officieel een team zijn.

In mijn team kan er openlijk worden gesproken over ongewenst gedrag

1 Helemaal niet 2 3 4 5 Heel openlijk

In mijn team is er tijd om over ongewenst gedrag te spreken

1 Helemaal geen tijd 2 3 4 5 Heel ruim de tijd

Wil je nog iets kwijt over ongewenst gedrag of dit onderzoek, dan kan je dit hieronder kwijt.

Hartelijk dank voor het invullen.

Bijlage 5. Vragenlijststudie: versie leidinggevenden/HRM medewerkers /bestuurders

Introductie

Ongewenst gedrag op de werkvloer heeft een grote impact op de gezondheid en werkplezier van mensen die in de zorg werken. Er zijn verschillende vormen van ongewenst gedrag, in deze vragenlijst bedoelen we hiermee ongewenst gedrag dat samenhangt met of gericht is tegen kenmerken van de individuele medewerker of specifieke groepen in de samenleving. We beperken ons daarom tot discriminatie, racisme, seksisme en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Voor adviezen aan VWS over de juiste aanpak om ongewenst gedrag tegen te gaan is het belangrijk de visie van leidinggevenden, HRM medewerkers en bestuurders in de zorg te verkennen. Daarom nodigen wij u uit deze korte vragenlijst in te vullen. De vragenlijst start met enkele algemene vragen waarna een aantal meerkeuze- en open vragen volgen. Het invullen duurt ongeveer 10 tot 15 minuten.

Algemene vragen

In welke sector* bent u werkzaam?

- a. Universitair Medisch Centrum
- b. Ziekenhuizen
- c. Geestelijke Gezondheidszorg
- d. Huisartsenzorg en gezondheidscentra
- e. Verpleging, verzorging en thuiszorg
- f. Gehandicaptenzorg
- g. Jeugdzorg
- h. Sociaal werk
- i. Ambulancezorg
- j. Overige of anders, namelijk ____

** Als u binnen verschillende sectoren werkt, kies dan de plek die u als meest relevant ziet, bv doordat ongewenst gedrag daar vaker voorkomt of doordat u daar het meest werkt.*

Welke positie heeft u binnen deze zorgsetting?

Leidinggevende
Manager
HRM adviseur
Arbo adviseur
Andere beleids- of adviesfunctie, namelijk ____.
Bestuurder
Anders, namelijk.....

Wat is uw functietitel?

Welke situatie is op u van toepassing? (meerdere antwoorden mogelijk)
In loondienst, vaste aanstelling
In loondienst, tijdelijke aanstelling
Zzp'er
Detachering
Anders, namelijk

Hoe lang werkt u voor de huidige organisatie*?

Minder dan een jaar

1-2 jaar

3-4 jaar

5-10 jaar

Langer dan 10 jaar

** als u voor verschillende organisaties werkt, kies dan de plek die u als meest relevant ziet, bv doordat ongewenst gedrag daar vaker voorkomt of doordat u daar het meest werkt.*

Maatregelen tegen ongewenst gedrag

Welke maatregelen tegen ongewenst gedrag (discriminatie, racisme, seksisme en/of seksueel grensoverschrijdend gedrag) worden binnen uw team/organisatie ingezet? En als ze worden ingezet, helpen ze dan volgens u dit gedrag tegen te gaan?

Als u voor verschillende organisaties werkt, kies dan de plek die u als meest relevant ziet, bv doordat ongewenst gedrag daar vaker voorkomt of doordat u daar het meest werkt.

Als u teamleider bent vul het dan in voor het team waar u direct aan leiding geeft en niet voor de organisatie als geheel.

Als u adviseur bent vul deze vragen dan in voor het deel van de organisatie waarvoor u adviseert.

Hieronder volgen eerst voorbeelden van zorg en trainingen die beschikbaar zijn voor de zorgmedewerkers zelf. Geef aan welke zorg en trainingen al worden ingezet en hoe u de werkzaamheid inschat.

Zorg/training	Ingezet in mijn organisatie?	Zorg/training helpt of zou kunnen helpen?
Nazorg/opvang nadat medewerker te maken heeft gehad met ongewenst gedrag	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Training waarin medewerker leert om te gaan met ongewenst gedrag gericht tegen zichzelf (zoals assertiviteitstraining of de-escalatietraining)	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Training om ongewenst gedrag te herkennen en te leren hoe medewerker kan reageren als het een collega of patiënt overkomt (zoals een bystander training)	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Training om eigen vooroordelen te herkennen en te voorkomen dat medewerker (onbewust) zelf ongewenst gedrag vertoont	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Het organiseren van positieve ontmoetingen tussen zorgprofessionals met verschillende achtergronden (delen van verhalen, ervaringen en kennis)	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing

Hieronder volgen voorbeelden van maatregelen die binnen een organisatie kunnen worden ingezet. Geef aan welke maatregelen al worden ingezet en hoe u de werkzaamheid inschat.

Maatregel	Ingezet in mijn organisatie?	Maatregel helpt of zou kunnen helpen?
Onafhankelijke vertrouwenspersoon	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Klachten/meldings-/ monitoringsprocedures	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Trainen van leidinggevenden zodat zij ongewenst gedrag kunnen herkennen en aanpakken	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Zero-tolerance beleid, bv. zorg wordt niet (meer) geleverd aan plegers ongewenst gedrag of pleger wordt ontslagen	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Eerlijke aanpak bij sollicitaties, zoals mensen in dienst nemen om hun kennis en ervaring en niet om de 'klik' (objectief werven en selecteren, sollicitatiebrieven zonder naam/foto of voorkeur geven aan kandidaten met diverse achtergrond)	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Diversiteitsnetwerken/mentor of buddy systeem	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
De organisatie heeft duidelijk beleid over welk gedrag (on) gewenst is, bijvoorbeeld met een gedragscode waarin discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag expliciet genoemd worden	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Ongewenst gedrag wordt overal en door iedereen in de organisatie duidelijk afgekeurd	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Aanpassing werkwijze (bv. meldingen in dossier van patiënten die ongewenst gedrag vertonen, open deur beleid, niet alleen werken..)	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing
Aanpassingen aan de fysieke werkplek zoals cameratoezicht of alarmsysteem	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet/Niet van toepassing

In mijn team/organisatie worden (ook) andere maatregelen ingezet, namelijk

Welke maatregelen die al worden ingezet zijn volgens u het meest succesvol in het tegengaan van discriminatie, racisme, seksisme en/of seksueel grensoverschrijdend gedrag door zorgontvangers?

Maatregelen gericht op de zorgmedewerker

Maatregelen gericht op de organisatie

[Dropdown met alle opties van boven, meerdere antwoorden mogelijk]

Anders, namelijk

Welke maatregelen die al worden ingezet zijn volgens u het meest succesvol in het tegengaan van discriminatie, racisme, seksisme en/of seksueel grensoverschrijdend gedrag door collega's?

Maatregelen gericht op de zorgmedewerker

Maatregelen gericht op de organisatie

[Dropdown met alle opties van boven, meerdere antwoorden mogelijk]

Anders, namelijk

Wat waren/zijn succesfactoren bij de inzet van deze maatregelen?

Welke maatregelen worden ingezet maar zijn in uw ogen nog onvoldoende werkzaam?

Maatregelen gericht op de zorgmedewerker

Maatregelen gericht op de organisatie

[Dropdown met alle opties van boven, e antwoorden mogelijk]

Anders, namelijk

Wat waren/zijn belemmerende factoren bij de inzet van deze maatregelen?

Kunt u een maatregel noemen die niet (meer) moet worden ingezet?

Welke maatregelen worden nog niet ingezet maar zijn in uw ogen wel werkzaam? Kies maximaal drie maatregelen, degene die in uw ogen het meest belangrijk zijn.

Maatregelen gericht op de zorgmedewerker

Maatregelen gericht op de organisatie

[Dropdown met alle opties van boven, e antwoorden mogelijk]

Anders, namelijk

Zou u graag ondersteuning willen bij de inzet van maatregelen? Zo ja welke?

