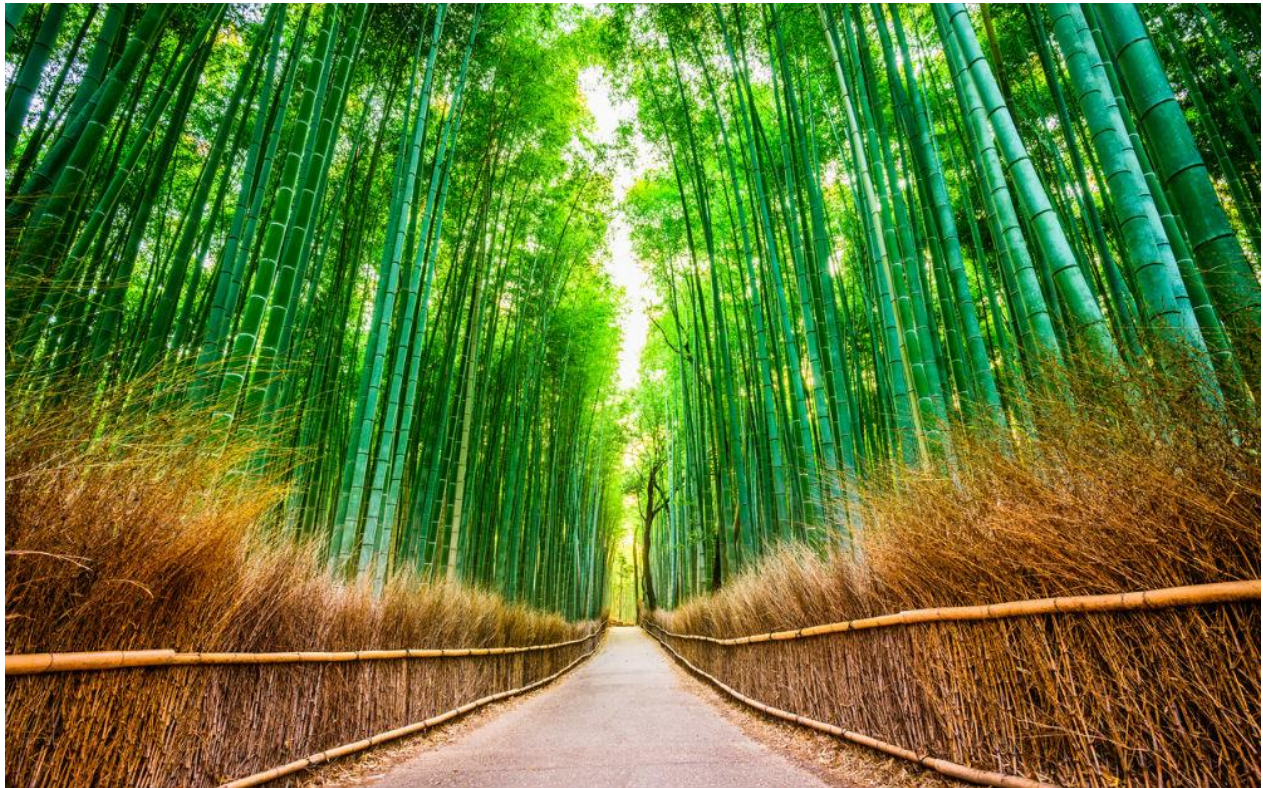


MENTALE VEERKRACHT VERSTERKEN IN DE GGZ

Een kans op behoud van mentaal kapitaal?