Kenmerken van de organisatie

Organisaties kunnen zeer van elkaar verschillen en wat in de ene organisatie zinvol is hoeft niet altijd bij een andere organisatie ook goed te werken. Voor de interpretatie van de bovenstaande antwoorden zou het behulpzaam zijn als we ook wat meer over uw organisatie mogen weten.

Als u voor verschillende organisaties werkt, kies dan de plek die u als meest relevant ziet, bv doordat ongewenst gedrag daar vaker voorkomt of doordat u daar het meest werkt.

Als u teamleider bent vul het dan in voor het team waar u direct aan leiding geeft en niet voor de organisatie als geheel.

Als u adviseur bent vul deze vragen dan in voor het deel van de organisatie waarvoor u adviseert.

Werken medewerkers binnen uw team/organisatie regelmatig alleen, zonder een collega, met mensen (patiënten, cliënten, bewoners, bezoekers)?

Ja / nee / een deel van de medewerkers / anders, namelijk

Werken medewerkers binnen uw team/organisatie regelmatig bij mensen thuis?

Ja / nee / een deel van de medewerkers / anders, namelijk

Wat is (bij benadering) de man-vrouw verhouding binnen uw team/organisatie?

___ % mensen die zich als man identificeren

___ % mensen die zich als vrouw identificeren

___ % mensen die zich anders identificeren

Wat is (bij benadering) de leeftijdsverdeling binnen uw team/organisatie?

Voor het grootste deel ouderen (50+)

Voor het grootste deel jongeren (30-)

Voor het grootste deel mensen tussen de 30 en 50 jaar oud

Een mix van verschillende leeftijden

Anders, namelijk

In mijn team/organisatie werken mensen met verschillende.. (meerdere antwoorden mogelijk)

etnisch-culturele achtergronden

religieuze achtergronden

seksuele oriëntaties

genderidentiteiten (bv. trans, non-binair, cis man of-vrouw, genderfluïde)

Huidskleuren

leeftijden

opleidingsniveaus

fysieke en/of mentale beperkingen

niet van toepassing, mijn team/organisatie is niet divers

De klanten/cliënten/patiënten van mijn team/organisatie hebben verschillende ..(meerdere antwoorden mogelijk)

etnisch-culturele achtergronden

religieuze achtergronden

seksuele oriëntaties

genderidentiteiten (bv. trans, non-binair, cis man of-vrouw, genderfluïde)

Huidskleuren

leeftijden

opleidingsniveaus

fysieke en/of mentale beperkingen

niet van toepassing, mijn team/organisatie is niet divers

Wilt u nog iets kwijt over ongewenst gedrag of dit onderzoek, dan kunt u dit hieronder kwijt.

Hartelijk dank voor het invullen.

Bijlage 6. Vragenlijststudie: Overzicht indeling subgroepen voor intersectionele analyse zorgprofessionals

	Sector		Functieniveau		Ervaring met discriminatie		leeftijd	
Subgroep	Intra	Extra	HBO/ WO	VMBO/ MBO	Wel	Niet	≤40	>40
Groep I	X		X			X	X	X
Groep II	X		X	X	X		X	
	Sector		Functieniveau		Gender		leeftijd	
	Intra	Extra	HBO/ WO	VMBO/ MBO	man	vrouw	≤40	>40
Groep III		X		X		X		X
Groep IV		X	X		X	X	X	X

Bijlage 7. Vragenlijststudie: De kenmerken van de respondenten

Versie zorgprofessionals

Kenmerk	Frequentie (%)	Gemiddelde (Standaarddeviatie)
Gender (n=352)		
Man	52 (15%)	
Vrouw	294 (84%)	
Non-binair	2 (0,5%)	
Benoemt liever niet	4 (1%)	
Leeftijd (n=351)		46 (12,4)
Sector (n= 576)a		
Universitair Medisch Centrum	175 (30%)	
Ziekenhuizen	57 (10%)	
Geestelijke Gezondheidszorg	30 (5%)	
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	47 (8%)	
Verpleging, verzorging en thuiszorg	117 (20%)	
Gehandicaptenzorg	101 (18%)	
Jeugdzorg	7 (1%)	
Sociaal werk	6 (1%)	
Ambulancezorg	3 (1%)	
Anders/overige	33 (6%)	
Aanstellingsvorm (n=541)a		
Loondienst, vast	344 (64%)	
Loondienst, tijdelijk	55 (10%)	
ZZP	109 (20%)	
Anders	33 (6%)	
Functie type (n=500)		
VMBO/MBO	176 (35%)	
HBO/WO	312 (62%)	
Onduidelijk	12 (2%)	
Ervaring discriminatie (n=351)		
Ja	181 (52%)	
Nee	162 (46%)	
Weet niet	8 (2%)	

Indien discriminatie, welk type? a		
Cultuur of afkomst	69	
Religie	34	
Seksuele oriëntatie	21	
Genderidentiteit	23	
Huidskleur	31	
Leeftijd	36	
Opleidingsniveau	30	
Gezondheid of beperking	28	
Anders	44	
In team kan openlijk over ongewenst gedrag worden gesproken (N=349)		
helemaal niet - niet	72 (21%)	
neutraal	82 (23%)	
openlijk-heel openlijk	195 (56%)	
In team is er tijd om over ongewenst gedrag te spreken (n=349) b		
Helemaal geen tijd-geen tijd	104 (30%)	
neutraal	96 (28%)	
Wel de tijd – heel ruim de tijd	149 (43%)	

a Meerdere antwoorden mogelijk
Versie leidinggevenden

Kenmerk	Frequentie (%)
Sector (n=375) a	
Universitair Medisch Centrum	89 (24%)
Ziekenhuizen	9 (2%)
Geestelijke Gezondheidszorg	26 (7%)
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	26 (7%)
Verpleging, verzorging en thuiszorg	57 (15%)
Gehandicaptenzorg	73 (20%)
Jeugdzorg	24 (6%)
Sociaal werk	1 (0%)
Ambulancezorg	7 (2%)
Anders/overige	11 (3%)
Aanstellingsvorm (n=311) a	
Loondienst, vast	271 (87%)
Loondienst, tijdelijk	18 (6%)
ZZP	12 (4%)
detachering	0

anders	10 (3%)
Hoe lang bij huidige organisatie? (n=309)	
Minder dan 1 jaar	39 (13%)
1-2 jaar	46 (15%)
3-4 jaar	52 (17%)
5-10 jaar	57 (18%)
Langer dan 10 jaar	124 (40%)
Functie (n=310)	
Leidinggevende	91 (29%)
Manager	67 (22%)
HRM adviseur	49 (16%)
Arbo adviseur	12 (4%)
Andere beleids- of adviesfunctie	32 (10%)
Bestuurder	30 (10%)
Anders	29 (9%)
Werken medewerkers regelmatig alleen? (n=134)	
Ja	60 (45%)
Nee	26 (19%)
Deel van de medewerkers	47 (35%)
Anders	1 (1%)
Werken medewerkers regelmatig bij mensen thuis? (n=134)	
Ja	39 (29%)
Nee	56 (42%)
Deel van de medewerkers	37 (28%)
Anders	2 (1%)
Gender verdeling in organisatie (n=99)	
% Vrouwen	72 (73%)
% Mannen	26 (26%)
% Anders	1 (1%)
Leeftijdsverdeling in organisatie (n=134)	
Grootste deel 50+	11 (8%)
Grootste deel 30-	11 (8%)
Grootste deel 30-50	43 (32%)

Mix van leeftijden	69 (51%)
Diversiteit team, verschillende...a	
Etnisch-culturele achtergronden	98
Religieuze achtergronden	105
Seksuele oriëntaties	90
Genderidentiteiten	43
Huidskleuren	97
Leeftijden	124
Opleidingsniveaus	117
Fysieke of mentale beperkingen	54
Niet divers	5
Diversiteit klanten/cliënten/patiënten a	
Etnisch-culturele achtergronden	106
Religieuze achtergronden	115
Seksuele oriëntaties	95
Genderidentiteiten	75
Huidskleuren	109
Leeftijden	119
Opleidingsniveaus	105
Fysieke of mentale beperkingen	117
Niet divers	7

a Meerdere antwoorden mogelijk

Bijlage 8. Vragenlijststudie: Resultaten tabellen versie zorgprofessionals

Maatregelen gericht op de medewerkers, antwoorden van alle respondenten die vragenlijst voldoende hebben afgerond