Joke Nuchelmans - Wijnen

Thesisbegeleider Dr. F. van Gool
Tweede beoordelaar Dr. M. Janssen

Thesis in het kader van de Master of Health Business Administration (MhBA-17)



Mei 2022

Foto: Bamboebos in Arashiyama, Kyoto (Japan)

*Schenk mij de kalmte te aanvaarden wat ik niet kan veranderen,
de moed om te veranderen wat ik kan veranderen,
en de wijsheid om het verschil hiertussen te zien*

Reinhold Niebuhr

INHOUDSOPGAVE

| | |
|--|-----------|
| VOORWOORD | 6 |
| MANAGEMENT SUMMARY | 7 |
| MANAGEMENT SAMENVATTING | 9 |
| 1. INLEIDING | 11 |
| 1.1 De context met een toenemende druk op de GGZ-sector | 11 |
| 1.2 Belang van mentaal kapitaal in de GGZ | 13 |
| 1.3 Model van mentale (veer)kracht van Nederlandse Krijgsmacht | 14 |
| 1.4 Probleemstelling | 17 |
| 1.5 Doelstelling | 18 |
| 1.6 Vraagstelling | 18 |
| 1.7 Relevantie | 19 |
| 2. THEORETISCH KADER | 21 |
| 2.1 Inleiding | 21 |
| 2.2 Het concept mentale veerkracht | 21 |
| 2.3 Het meten van mentale veerkracht | 22 |
| 2.4 Determinanten van mentale veerkracht in de werksetting | 25 |
| 2.5 Veerkracht bevorderende interventies | 33 |
| 2.6 Eerste conceptueel model | 35 |
| 3. METHODE | 38 |
| 3.1 Inleiding | 38 |
| 3.2 Onderzoeksmethode | 38 |
| 3.3 Onderzoeksmodel | 39 |
| 3.4 Dataverzameling | 40 |
| 3.5 Selectie van respondenten | 41 |
| 3.6 Data-analyse | 42 |
| 3.7 Betrouwbaarheid en validiteit | 43 |
| 4. RESULTATEN | 46 |
| 4.1 Inleiding | 46 |
| 4.2 Visie op de context van en de toenemende druk in de GGZ-sector | 47 |
| 4.3 Visie op het concept mentale veerkracht | 52 |
| 4.4 Determinanten van mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ | 53 |
| 4.5 Interventies ter bevordering van de mentale veerkracht van zorgprofessionals | 61 |
| 4.6 Leiderschapsstijl | 62 |
| 4.7 Vergelijking met Defensie | 63 |
| 4.8 (Tweede) conceptueel model | 64 |

| | | |
|--------------|--|----|
| 5. | CONCLUSIE EN DISCUSSIE | 66 |
| 5.1 | Inleiding | 66 |
| 5.2 | Conclusie | 66 |
| 5.3 | Discussie | 72 |
| 5.4 | Beschouwing | 75 |
| 5.5 | Aanbevelingen | 77 |
| | LITERATUURLIJST | 80 |
| BIJLAGE I: | TOPIC LIST | 86 |
| BIJLAGE II: | BESCHRIJVENDE MATRIX RESPONDENTEN | 89 |
| BIJLAGE III: | DETERMINANTEN VAN MENTALE VEERKRACHT IN DE GGZ | 90 |

VOORWOORD

Deze thesis vormt het sluitstuk van de MhBA-opleiding en wat ben ik blij dat de opleiding tot een einde is gekomen! Niet omwille van de opleiding, die heeft mij prachtige handreikingen gegeven en geleid tot interessante nieuwe inzichten. En dat ook nog eens samen met een fijne club enthousiastelingen met allemaal hart voor de zorg!

Never a dull moment in my life is mijn levensmotto, ik ben een veelvraat als het gaat om nieuwe dingen leren, en ben van de ene in de andere opleiding gevlogen tot mijn 40^{ste} levensjaar. Met passie voor mijn vak en een hoog streefniveau ben ik ook op werkgebied de nodige uitdagingen aangegaan en heb ik flinke sprongen mogen maken in mijn persoonlijke ontwikkeling. De afgelopen periode bracht mij echter ook tot een moment van bezinning. De afgelopen jaren waren intensief, vol van uitdagingen maar ook wat tegenslagen. Ik kan wel zeggen dat er een flink beroep is gedaan op mijn mentale veerkracht! Maar mentale veerkracht zou mentale veerkracht niet zijn als de worstelingen ook verrijken in die veerkracht. *‘Hoe hoger het bamboe groeit, hoe dieper het buigt’* luidt een Chinees spreekwoord.