Zorg/training	Maatregel wordt genomen in mijn organisatie?	Maatregel helpt of zou kunnen helpen op lange termijn
Opvang nadat je te maken hebt gehad met ongewenst gedrag	290 (58%) Ja 82 (17%) Nee 125 (25%) Weet niet	326 (68%) Ja 25 (5%) Nee 129 (27%) Weet niet/Niet van toepassing
Training waarin je leert om te gaan met ongewenst gedrag gericht tegen jezelf (zoals assertiviteitstraining of de-escalatietraining)	243 (49%) Ja 151 (31%) Nee 100 (20%) Weet niet	345 (72%) Ja 39 (8%) Nee 96 (20%) Weet niet/Niet van toepassing
Training om ongewenst gedrag te herkennen en te leren hoe je kan reageren als het een collega of patiënt overkomt (zoals een bystander training)	149 (30%) Ja 217 (44%) Nee 128 (26%) Weet niet	334 (70%) Ja 40 (8%) Nee 105 (22%) Weet niet/Niet van toepassing
Training om eigen vooroordelen te herkennen en te voorkomen dat je zelf zonder dat je het weet ongewenst gedrag vertoont	115 (23%) Ja 251 (51%) Nee 128 (26%) Weet niet	307 (64%) Ja 52 (11%) Nee 121 (25%) Weet niet/Niet van toepassing
Het organiseren van positieve ontmoetingen tussen zorgprofessionals met verschillende achtergronden (delen van verhalen, ervaringen en kennis)	122 (25%) Ja 241 (49%) Nee 131 (27%) Weet niet	266 (56%) Ja 70 (15%) Nee 143 (30%) Weet niet/Niet van toepassing

Maatregelen gericht op de organisatie van het werk, die vragenlijst voldoende hebben afgerond

Maatregel	Maatregel genomen in mijn organisatie?	Maatregel helpt of zou kunnen helpen?
Onafhankelijke vertrouwenspersoon	306 (77%) Ja 40 (10%) Nee 54 (14%) Weet niet	284 (71%) Ja 36 (9%) Nee 79 (20%) Weet niet/Niet van toepassing
Beleid voor melden van ongewenst gedrag	288 (72%) Ja 44 (11%) Nee 68 (17%) Weet niet	297 (74%) Ja 32 (8%) Nee 70 (18%) Weet niet/Niet van toepassing

Trainen van leidinggevendenden zodat zij ongewenst gedrag kunnen herkennen en er iets aan kunnen doen	91 (23%) Ja 102 (26%) Nee 206 (52%) Weet niet	255 (64%) Ja 31 (8%) Nee 113 (28%) Weet niet/Niet van toepassing
(Publieke) gevolgen voor daders, bv. zorg wordt niet (meer) geleverd aan daders van ongewenst gedrag of dader wordt ontslagen	109 (27%) Ja 124 (31%) Nee 166 (42%) Weet niet	220 (55%) Ja 48 (12%) Nee 131 (33%) Weet niet/Niet van toepassing
Eerlijke aanpak bij sollicitaties, zoals mensen in dienst nemen om hun kennis en ervaring en niet om de 'klik', sollicitatiebrieven zonder naam/foto of het liefst mensen aannemen met een verschillende afkomst	119 (30%) Ja 107 (27%) Nee 173 (43%) Weet niet	216 (54%) Ja 43 (11%) Nee 140 (35%) Weet niet/Niet van toepassing
Netwerken voor medewerkers met een diverse achtergrond / mentor- of buddy systeem	87 (22%) Ja 145 (36%) Nee 167 (42%) Weet niet	197 (50%) Ja 40 (10%) Nee 161 (41%) Weet niet/Niet van toepassing
De organisatie heeft duidelijk beleid over (on)gewenst gedrag, bijvoorbeeld met een gedragscode waarin discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag expliciet genoemd worden	223 (56%) Ja 73 (18%) Nee 100 (25%) Weet niet	272 (69%) Ja 37 (9%) Nee 87 (22%) Weet niet/Niet van toepassing
Ongewenst gedrag wordt overal en door iedereen in de organisatie duidelijk afgekeurd	173 (44%) Ja 131 (33%) Nee 92 (23%) Weet niet	285 (72%) Ja 37 (9%) Nee 74 (19%) Weet niet/Niet van toepassing
Aanpassing manier van werken (bv. meldingen in dossier van patiënten die ongewenst gedrag vertonen, open deur beleid, niet alleen werken..)	168 (42%) Ja 98 (25%) Nee 130 (33%) Weet niet	257 (65%) Ja 30 (8%) Nee 109 (28%) Weet niet/Niet van toepassing
Aanpassingen aan de werkplek zoals cameratoezicht of alarmsysteem	102 (26%) Ja 179 (45%) Nee 115 (29%) Weet niet	193 (49%) Ja 79 (20%) Nee 124 (31%) Weet niet/Niet van toepassing

In de a tabellen wordt weergegeven hoe vaak deze vier verschillende groepen aangeven dat maatregelen gericht op de zorgmedewerker worden ingezet en hoe werkzaam deze volgens hen zijn (microniveau). In de b tabellen wordt dit weergegeven voor de maatregelen die gericht zijn op de organisatie van het werk (mesoniveau).

a: Maatregelen gericht op de medewerkers, visie intramuraal werkenden, in HBO of WO functie niet behorend tot groep die discriminatie ervaart (groep 1, n=75)

Zorg/training	Maatregel wordt genomen in mijn organisatie?	Maatregel helpt of zou kunnen helpen op lange termijn
Opvang nadat je te maken hebt gehad met ongewenst gedrag	48 (64%) Ja 6 (8%) Nee 21 (28%) Weet niet	57 (76%) Ja 4 (5%) Nee 14 (19%) Weet niet/Niet van toepassing
Training waarin je leert om te gaan met ongewenst gedrag gericht tegen jezelf (zoals assertiviteitstraining of de-escalatietraining)	38 (51%) Ja 22 (29%) Nee 15 (20%) Weet niet	57 (76%) Ja 7 (9%) Nee 11 (15%) Weet niet/Niet van toepassing
Training om ongewenst gedrag te herkennen en te leren hoe je kan reageren als het een collega of patiënt overkomt (zoals een bystander training)	18 (24%) Ja 32 (43%) Nee 25 (33%) Weet niet	51 (68%) Ja 6 (8%) Nee 18 (24%) Weet niet/Niet van toepassing
Training om eigen vooroordelen te herkennen en te voorkomen dat je zelf zonder dat je het weet ongewenst gedrag vertoont	16 (21%) Ja 33 (44%) Nee 26 (35%) Weet niet	47 (63%) Ja 5 (7%) Nee 23 (31%) Weet niet/Niet van toepassing
Het organiseren van positieve ontmoetingen tussen zorgprofessionals met verschillende achtergronden (delen van verhalen, ervaringen en kennis)	14 (19%) Ja 35 (47%) Nee 26 (35%) Weet niet	44 (59%) Ja 11 (15%) Nee 20 (27%) Weet niet/Niet van toepassing

B: Maatregelen gericht op de organisatie van het werk, visie intramuraal werkenden, in HBO of WO functie niet behorend tot groep die discriminatie ervaart (groep 1, n=75)

Maatregel	Maatregel genomen in mijn organisatie?	Maatregel helpt of zou kunnen helpen?
Onafhankelijke vertrouwenspersoon	67 (89%) Ja 1 (1%) Nee 7 (9%) Weet niet	57 (76%) Ja 7 (9%) Nee 11 (15%) Weet niet/Niet van toepassing
Beleid voor melden van ongewenst gedrag	61 (81%) Ja 3 (4%) Nee 11 (15%) Weet niet	61 (81%) Ja 3 (4%) Nee 11 (15%) Weet niet/Niet van toepassing
Trainen van leidinggevenden zodat zij ongewenst gedrag kunnen herkennen en er iets aan kunnen doen	24 (32%) Ja 13 (17%) Nee 38 (51%) Weet niet	55 (73%) Ja 4 (5%) Nee 16 (22%) Weet niet/Niet van toepassing
(Publieke) gevolgen voor daders, bv. zorg wordt niet (meer) geleverd aan daders van ongewenst gedrag of dader wordt ontslagen	20 (27%) Ja 20 (27%) Nee 35 (47%) Weet niet	40 (53%) Ja 8 (11%) Nee 27 (36%) Weet niet/Niet van toepassing

Eerlijke aanpak bij sollicitaties, zoals mensen in dienst nemen om hun kennis en ervaring en niet om de 'klik', sollicitatiebrieven zonder naam/foto of het liefst mensen aannemen met een verschillende afkomst	22 (29%) Ja 17 (23%) Nee 36 (48%) Weet niet	44 (59%) Ja 5 (7%) Nee 26 (35%) Weet niet/Niet van toepassing
Netwerken voor medewerkers met een diverse achtergrond / mentor- of buddy systeem	17 (23%) Ja 17 (23%) Nee 41 (55%) Weet niet	40 (53%) Ja 4 (5%) Nee 31 (41%) Weet niet/Niet van toepassing
De organisatie heeft duidelijk beleid over (on)gewenst gedrag, bijvoorbeeld met een gedragscode waarin discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag expliciet genoemd worden	53 (71%) Ja 6 (8%) Nee 16 (21%) Weet niet	53 (71%) Ja 3 (4%) Nee 19 (25%) Weet niet/Niet van toepassing
Ongewenst gedrag wordt overal en door iedereen in de organisatie duidelijk afgekeurd	27 (36%) Ja 29 (39%) Nee 19 (25%) Weet niet	57 (76%) Ja 4 (5%) Nee 14 (19%) Weet niet/Niet van toepassing
Aanpassing manier van werken (bv. meldingen in dossier van patiënten die ongewenst gedrag vertonen, open deur beleid, niet alleen werken..)	25 (33%) Ja 14 (19%) Nee 36 (48%) Weet niet	45 (60%) Ja 4 (5%) Nee 26 (35%) Weet niet/Niet van toepassing
Aanpassingen aan de werkplek zoals cameratoezicht of alarmsysteem	13 (17%) Ja 35 (47%) Nee 27 (36%) Weet niet	30 (40%) Ja 14 (19%) Nee 31 (41%) Weet niet/Niet van toepassing

A: Maatregelen gericht op de medewerkers, visie jongere werkenden (<40) behorend tot groep die discriminatie ervaart (groep 2, n= 73)

Zorg/training	Maatregel wordt genomen in mijn organisatie?	Maatregel helpt of zou kunnen helpen op lange termijn
Opvang nadat je te maken hebt gehad met ongewenst gedrag	33 (45%) Ja 12 (16%) Nee 28 (38%) Weet niet	46(63%) Ja 6 (8%) Nee 21 (29%) Weet niet/Niet van toepassing
Training waarin je leert om te gaan met ongewenst gedrag gericht tegen jezelf (zoals assertiviteitstraining of de-escalatietraining)	28 (38%) Ja 29 (40%) Nee 16 (22%) Weet niet	47 (64%) Ja 8 (11%) Nee 18 (25%) Weet niet/Niet van toepassing
Training om ongewenst gedrag te herkennen en te leren hoe je kan reageren als het een collega of patiënt overkomt (zoals een bystander training)	14 (19%) Ja 37 (51%) Nee 22 (30%) Weet niet	51 (70%) Ja 8 (11%) Nee 14 (19%) Weet niet/Niet van toepassing

Training om eigen vooroordelen te herkennen en te voorkomen dat je zelf zonder dat je het weet ongewenst gedrag vertoont	18 (25%) Ja 41 (56%) Nee 14 (19%) Weet niet	51 (70%) Ja 6 (8%) Nee 16 (22%) Weet niet/Niet van toepassing
Het organiseren van positieve ontmoetingen tussen zorgprofessionals met verschillende achtergronden (delen van verhalen, ervaringen en kennis)	17 (23%) Ja 40 (55%) Nee 16 (22%) Weet niet	57 (78%) Ja 6 (8%) Nee 10 (14%) Weet niet/Niet van toepassing

B: Maatregelen gericht op de organisatie van het werk, visie jongere werkenden (<40) behorend tot groep die discriminatie ervaart (groep 2, n= 73)

Maatregel	Maatregel genomen in mijn organisatie?	Maatregel helpt of zou kunnen helpen?
Onafhankelijke vertrouwenspersoon	57 (78%) Ja 6 (8%) Nee 10 (14%) Weet niet	52 (71%) Ja 8 (11%) Nee 13 (18%) Weet niet/Niet van toepassing
Beleid voor melden van ongewenst gedrag	51 (70%) Ja 9 (12%) Nee 13 (18%) Weet niet	49 (87%) Ja 10 (14%) Nee 14 (19%) Weet niet/Niet van toepassing
Trainen van leidinggevenden zodat zij ongewenst gedrag kunnen herkennen en er iets aan kunnen doen	13 (18%) Ja 22 (30%) Nee 38 (52%) Weet niet	49 (67%) Ja 6 (8%) Nee 18 (25%) Weet niet/Niet van toepassing
(Publieke) gevolgen voor daders, bv. zorg wordt niet (meer) geleverd aan daders van ongewenst gedrag of dader wordt ontslagen	22 (30%) Ja 22 (30%) Nee 29 (40%) Weet niet	47 (64%) Ja 10 (14%) Nee 16 (22%) Weet niet/Niet van toepassing
Eerlijke aanpak bij sollicitaties, zoals mensen in dienst nemen om hun kennis en ervaring en niet om de 'klik', sollicitatiebrieven zonder naam/foto of het liefst mensen aannemen met een verschillende afkomst	15 (21%) Ja 28 (38%) Nee 30 (41%) Weet niet	41 (56%) Ja 14 (19%) Nee 18 (25%) Weet niet/Niet van toepassing
Netwerken voor medewerkers met een diverse achtergrond / mentor- of buddy systeem	16 (22%) Ja 34 (47%) Nee 23 (32%) Weet niet	40 (55%) Ja 8 (11%) Nee 25 (34%) Weet niet/Niet van toepassing
De organisatie heeft duidelijk beleid over (on)gewenst gedrag, bijvoorbeeld met een gedragscode waarin discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag expliciet genoemd worden	34 (47%) Ja 16 (22%) Nee 23 (32%) Weet niet	52 (71%) Ja 10 (14%) Nee 11 (15%) Weet niet/Niet van toepassing

Ongewenst gedrag wordt overal en door iedereen in de organisatie duidelijk afgekeurd	29 (40%) Ja 23 (32%) Nee 21 (29%) Weet niet	52 (71%) Ja 11 (15%) Nee 10 (14%) Weet niet/Niet van toepassing
Aanpassing manier van werken (bv. meldingen in dossier van patiënten die ongewenst gedrag vertonen, open deur beleid, niet alleen werken..)	23 (32%) Ja 25 (34%) Nee 25 (34%) Weet niet	44 (60%) Ja 11 (15%) Nee 18 (25%) Weet niet/Niet van toepassing
Aanpassingen aan de werkplek zoals cameratoezicht of alarmsysteem	14 (19%) Ja 37 (51%) Nee 22 (30%) Weet niet	34 (47%) Ja 19 (26%) Nee 20 (27%) Weet niet/Niet van toepassing

A: Maatregelen gericht op de medewerkers, visie vrouwen in werkend in VMBO/MBO functie (groep 3, n=92)

Zorg/training	Maatregel wordt genomen in mijn organisatie?	Maatregel helpt of zou kunnen helpen op lange termijn
Opvang nadat je te maken hebt gehad met ongewenst gedrag	50 (55%) Ja 23 (25%) Nee 19 (21%) Weet niet	60 (65%) Ja 3 (3%) Nee 29 (32%) Weet niet/Niet van toepassing
Training waarin je leert om te gaan met ongewenst gedrag gericht tegen jezelf (zoals assertiviteitstraining of de-escalatietraining)	49 (53%) Ja 31 (34%) Nee 12 (13%) Weet niet	67 (73%) Ja 3 (3%) Nee 22 (24%) Weet niet/Niet van toepassing
Training om ongewenst gedrag te herkennen en te leren hoe je kan reageren als het een collega of patiënt overkomt (zoals een bystander training)	30 (33%) Ja 42 (46%) Nee 20 (22%) Weet niet	61 (66%) Ja 8 (9%) Nee 23 (25%) Weet niet/Niet van toepassing
Training om eigen vooroordelen te herkennen en te voorkomen dat je zelf zonder dat je het weet ongewenst gedrag vertoont	23 (25%) Ja 52 (58%) Nee 17 (19%) Weet niet	58 (63%) Ja 8 (9%) Nee 26 (28%) Weet niet/Niet van toepassing
Het organiseren van positieve ontmoetingen tussen zorgprofessionals met verschillende achtergronden (delen van verhalen, ervaringen en kennis)	25 (27%) Ja 46 (50%) Nee 21 (23%) Weet niet	52(57%) Ja 8 (9%) Nee 32 (35%) Weet niet/Niet van toepassing