Voor nu laat ik de bamboe even voor wat hij is en bestendig ik mijn kracht door weer wat evenwicht aan te brengen in mijn leven. Ik kijk ernaar uit om weer wat bronnen van mijn veerkracht aan te boren, zoals het oppakken van wat ontspannende activiteiten en vooral meer tijd door te brengen met de mensen die mij het meest dierbaar zijn. Tijd met mijn lieve kinderen Bram, Fiene en Roos, die het geweldig doen en steeds meer hun eigen karakter en willetje krijgen en mij zoveel liefde geven. En met mijn grote liefde René die mijn steun en toeverlaat is en mij ook in evenwicht houdt. En met mijn ouders en andere familieleden, vriendinnen en mijn mooie club bonus kinderen, die altijd voor gezelligheid in mijn leven zorgen. Ik ben hen allen heel dankbaar voor hoe ze er in de afgelopen periode voor mij geweest zijn.

In het bijzonder dank ik mijn thesisbegeleider Frank van Gool voor alle begeleiding en steun die ik nodig had om de thesis tot een goed einde te brengen. En de programmaleiding van de MhBA die dit mede mogelijk hebben gemaakt. Ik dank alle respondenten voor hun openheid en verrijkingen in de interviews en mijn collega's van Lentis die het mogelijk hebben gemaakt dat ik mij even kon afsluiten om me te focussen op mijn thesis.

Joke Nuchelmans – Wijnen (De Wilgen, 3 mei 2022)

MANAGEMENT SUMMARY

Mental healthcare professionals work in an unruly context in which they have to deal with increasing pressure due to a combination of a shortage of treatment capacity with increasing waiting lists, an increase in control and accountability tasks and a pressure on health care costs, and increasing pressure from society's sometimes unrealistic expectations. It is assumed that within this context an appeal is made to the mental resilience of the healthcare professional, which entails a degree of cognitive flexibility and meaning making. The mental healthcare professional needs this mental resilience to keep up with the work, in which he himself is his own instrument, which carries a degree of emotional burden.

This qualitative study looked at which determinants at the micro-, meso- and macro level influence the strengthening of the mental resilience of healthcare professionals in order to identify starting points for managers to strengthen the resilience of healthcare professionals in mental health care. The aim of this study is to maintain optimal mental resilience of healthcare professionals so that they can continue to perform their work with satisfaction and withstand influences from the unruly context.

By means of the Grounded Theory approach, a first conceptual model for mental resilience in mental health care has been developed in which determinants at the micro, meso and macro level can form points of departure for the mental resilience of healthcare professionals in mental health care. This model was tested on the basis of semi-structured interviews with respondents (N=22) who were healthcare professionals (n=11), managers (n=6) or healthcare professionals with a managerial position (n=5). An attempt was made to provide concrete starting points for managers to contribute, at the level of the care professional, team and organization, to strengthening the mental resilience of the care professional in mental health care. This has resulted in a model of mental resilience in mental health care.

The results of the study highlight the different determinants, factors at the micro, meso and macro levels that influence the mental resilience of healthcare professionals in mental health care. Moreover, at the level of the managerial determinants, determinants have been formulated that show common ground with the aforementioned determinants at the various levels. The micro-level determinants concern personality traits, knowledge and skills, physical health, valuable leisure time and social factors. The determinants at the meso and macro level concern culture, autonomy and support resources.

It can be concluded that these determinants at the different levels can offer points of departure for the manager to strengthen the mental resilience of healthcare professionals in mental health care. The conceptual concept of mental resilience in mental health care offers concrete tools in this regard. Mental health care, and therefore also managers and professionals in mental health care, benefits from the visibly draw attention to the importance of being and remaining mentally resilient for healthcare professionals. Discussing mental resilience and how to take good care of yourself and each other, and what do you need, seems to be an important aspect of this attention to the mental resilience of healthcare professionals in mental health care. A precondition for having permanent attention to the mental resilience of healthcare professionals and making this a topic for discussion, is a breeding ground for an open positive culture with a high degree of autonomy that rests with the healthcare professionals. The manager can of course play an important role in this, although a large degree of responsibility, also based on the autonomy need and competences of the healthcare professional, is assigned to the healthcare professionals themselves for staying mentally fit.