B: Maatregelen gericht op de organisatie van het werk, vrouwen in werkend in VMBO/MBO functie (groep 3, n=92)

Maatregel	Maatregel genomen in mijn organisatie?	Maatregel helpt of zou kunnen helpen?
Onafhankelijke vertrouwenspersoon	69 (75%) Ja 5 (5%) Nee 18 (20%) Weet niet	62 (67%) Ja 3 (3%) Nee 27 (29%) Weet niet/Niet van toepassing
Beleid voor melden van ongewenst gedrag	63 (69%) Ja 9 (10%) Nee 20 (22%) Weet niet	63 (69%) Ja 7 (8%) Nee 22 (24%) Weet niet/Niet van toepassing
Trainen van leidinggevendens zodat zij ongewenst gedrag kunnen herkennen en er iets aan kunnen doen	21 (23%) Ja 17 (19%) Nee 54 (59%) Weet niet	55 (60%) Ja 7 (8%) Nee 30 (33%) Weet niet/Niet van toepassing
(Publieke) gevolgen voor daders, bv. zorg wordt niet (meer) geleverd aan daders van ongewenst gedrag of dader wordt ontslagen	18 (20%) Ja 26 (28%) Nee 48 (52%) Weet niet	47 (51%) Ja 7 (8%) Nee 38 (41%) Weet niet/Niet van toepassing
Eerlijke aanpak bij sollicitaties, zoals mensen in dienst nemen om hun kennis en ervaring en niet om de 'klik', sollicitatiebrieven zonder naam/foto of het liefst mensen aannemen met een verschillende afkomst	29 (32%) Ja 19 (21%) Nee 44 (48%) Weet niet	49 (53%) Ja 6 (7%) Nee 37 (40%) Weet niet/Niet van toepassing
Netwerken voor medewerkers met een diverse achtergrond / mentor- of buddy systeem	16 (17%) Ja 29 (32%) Nee 47 (51%) Weet niet	46 (50%) Ja 3 (3%) Nee 43 (47%) Weet niet/Niet van toepassing
De organisatie heeft duidelijk beleid over (on)gewenst gedrag, bijvoorbeeld met een gedragscode waarin discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag expliciet genoemd worden	42 (46%) Ja 18 (20%) Nee 32 (35%) Weet niet	55 (60%) Ja 9 (10%) Nee 28 (30%) Weet niet/Niet van toepassing
Ongewenst gedrag wordt overal en door iedereen in de organisatie duidelijk afgekeurd	43 (47%) Ja 30 (33%) Nee 19 (21%) Weet niet	57 (62%) Ja 10 (11%) Nee 25 (27%) Weet niet/Niet van toepassing

Aanpassing manier van werken (bv. meldingen in dossier van patiënten die ongewenst gedrag vertonen, open deur beleid, niet alleen werken..)	37 (40%) Ja 22 (24%) Nee 33 (36%) Weet niet	56 (61%) Ja 7 (8%) Nee 29 (32%) Weet niet/Niet van toepassing
Aanpassingen aan de werkplek zoals cameratoezicht of alarmsysteem	25 (27%) Ja 38 (41%) Nee 29 (32%) Weet niet	43 (47%) Ja 14 (15%) Nee 35 (38%) Weet niet/Niet van toepassing

A: Maatregelen gericht op de medewerkers, visie extramuraal werkenden in HBO of WO functies (groep 4, n=74)

Zorg/training	Maatregel wordt genomen in mijn organisatie?	Maatregel helpt of zou kunnen helpen op lange termijn
Opvang nadat je te maken hebt gehad met ongewenst gedrag	44 (60%) Ja 12 (16%) Nee 18 (24%) Weet niet	59 (80%) Ja 2 (3%) Nee 12 (16%) Weet niet/Niet van toepassing
Training waarin je leert om te gaan met ongewenst gedrag gericht tegen jezelf (zoals assertiviteitstraining of de-escalatietraining)	37 (50%) Ja 26 (35%) Nee 11 (15%) Weet niet	61 (82%) Ja 5 (7%) Nee 7 (10%) Weet niet/Niet van toepassing
Training om ongewenst gedrag te herkennen en te leren hoe je kan reageren als het een collega of patiënt overkomt (zoals een bystander training)	25 (34%) Ja 37 (50%) Nee 12 (16%) Weet niet	61 (82%) Ja 4 (5%) Nee 8 (11%) Weet niet/Niet van toepassing
Training om eigen vooroordelen te herkennen en te voorkomen dat je zelf zonder dat je het weet ongewenst gedrag vertoont	12 (16%) Ja 50 (68%) Nee 12 (16%) Weet niet	53 (72%) Ja 7 (10%) Nee 13 (18%) Weet niet/Niet van toepassing
Het organiseren van positieve ontmoetingen tussen zorgprofessionals met verschillende achtergronden (delen van verhalen, ervaringen en kennis)	23 (31%) Ja 41 (55%) Nee 10 (14%) Weet niet	43 (58%) Ja 13 (18%) Nee 17 (23%) Weet niet/Niet van toepassing

B: Maatregelen gericht op de organisatie van het werk, visie extramuraal werkenden in HBO of WO functies
(groep 4, n=74)

Maatregel	Maatregel genomen in mijn organisatie?	Maatregel helpt of zou kunnen helpen?
Onafhankelijke vertrouwenspersoon	40 (59%) Ja 19 (28%) Nee 9 (13%) Weet niet	43 (63%) Ja 8 (11%) Nee 17 (23%) Weet niet/Niet van toepassing
Beleid voor melden van ongewenst gedrag	43 (63%) Ja 14 (21%) Nee 11 (16%) Weet niet	54 (79%) Ja 4 (6%) Nee 10 (15%) Weet niet/Niet van toepassing
Trainen van leidinggevendens zodat zij ongewenst gedrag kunnen herkennen en er iets aan kunnen doen	13 (19%) Ja 30 (44%) Nee 25 (37%) Weet niet	43 (63%) Ja 4 (6%) Nee 21 (31%) Weet niet/Niet van toepassing
(Publieke) gevolgen voor daders, bv. zorg wordt niet (meer) geleverd aan daders van ongewenst gedrag of dader wordt ontslagen	24 (35%) Ja 27 (40%) Nee 17 (25%) Weet niet	42 (62%) Ja 7 (10%) Nee 19 (28%) Weet niet/Niet van toepassing
Eerlijke aanpak bij sollicitaties, zoals mensen in dienst nemen om hun kennis en ervaring en niet om de 'klik', sollicitatiebrieven zonder naam/foto of het liefst mensen aannemen met een verschillende afkomst	30 (44%) Ja 18 (27%) Nee 20 (29%) Weet niet	27 (40%) Ja 12 (18%) Nee 29 (43%) Weet niet/Niet van toepassing
Netwerken voor medewerkers met een diverse achtergrond / mentor- of buddy systeem	12 (18%) Ja 38 (56%) Nee 18 (27%) Weet niet	27 (40%) Ja 12 (18%) Nee 29 (43%) Weet niet/Niet van toepassing
De organisatie heeft duidelijk beleid over (on)gewenst gedrag, bijvoorbeeld met een gedragscode waarin discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag expliciet genoemd worden	31 (46%) Ja 24 (35%) Nee 13 (19%) Weet niet	46 (68%) Ja 10 (15%) Nee 12 (18%) Weet niet/Niet van toepassing
Ongewenst gedrag wordt overal en door iedereen in de organisatie duidelijk afgekeurd	39 (57%) Ja 17 (25%) Nee 12 (18%) Weet niet	56 (82%) Ja 3 (4%) Nee 9 (13%) Weet niet/Niet van toepassing
Aanpassing manier van werken (bv. meldingen in dossier van patiënten die ongewenst gedrag vertonen, open deur beleid, niet alleen werken..)	42 (62%) Ja 17 (25%) Nee 9 (13%) Weet niet	49 (72%) Ja 4 (6%) Nee 15 (22%) Weet niet/Niet van toepassing
Aanpassingen aan de werkplek zoals cameratoezicht of alarmsysteem	28 (41%) Ja 31 (46%) Nee 9 (13%) Weet niet	41 (60%) Ja 14 (21%) Nee 13 (19%) Weet niet/Niet van toepassing

Bijlage 9. Vragenlijststudie: Resultaten tabellen versie leidinggevendenden

Maatregelen gericht op de medewerkers, visie leidinggevendenden HR en bestuurders (n=239)

Zorg/training	Ingezet in mijn organisatie?	Zorg/training helpt of zou kunnen helpen?
Nazorg/opvang nadat medewerker te maken heeft gehad met ongewenst gedrag	202 (85%) Ja 22 (9%) Nee 15 (6%) Weet niet	198 (85%) Ja 6 (3%) Nee 30 (13%) Weet niet/Niet van toepassing
Training waarin medewerker leert om te gaan met ongewenst gedrag gericht tegen zichzelf (zoals assertiviteitstraining of de-escalatietraining)	160 (67%) Ja 54 (23%) Nee 24 (10%) Weet niet	194 (83%) Ja 5 (2%) Nee 35 (15%) Weet niet/Niet van toepassing
Training om ongewenst gedrag te herkennen en te leren hoe medewerker kan reageren als het een collega of patiënt overkomt (zoals een bystander training)	105 (44%) Ja 95 (40%) Nee 38 (16%) Weet niet	192 (82%) Ja 2 (1%) Nee 41 (17%) Weet niet/Niet van toepassing
Training om eigen vooroordelen te herkennen en te voorkomen dat medewerker (onbewust) zelf ongewenst gedrag vertoont	69 (29%) Ja 129 (54%) Nee 40 (17%) Weet niet	171 (73%) Ja 9 (4%) Nee 55 (23%) Weet niet/Niet van toepassing
Het organiseren van positieve ontmoetingen tussen zorgprofessionals met verschillende achtergronden (delen van verhalen, ervaringen en kennis)	67 (28%) Ja 15 (6%) Nee 73 (31%) Weet niet	148 (63%) Ja 15 (6%) Nee 73 (31%) Weet niet/Niet van toepassing

Maatregelen gericht op de organisatie van het werk, visie leidinggevenden HR en bestuurders (n=210)

Maatregel	Ingezet in mijn organisatie?	Maatregel helpt of zou kunnen helpen?
Onafhankelijke vertrouwenspersoon	294 (97%) Ja 4 (2%) Nee 3 (1%) Weet niet	180 (85%) Ja 9 (4%) Nee 22 (10%) Weet niet/Niet van toepassing
Klachten/meldings-/monitoringsprocedures	201 (95%) Ja 9 (4%) Nee 1 (1%) Weet niet	179 (85%) Ja 8 (4%) Nee 24 (11%) Weet niet/Niet van toepassing
Trainen van leidinggevenden zodat zij ongewenst gedrag kunnen herkennen en aanpakken	81 (39%) Ja 100 (48%) Nee 29 (14%) Weet niet	178 (85%) Ja 4 (2%) Nee 28 (13%) Weet niet/Niet van toepassing
Zerotolerance beleid, bv. zorg wordt niet (meer) geleverd aan plegers ongewenst gedrag of pleger wordt ontslagen	45 (21%) Ja 115 (55%) Nee 51 (24%) Weet niet	99 (47%) Ja 39 (19 %) Nee 73 (35%) Weet niet/Niet van toepassing
Eerlijke aanpak bij sollicitaties, zoals mensen in dienst nemen om hun kennis en ervaring en niet om de 'klik' (objectief werven en selecteren, sollicitatiebrieven zonder naam/foto of voorkeur geven aan kandidaten met diverse achtergrond)	115 (55%) Ja 56 (27%) Nee 39 (19%) Weet niet	130 (62%) Ja 18 (9%) Nee 62 (30%) Weet niet/Niet van toepassing
Diversiteitsnetwerken/mentor of buddy systeem	86 (41%) Ja 91 (43%) Nee 33 (16%) Weet niet	130 (62%) Ja 14 (7%) Nee 66 (31%) Weet niet/Niet van toepassing
De organisatie heeft duidelijk beleid over welk gedrag (on)gewenst is, bijvoorbeeld met een gedragscode waarin discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag expliciet genoemd worden	167 (80%) Ja 32 (15%) Nee 11 (5%) Weet niet	178 (85%) Ja 11 (5%) Nee 21 (10%) Weet niet/Niet van toepassing
Ongewenst gedrag wordt overal en door iedereen in de organisatie duidelijk afgekeurd	94 (45%) Ja 68 (32%) Nee 48 (23%) Weet niet	181 (86%) Ja 6 (3%) Nee 23 (11%) Weet niet/Niet van toepassing
Aanpassing werkwijze (bv. meldingen in dossier van patiënten die ongewenst gedrag vertonen, open deur beleid, niet alleen werken..)	123 (59%) Ja 29 (14%) Nee 58 (28%) Weet niet	150 (71%) Ja 6 (3%) Nee 54 (26%) Weet niet/Niet van toepassing
Aanpassingen aan de fysieke werkplek zoals cameratoezicht of alarmsysteem	88 (42%) Ja 82 (39%) Nee 40 (11%) Weet niet	111 (53%) Ja 33 (16%) Nee 66 (31%) Weet niet/Niet van toepassing

Maatregelen gericht op zorgprofessional die onvoldoende werkzaam zijn of onvoldoende ingezet worden, respondent kan uit lijst kiezen.

Zorg/training	Ingezet maar nog onvoldoende werkzaam?	Werkzaam nog niet ingezet in mijn organisatie?
Nazorg/opvang nadat medewerker te maken heeft gehad met ongewenst gedrag	23 (6%)	13 (4%)
Training waarin medewerker leert om te gaan met ongewenst gedrag gericht tegen zichzelf (zoals assertiviteitstraining of de-escalatietraining)	27 (7%)	27 (7%)
Training om ongewenst gedrag te herkennen en te leren hoe medewerker kan reageren als het een collega of patiënt overkomt (zoals een bystander training)	33 (9%)	56 (15%)
Training om eigen vooroordelen te herkennen en te voorkomen dat medewerker (onbewust) zelf ongewenst gedrag vertoont	39 (10%)	48 (13%)
Het organiseren van positieve ontmoetingen tussen zorgprofessionals met verschillende achtergronden (delen van verhalen, ervaringen en kennis)	28 (8%)	23 (6%)

Maatregelen gericht op organisatie van het werk die onvoldoende werkzaam zijn of onvoldoende ingezet worden, respondent kan uit lijst kiezen.