Finally, it can be stated that the context with increasing pressure on the mental healthcare professional and the resulting work-related load can form an obstacle to taking the attention and space to draw attention to mental resilience and make it a topic for discussion. For the Mental Health Care there really is an opportunity here to 'prevention is better than cure' and to pay attention to healthcare professionals to the extent that they can continue to do their work with pleasure and pride and Mental Health Care retains its mental capital.

MANAGEMENTSAMENVATTING

Zorgprofessionals die werkzaam zijn in de GGZ, werken in een weerbarstige context waarin zij te maken hebben met een toenemende druk door een combinatie van een tekort aan behandelcapaciteit met een toename van wachtlijsten, een toename in controle en verantwoordingtaken vanuit wet- en regelgeving en een druk op de zorgkosten, en een toenemende druk vanuit de soms irrealistische verwachtingen vanuit de maatschappij. Aangenomen wordt dat binnen deze context er een beroep gedaan wordt op de mentale veerkracht van de zorgprofessional die een mate van cognitieve flexibiliteit en betekenisgeving inhoudt. Deze mentale veerkracht heeft de zorgprofessional nodig om zich staande te houden in het werk, waarin hij zelf zijn eigen instrument is, dat een mate van emotionele belasting bij zich draagt.

In dit kwalitatief onderzoek is gekeken naar welke determinanten op micro-, meso- en macroniveau van invloed zijn op het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals om te komen aangrijpingspunten voor leidinggevendenden om de veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ te versterken. Dit heeft tot doel de mentale veerkracht van zorgprofessionals te optimaal te houden zodat zij hun werk met voldoening kunnen blijven uitvoeren en bestand zijn tegen invloeden vanuit de weerbarstige context.

Door middel van de gefundeerde theorie benadering is gekomen tot een eerste conceptueel model voor mentale veerkracht in de GGZ waarbinnen determinanten op micro-, meso- en macroniveau aangrijpingspunten kunnen vormen voor de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ. Dit model is getoetst aan de hand van semigestructureerde interviews met respondenten (N=22) die zorgprofessional (n=11) of leidinggevende (n=6) of zorgprofessional met een leidinggevende functie (n=5) zijn. Hierbij is getracht om tot concrete aangrijpingspunten voor leidinggevende om, op het niveau van de zorgprofessional, team en organisatie, bij te dragen aan het versterken van de mentale veerkracht van de zorgprofessional in de GGZ. Deze heeft geresulteerd in een model van mentale veerkracht in de GGZ.

De resultaten van het onderzoek brengen de verschillende determinanten, factoren op micro-, meso- en macroniveau naar voren die van invloed zijn op de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ. De determinanten op microniveau gaan over persoonlijkheidskenmerken, kennis en vaardigheden, fysieke gezondheid, waardevolle vrijetijdsbesteding en sociale factoren. De determinanten op meso- en

macroniveau gaan over cultuur, autonomie en ondersteunende middelen. Bovendien zijn op het niveau van de leidinggevende determinanten geformuleerd die raakvlakken vertonen met de genoemde determinanten op de verschillende niveaus.

Geconcludeerd kan worden dat deze determinanten op de verschillende niveaus aangrijpingspunten kunnen bieden voor de leidinggevende om de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ te versterken. Het conceptueel van mentale veerkracht in de GGZ biedt hier concrete handvatten in. De GGZ, en daarmee ook leidinggevend en zorgprofessionals in de GGZ, is gebaat bij het zichtbaar onder de aandacht brengen van het belang van mentaal veerkrachtig zijn en blijven van de zorgprofessionals. Het bespreekbaar maken van de mentale veerkracht en hoe zorg je daarin goed voor jezelf en elkaar, en wat heb je daarin nodig, lijkt een belangrijk aspect van deze aandacht voor de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ. Een randvoorwaarde voor het hebben van blijvende aandacht voor de mentale veerkracht van zorgprofessionals en dit bespreekbaar maken, is een voedingsbodem van een open positieve cultuur met een hoge mate van autonomie die bij de zorgprofessionals ligt. De leidinggevende kan hier vanzelfsprekend een belangrijke rol in hebben al wordt een grote mate van verantwoordelijkheid, ook vanuit die autonomie behoefte en competenties van de zorgprofessional zelf, voor het mentaal fit blijven aan de zorgprofessionals zelf toegekend.