Maatregel	Ingezet maar nog onvoldoende werkzaam?	Werkzaam nog niet ingezet in mijn organisatie?
Onafhankelijke vertrouwenspersoon	14 (4%)	3 (1%)
Klachten/meldings-/ monitoringsprocedures	13 (4%)	8 (2%)
Trainen van leidinggevenden zodat zij ongewenst gedrag kunnen herkennen en aanpakken	39 (10%)	42 (11%)
Zero-tolerance beleid, bv. zorg wordt niet (meer) geleverd aan plegers ongewenst gedrag of pleger wordt ontslagen	24 (6%)	27 (7%)
Eerlijke aanpak bij sollicitaties, zoals mensen in dienst nemen om hun kennis en ervaring en niet om de 'klik' (objectief werven en selecteren, sollicitatiebrieven zonder naam/foto of voorkeur geven aan kandidaten met diverse achtergrond)	15 (4%)	13 (4%)
Diversiteitsnetwerken/mentor of buddy systeem	12 (3%)	27 (7%)
De organisatie heeft duidelijk beleid over welk gedrag (on)gewenst is, bijvoorbeeld met een gedragscode waarin discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag expliciet genoemd worden	18 (5%)	11 (3%)
Ongewenst gedrag wordt overal en door iedereen in de organisatie duidelijk afgekeurd	33 (9%)	31 (8%)
Aanpassing werkwijze (bv. meldingen in dossier van patiënten die ongewenst gedrag vertonen, open deur beleid, niet alleen werken..)	14 (4%)	12 (3%)

Bijlage 10. Interviewstudie: Interviewguide

Rol van interviewer

Gesprek begeleiden, stellingen inbrengen. Gesprek vooral laten plaatsvinden tussen de participanten

Gespreksregels

Tijdens het gesprek kunnen er gevoelige onderwerpen besproken worden. Om de veiligheid van de participanten te waarborgen zullen de volgende regels besproken worden voor de start van het gesprek, hierbij is er ook ruimte voor de participanten voor het benoemen van additionele regels:

- Alles wat er hier besproken wordt, blijft hier
- Spreek vanuit jouw eigen ervaringen
- Geef iedereen de tijd om de tijd te nemen en zijn/haar gedachten af te ronden
- Reageren op de ander en vragen stellen wordt gestimuleerd, blijf dit ten alle tijden met respect doen
- Indien iets onduidelijk of onbekend is, vraag de ander dan om uitleg (bijv. afkortingen)

Gespreksopzet & topic list

NOTE: Participanten hoeven het niet over hun eigen ervaringen te hebben met betrekking tot het meemaken van ongewenst gedrag, echter stimuleren wij het delen van hun ervaringen met interventies wel.

Gespreksregels	Zoals hierboven besproken
Introductie	Uitleg interview & duur Kennismaking Sector, functie(s), werkervaring
Literatuurstudie - Voorlopige vragenlijst uitkomsten	Presenteren van voorlopige bevindingen van aanwezige sector(en)
Reflectie op uitkomsten	Klinkt dit herkenbaar? Wat wel en wat niet? Zijn er kenmerken in jouw werk die gebruik van interventies verandert?
Persoonlijke ervaringen met interventies	Wat werkt wel en wat werkt niet? Zijn er kenmerkende dingen in jouw werk als het gaat om interventies? De luisterende participant vragen om het te laten weten als iets heel herkenbaar is of juist niet.
Verschillen en overeenkomsten in ervaringen	Als je naar de ander luistert, merk je dan dat hetzelfde aan interventies voor jouw werk geldt? Waarom wel of niet? Wat zorgt er specifiek voor dat het wel of niet zou werken bij jouw werkomgeving?

Indien nodig: Mogelijke onderdelen die invloed kunnen hebben op de werking van een interventie	Zorgsysteem: Positie in systeem >> nul/eerste/tweede/derdelijn Organisatiestructuur: Positie in organisatie Steun vanuit je aangesloten organisaties als het gaat om interventies organiseren Hoe heeft de organisatiestructuur bijgedragen aan vertrouwen opvangen van ongewenst gedrag / tegengaan van ongewenst gedrag? Marktmodel Voordelen-nadelen in interventies voor ZZP-Loondienst
Afsluiting	Samenvatting gesprek, vervolg

Bijlage 11. Co-creatie sessies: Draaiboek

Bijeenkomst 1

Tijd	Aanpak	Benodigdheden
12.30-13.45	Ruimte klaarmaken: flappen ophangen Koffie/thee/fris en snacks	Tape Koffie/thee/fris/ snacks
13.45-14.00	Welkom, plaats nemen in 1 van de 2 groepen tafels, naam-label Muziek aan	Muziek, speaker Naam-label
14.00 – 14.30	1. Provide the big picture Wat willen we met elkaar oplossen? - Welke tools en ondersteuning helpen leidinggevend en ondersteuners om ongewenst gedrag aan te pakken en te voorkomen? - Met ongewenst gedrag beperken we ons tot discriminatie, racisme, seksisme en seksueel grensoverschrijdend gedrag tegen kenmerken van individuele medewerkers en bepaalde doelgroepen. - Allerlei interacties: tussen cliënt en medewerker, medewerkers onderling, leidinggevend en medewerker. Waarom deze groep bij elkaar? - Jullie zijn de groep waar de vraag over gaat. Een aantal van jullie zijn leidinggevende en een aantal ondersteunen leidinggevend als manager, HR manager of trainer. We willen jullie ervaringen en perspectieven hebben om de vraag te kunnen beantwoorden. Wat is je rol? - Gezamenlijk onderzoeken, elkaar bevragen op ideeën - Jullie geven samen een antwoord op de vraag - Wij faciliteren jullie als groep in dit onderzoek. We hebben werkvormen die jullie kunnen doen om antwoorden te verzamelen en zorgen dat iedereen goed kan meedoen. - Introduceer rol Petra Verdonk Wat gebeurt er met wat je deelt? - Jullie advies wordt onderdeel van het rapport over het hele onderzoek wat wij delen met Ministerie VWS. 2. Huisregels voor vandaag Welke huisregels vinden we met elkaar belangrijk voor tijdens deze sessie? Wie helpt mij met opschrijven? Na inbreng, aanvullen met deze: - We luisteren naar elkaar - We laten elkaar goed uitspreken - We hebben allemaal ons eigen expertise en ervaring. Dat kan zijn: eigen ervaring, ervaring doordat je in de praktijk hiermee bezig bent of kennis vanuit onderzoek. Al deze soorten kennis is gewenst in deze sessie. - Iedereen komt goed aan het woord. Help ons ook om dat voor elkaar te krijgen. - Verhalen over je eigen organisatie gebruiken we om de onderzoeksvraag met elkaar te beantwoorden. De verhalen blijven hier in deze groep. - We hebben een vraag die ons helpt te focussen. We benoemen het als onderwerpen erbuiten vallen. - Waar we geen tijd meer voor hebben, schuiven we door naar de volgende sessie. 3. Agenda voor vandaag Agenda doorlopen Wie wil de tijd bijhouden?	Flap met hoofd onderzoeksvraag Flap met agenda + tijden voor time keeper Flap met titel Huisregels

14.30-14.45	Deelnemers welkom heten en introduceren • Wat is je functie? • Wil je iets delen over je identiteit?	
14.45-16.30	Werkvorm: tijdlijn in duo's Benoem de subvragen 1 en 2 (flap) • Waarom lukt het leidinggevenden en ondersteuners niet om (tijdig) acties in te zetten om ongewenst gedrag te voorkomen? • Wat ontbreekt er in ondersteuning en tools die je nu tot je beschikking hebt? Deel 1: Samen tijdlijn maken (40 minuten) Instructie: We gaan aan de slag met de casussen van de leidinggevenden en van 1 ondersteuner. Situaties waarin het lastig was om iets te doen om ongewenst gedrag te voorkomen of tegen te gaan. Je signaleerde dat er wat nodig was, maar actie bleef uit. Of je had later door dat actie eigenlijk nodig was geweest. Julie gaan in duo's aan de slag op de casus om te achterhalen wat de uitdaging(en) is (zijn). (Flap) Ga in gesprek over de casus en maak aan de hand van de casus samen een tijdlijn van gebeurtenissen, factoren die van invloed zijn en ervaringen. Gebeurtenissen: • Geef in de tijd aan wat er gebeurde. Wat deed je? Wanneer precies werd het lastig? • Wie was erbij? Wie niet? • Welke ondersteuning of tool had je of gebruikte je eventueel? Factoren: • Wat veroorzaakte wat? • Wat ontbrak er in ondersteuning en tools die je toen tot je beschikking had? Wie of wat werd gemist? • Ervaringen: • Wat voor effect had het op wie? • Wat deed het met jou? Wat voor effect had dat? Vul hiermee je tijdlijn en maak het zo compleet mogelijk. • Sommige mensen zijn visueel ingesteld, andere houden van schrijven, weer andere houden van praten. • We hebben daarom plaatjes meegenomen, post its en je kunt direct schrijven op je tijdlijn. • We hebben hier allemaal plaatjes liggen. De plaatjes zijn allemaal anders. Als je klaar bent, hang je de tijdlijn op de muur. Ik geef een voorbeeld. (zie flap) Belangrijke zaken groot, minder belangrijke zaken klein 1 kleur per gebeurtenis, factor of ervaring Aan de slag. Co-facilitator: Maak foto's van de tijdlijnen.	Flap met subvragen 1 en 2 Flap met vb vragen over gebeurtenissen, factoren en ervaringen Flap met voorbeeld tijdlijn Tafel met plaatjes, Post its en stiften 4 lege flappen Koffie/thee/snacks

	Zodra klaar: PAUZE: 15 min: koffie/thee/snacks Deel 2: Delen van de tijdlijnen met de groep We lopen langs de tijdlijnen. De ‘casushouders’ vertellen hun casus aan de hand van de tijdlijn. Wie wil de noties uit deze groepdiscussie opschrijven op deze flap? Facilitator vraagt aan de groep: Wat valt op in deze tijdlijn? Zijn er verrassingen? Zijn er dingen die onduidelijk zijn? Tegen welke contextuele kenmerken loop je aan? Benoem er een paar: Vastigheid van team Hoe vaak zie je je team? Extra/intra. Loon/ZZPer Steun van RvB, communicatie met hogerop Cultuur van organisatie Patientenpopulatie. Check-in met scopebewaarder	
16.30-16.45	Werkvorm: Direct Ranking (convergeren) (15 min) Welke uitdagingen kom je het meeste bij jezelf/andere leidinggevendenden tegen? Instructie: Iedereen krijgt zelfde aantal stickers als het aantal uitdagingen die jullie net hebben benoemd in de casussen. Verdeel de stickers naar hoe vaak je deze bij jezelf/anderen tegenkomt. Facilitator: Laat de groep kijken naar de verdeling. Vertel de groep dat we verder gaan met 2 meest voorkomende uitdagingen in deze groep. Co-facilitator: Maak foto van stickers op vel	Stickertjes
16.45-17.00	Bedanken voor bijdrage in bijeenkomst 1. Locatie en tijd bevestigen voor bijeenkomst 2. Werkvorm: speed evaluation (flap met evaluatievragen) Doel: inzicht in ervaringen deelnemers over proces en inhoud bijeenkomst Instructie: Er ligt een vel op de tafel met 2 vragen: willen jullie opmerkingen of verbeteringen opschrijven bij de vraag, op een post-it? 1 post it per opmerking. Wat vond je van de begeleiding van deze bijeenkomst? Werden de huisregels goed genoeg nageleefd? Cadeaubonnen benoemen, digitaal gegeven	Flap evaluatievragen Post-its Stiften

Bijeenkomst 2

Tijd	Aanpak	Benodigdheden
14.00-14.15	Terugblik op eerste bijeenkomst. - Welke gedachtes zijn nog opgekomen? - Welke aanvullingen op de huisregels zijn er nog? - Wie houdt vandaag de tijd bij?	Flap met onderzoeksvragen Flap met agenda met tijden 2 recorders
14.15-14.45	Werkvorm: gestructureerde groepsdiscussie en keuzevorming Laat flap met uitdagingen en stickertjes zien. Loop resultaten en grote lijnen door. - Wat zijn de reacties op deze indeling? - Wat valt op? Dit leidt tot de voorgestelde vraag van vandaag: <i>Hoe kunnen we leidinggevenden helpen om het thema discriminatie en seksueel grensoverschrijdend gedrag (terug) in de lijn te krijgen? Hierbij van belang: (1) eigenaarschap in het hele team en (2) het thema genormaliseerd & continu op de agenda hebben.</i> Let op: Met deze vraag zijn we vandaag vooral nieuwsgierig naar verschillende settings. Denk aan leidinggevenden die op afstand, soms grote afstand, staan van het team en dat daardoor ongewenst gedrag vaak onzichtbaar is. Extramuraal/intramuraal Denk aan ZZPers. Etc. - Welke reacties hebben jullie op deze vraagstelling? - Wat missen we wat wel essentieel is? Waarom? - Geef de stift aan 1 deelnemer. Vraag aan de groep: Hoe kunnen we de vraag aanscherpen? Als er geen opmerkingen meer komen, is de vraag af. Resultaat van deze werkvorm: - Hoe krijg je het thema (terug) in de lijn? - Hoe wordt het thema ongewenst gedrag continu _? - Wat is er nodig?	Flap met uitdagingen en stickertjes Flap met de vraag van vandaag vanuit de uitdaging

14.45-15.45	Werkvorm: flexibele brainstorm Deel 1: Ideeën creëren (10 minuten) Instructie: ▪ We gaan een brainstorm doen om verschillende ideeën en perspectieven op deze vraag te krijgen. We nemen hiervoor 10 minuten. Bij flap brainstorm regels, geef specifieke brainstorm instructie ▪ Je mag binnen bestaande maatregelen/acties/ondersteuning denken, of daarbuiten. (wijs naar flap met maatregelen) ▪ Sommige mensen zijn visueel ingesteld, andere houden van schrijven, weer andere houden van praten. We hebben daarom de plaatjes weer meegenomen en post its. Je mag beide gebruiken of 1 van beide. ▪ Bij tafel staan: We hebben hier allemaal plaatjes liggen. De plaatjes zijn allemaal anders. Kijk rond en kies 1 of meerdere plaatjes uit en bedenk dan wat maakt dat dit plaatje staat voor hoe ondersteuning of tools versterkt kunnen worden. ▪ Ook mag je antwoord geven op de vraag door dit op een post-it te schrijven. ▪ 1 idee per post it. ▪ Je mag meerdere antwoorden geven. ▪ Plaats al je plaatjes en post its op het grote vel op tafel en leg ze bij de maatregel/actie waar ze (dichtstbij) horen of maak een nieuwe categorie maatregelen/tools/acties. ▪ Jullie hebben 10 minuten Deel 2. Delen van ideeën ▪ We gaan nu van elkaar horen wat je hebt bedacht. Iedereen komt aan het woord. Je mag ideeën bij schrijven terwijl je luistert. ▪ Bevraag elkaar op de ideeën. ▪ Maximaal 5 minuten per persoon Facilitator: ▪ Laat iedereen diens ideeën delen en vraag door hoe diegene op dit idee komt. ▪ Wat valt je op? Daarna: hebben we nu een compleet overzicht van ideeën op onze onderzoeksvraag? ▪ Laat de groep checken: alle post its hebben 1 duidelijk idee? Co-facilitator: maak foto's van de post its op het grote vel.	Plaatjes Post its Stiften Flap met brainstorm regels 2 lege vellen met maatregelen/acties in de 1e kolom
15.45-16.00	PAUZE: eten/drinken/snacks	

16.00 – 16.45	Werkvorm: Opties beoordelen Hoe kijken we gezamenlijk naar of de ideeën werkbaar zijn in de verschillende settings waarin jullie werken? Instructie: De ideeën liggen op de flap per maatregel/actie. Bekijk ze nog eens goed. Ik schrijf er 1 kolom bij: - Wat zijn belangrijke zaken of randvoorwaarden om de ideeën in jouw setting te laten werken? - Jullie gaan nu in groepjes van 2 uitwisselen op deze vraag. - Je beperkt je tot de 3 interessantste ideeën om de uitdaging in jouw setting op te lossen. - Jullie hebben 25 minuten de tijd om per persoon 3 interessante ideeën te bespreken. - Schrijf de antwoorden op de vraag op een post it.	2 vellen met post its van de brainstorm, ingedeeld naar maatregel 1 extra kolom erbij schrijven tijdens instructie: - wat moet er geregeld of anders zijn om het wel te laten werken (setting)? Stiften om discussie te vangen 2 recorders
16.45– 17.00	Bedanken voor bijdrage in beide bijeenkomsten. Werkvorm: speed evaluation (flap met evaluatievragen) Doel: inzicht in ervaringen deelnemers over proces en inhoud bijeenkomst Instructie: Er ligt een vel op de tafel met 2 vragen: willen jullie opmerkingen of verbeteringen opschrijven bij de vraag, op een post-it? 1 post it per opmerking. Wat vond je van de begeleiding van deze bijeenkomst? Werden de huisregels goed genoeg nageleefd?	Flap met evaluatievragen Post its Stiften