Tot slot kan gesteld worden dat de context met een toenemende druk op de zorgprofessional en de daaruit voortvloeiende werk gerelateerde belasting een belemmering kan vormen om de aandacht en ruimte te nemen om de mentale veerkracht onder de aandacht te brengen en bespreekbaar te maken. Voor de GGZ ligt hier echt een kans om 'beter te voorkomen dan te genezen' en aandacht te geven aan de zorgprofessionals in die mate dat ze hun werk met plezier en trots kunnen blijven doen en de GGZ zijn mentaal kapitaal behoudt.

1. INLEIDING

1.1 De context met een toenemende druk op de GGZ-sector

Uit het NEMESIS- en NEMESIS-II-onderzoek blijkt dat de jaarprevalentie van psychisch lijden in Nederland ongeveer 20% is (Bijl e.a. 1997). Rijksoverheid (z.d.) meldt dat ruim vier op de tien Nederlanders in hun leven te maken krijgen met psychische problemen. In 2019 maakten ruim 1.2 miljoen Nederlanders gebruik van de curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), die bestaat uit de generalistische basis GGZ, de specialistische GGZ en zorg geleverd door de POH GGZ (Nederlandse Zorg Autoriteit, 2021).

De behandelcapaciteit in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) bedraagt, in vergelijking met de 20% prevalentie, ongeveer 7% (de Graaf et al., 2012). Het is dus waarschijnlijk dat de GGZ niet in alle zorgbehoeften kan voorzien (Van Os & Delespaul, 2018). Aanwijzingen hiervoor zijn bijvoorbeeld wachtlijsten die boven de treeknorm persisteren (Nederlandse Zorgautoriteit, 2021). En een toename aan gedwongen opnames die mede wordt toegeschreven aan het feit dat juist mensen met complexe problematiek moeite ervaren om in zorg te komen (GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland, 2020). In de GGZ gelden deze zogenoemde treeknormen als de door het veld als maximaal aanvaardbaar beschouwde wachttijden. Voor zowel de basis-GGZ als de gespecialiseerde GGZ gaat het om vier weken voor de aanmeldwachttijd, en tien weken voor de behandelwachttijd. De maximaal aanvaardbare totale wachttijd bedraagt daarmee veertien weken. In mei 2021 wachtten ruim 75.000 mensen in Nederland op geestelijke gezondheidszorg waarvan maar liefst 27.000 langer dan de treeknorm wachten (Nederlandse Zorgautoriteit, 2021).

Denys (2020) bepleit dat het zorgstelsel van de GGZ faalt. Enerzijds heeft de GGZ tot doel het zorgen voor patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen (EPA) en anderzijds iedere burger bij de hand nemen om de weg naar geluk en ontplooiing te wijzen. Denys ziet deze doelstellingen als een onhaalbare taak bij een falend bestuursprincipe en gereguleerde marktwerking die controle en beheersing beoogt in plaats het primaire doel van genezing van psychische klachten. Daarbij leiden het huidige bekostigingssysteem, de decentralisering, de kwaliteitsindicatoren en zorgstandaarden volgens Denys juist tot onbetaalbare en op beleid onbestuurbare zorg met het risico dat zorgvraag en zorgaanbod steeds verder uit elkaar raken met als gevolg minder toegankelijke zorg en toenemende wachtlijsten.

Om zorg te kunnen bieden volgens het principe van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, z.d.), te weten zo goed mogelijke zorg voor zo veel mogelijk mensen, zullen zorginterventies moeten ingrijpen op bovengenoemd spanningsveld tussen zorgvraag en behandelcapaciteit. Wahlbeck (2015) benadrukt het belang van een publieke GGZ als het geheel van geestelijke gezondheidsinterventies en geestelijke gezondheid bevorderende maatregelen die op een laagdrempelige manier toegankelijk gemaakt worden voor grote groepen mensen.

De druk op de GGZ is door de jaren heen toegenomen mede doordat de Nederlandse overheid burgers steeds meer vraagt zelf te doen en niet iedereen dat kan. Er lijkt binnen de GGZ nog te weinig aandacht uit te gaan naar zaken als herstel, digitalisering en een hoge verantwoordelijkheid bij gemeenten waar te weinig geld is. De zorgverzekeraars zetten daarbij in op scherp inkopen waardoor GGZ-instellingen moeite hebben financieel gezond te blijven. Dé oplossing om als GGZ-instellingen bovenstaande context te overleven lijkt niet gevonden te moeten worden in meer geld maar in een duurzame hervorming van het GGZ-systeem (Trimbos Instituut, z.d.). Dit vraagt onder andere om evidence based behandelen, GGZ positioneren als schakel in de keten aan zorg, investeren in preventie, kennisdeling en maatwerk.

Idenburg en Philippens (2018) benadrukken dat er een transformatie in de zorg noodzakelijk is en we afscheid moeten nemen van die systemen die ons verhinderen de gewenste en noodzakelijke toekomst te bouwen. De gewenste toekomst is de toenemende en complexere zorg toegankelijk en betaalbaar houden. Dit is des te belangrijker omdat nu al door het WHO voorspeld wordt (dat er in 2035 een mondiaal tekort van 12,9 miljoen arbeidskrachten in de zorg (waar de GGZ een onderdeel van is) zal ontstaan op basis van trends als vergrijzing, krimpende beroepsbevolking, toenemende zorgvraag en regionale verschillen in aanbod (Idenburg & Philippens, 2018).

Vandaag de dag lopen we in de GGZ dus steeds meer aan tegen de beperkingen van het huidige zorgsysteem en is er sprake van een toenemend spanningsveld tussen zorgvraag en behandelcapaciteit. Ten aanzien van de behandelcapaciteit waar zorgprofessionals, in aantal en expertise, een belangrijk deel van uitmaken, is er in de GGZ sprake van een dreigende leegloop aan personeel door een uitstroom van 10-15% per jaar (Trimbos-instituut, z.d.). Het ziekteverzuim percentage in de GGZ is momenteel 5,8 % (Centraal Bureau voor Statistiek, z.d.) en liet in de afgelopen periode reeds een stijging zien van 5,1 % in 2015 naar 5,6 % in 2019 (Ernst & Young, 2020).

De COVID-19 pandemie legt daarbij de beperkingen van het huidige GGZ-systeem verder bloot en verhoogt de druk op de GGZ-sector. Bij de aanvankelijke daling in het aantal verwijzingen en gestarte nieuwe behandelingen van 25% tot 50%, werd een opstopping met vervolgens overbelasting van de specialistische GGZ (SGGZ) reeds gevreesd. Actuele cijfers (Nederlandse Zorg Autoriteit, 2021) laten zien dat de extra toestroom in de GGZ weer op gang is gekomen en het zorgverbruik en zorgvraag hoger is dan voor de pandemie. GGZ-instellingen hebben, mede door de impact van de pandemie, veel achterstand en leed weg te werken waardoor de disbalans tussen zorgvraag en zorgaanbod alleen maar groter is geworden.

Een toenemende en hoge druk op sectoren als de GGZ doet vanzelfsprekend een groot beroep op de medewerkers in GGZ-instellingen en hun mentale gezondheid (Weehuizen, 2005), betrokkenheid en bevlogenheid (Hakanen & Schaufeli, 2012), elementen die van belang zijn voor het succesvol functioneren en het leveren van een maatschappelijke bijdrage (Trimbos-instituut, 2012). Met het beroep dat gedaan wordt op medewerkers in de GGZ binnen de huidige context, is het (behoud van) mentaal kapitaal van toenemend belang. Mentaal kapitaal wordt gezien als de cognitieve, emotionele en sociale vaardigheden die iemand in staat stellen een zinvol, lerend en productief leven te leiden en succesvol verschillende sociale rollen en functies te vervullen gedurende de verschillende stadia in diens levensloop (Foresight, 2008). Mentaal kapitaal wordt ook wel aangeduid met termen als ‘mentale fitheid’, ‘mentale weerbaarheid’ en ‘*mentale (veer)kracht*’.

1.2 Belang van mentaal kapitaal in de GGZ

Het Trimbos-Instituut (2012) heeft een rapport uitgebracht over wat de baten zijn van het versterken van mentaal kapitaal in de Zorg, het Onderwijs en gemeenten, sectoren die onder druk staan in de huidige context en economie. Uitgangspunt is dat mentaal kapitaal iets is waar men in kan investeren. Hierbij valt te denken aan trainingen om veerkrachtig te blijven waardoor stress beter geïncasseerd kan worden en na tegenslag sneller herstel optreedt. Voor medewerkers in geüniformeerde beroepen wordt hierop al heel duidelijk ingezet om een mentale buffer te ontwikkelen die beschermt tegen het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis (APA, 2014). Investeren in mentaal kapitaal wordt bovendien gezien als iets dat kan renderen omdat het bijdraagt aan de mate waarin een individu kan bijdragen aan de maatschappij, zijn functioneren en zijn kwaliteit van leven in het geheel. Dit hangt nauw samen met duurzame inzetbaarheid waar het erom gaat dat medewerkers continue leren en zich blijven

ontwikkelen zodat zij in de toekomst gezond en productief te kunnen blijven werken (Schouten & Nelissen, 2011). In het rapport van Trimbos-instituut wordt dan ook ingestoken op het verkennen van en concretiseren van mentaal kapitaal verhogende interventies. De uitkomst van het rapport onderstreept de aanname dat het interessant is voor organisaties beleid te ontwikkelen met betrekking tot de mentale gezondheid van medewerkers.

In deze thesis zou ik willen onderzoeken of iets toegevoegd kan worden aan de bestaande kennis over het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ. Voor de GGZ-sector, die onder hoge druk staat, zou het interessant kunnen zijn als er ook beleid ontwikkeld wordt met betrekking tot de mentale gezondheid van de medewerkers, in het bijzonder van de zorgprofessionals waarvan de sector afhankelijk is ten aanzien van de geleverde zorg (behandelcapaciteit). Het zou nuttig kunnen zijn om te onderzoeken welke aangrijpingspunten er zijn voor leidinggevenden om de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ te versterken. Een dergelijk beleid op basis van aangrijpingspunten, ten behoeve van behoud van mentaal kapitaal zoals aanbevolen in het rapport van het Trimbos-instituut, lijkt echter (nog) niet te bestaan voor de GGZ-sector.

Naar aanleiding van een webinar in maart 2020 van de Militaire GGZ (2020) 'Mentale gezondheid voor zorgprofessionals tijdens uitbraak COVID-19' werd Defensie gevraagd om mee te denken met de zorg gezien de overeenkomsten tussen werken in de zorg en op uitzending gaan als militair. Defensie staat bekend als een organisatie die aandacht heeft voor de mentale gezondheid van medewerkers en de inbedding daarvan in het reguliere werk zodat men beter voorbereid is op een onvoorziene en stressvolle situatie zoals een uitzending van militairen. Zo heeft Defensie een model voor mentale veerkracht ontwikkeld (Kamphuis et al., 2012) dat inzicht geeft in de meest relevante factoren (determinanten) die een rol spelen bij mentale veerkracht. In de leidraad Mentale Kracht van Defensie (Feijten et al., 2019) is terug te zien dat vanuit dit model er een doorontwikkeling is geweest naar een beleid op mentale kracht in relatie tot duurzame inzetbaarheid van militairen.

1.3 Model van mentale (veer)kracht van Nederlandse Krijgsmacht

Mentale veerkracht (psychological of mental resilience) wordt door Kamphuis et al. (2012) gedefinieerd als *het vermogen om tijdens stressvolle omstandigheden, schokkende gebeurtenissen en tegenslagen, de*

optimale prestatie te behouden, er nadien positief van te herstellen op zowel de korte als de langere termijn, waarbij de motivatie voor het werk en de daarbij behorende doelen wordt behouden.

Op basis van de uitkomsten uit internationaal literatuuronderzoek naar high risk beroepen en interviews met defensie-experts heeft Defensie een praktisch toepasbaar model voor Mentale Veerkracht voor militairen ontwikkeld (Figuur 1). Het model maakt inzichtelijk welke factoren in welke fase van een militaire loopbaan van belang zijn voor mentale veerkracht. Het biedt hiermee handvatten voor het monitoren en beïnvloeden van mentale veerkracht en een theoretische basis voor de verschillende programma's die binnen Defensie worden ingezet ten behoeve van het vergroten van de mentale veerkracht van militairen.

Figuur 1

Model van Mentale Veerkracht van Nederlandse Krijgsmacht (Kamphuis et al., 2012)



De basisgedachte van het model is dat mentale veerkracht bestaat uit verschillende determinanten, factoren vanuit verschillende niveaus die de mentale veerkracht van het individu kunnen beïnvloeden. In de eerste plaats spelen op individueel niveau persoonlijkheidskenmerken en vaardigheden een rol die iemands mentale veerkracht beïnvloeden. Het thuisfront (naasten) is het tweede niveau. Het werk kan

de mentale veerkracht op drie niveaus beïnvloeden: het team waarin het individu werkt, de (direct) leidinggevende en de organisatie in zijn geheel. Op zowel team- als organisatieniveau is de rol van leidinggevende van belang in het versterken van de mentale veerkracht van het individu. In dit model zijn op elk van de vijf niveaus verschillende factoren opgenomen (determinanten) die van invloed zijn op de mentale veerkracht en daarmee bovendien aangrijpingspunten bieden voor leidinggevendenden om de mentale veerkracht te versterken.

Een tweede belangrijke gedachte achter dit model is dat ervan uitgegaan wordt dat mentale veerkracht in elke fase in de loopbaan bij Defensie van belang is. De belastende factoren (stressoren) en de gewenste uitkomsten variëren echter over (en zelfs tijdens) de fasen. Op basis hiervan wordt verondersteld dat voor iedere fase de determinanten van mentale veerkracht in verschillende mate van belang zijn.

Het model wordt door Kamphuis et al. (2012) nader toegelicht op basis van Moreel- en Nazorgonderzoek van Defensie vanuit de gedachte dat moreel behoud een belangrijke bijdrage heeft aan de mentale component van militairen en fysieke en psychosociale klachten deze de kop in kunnen drukken. In de regressieanalyse zijn verschillende significante correlaties gelegd die samenhang lijken te hebben met een aantal determinanten uit het model voor mentale veerkracht. In de fase 'opwerktraject' (fase voor uitzending) zijn de belangrijkste determinanten voor (de afwezigheid van) klachten: self-efficacy, steun van het thuisfront, informatievoorziening en leiderschap. Deze vier dragen in deze fase ongeveer evenveel bij aan de mentale veerkracht. Ten aanzien van self-efficacy (individueel niveau) wordt ervan uitgegaan dat hoe meer iemand het gevoel heeft zijn taken te beheersen en een aandeel heeft in het slagen van de opdracht aan de eenheid, de minder last zij krijgen van fysieke en mentale klachten die gelieerd zijn aan mentale veerkracht. Sociale steun vanuit het niveau van het thuisfront werkt tevens dempend op het ontwikkelen van fysieke en mentale klachten en het krijgen van adequate informatie (verwachtingen) draagt bij aan de mentale veerkracht. Tevens heeft leiderschap een positieve bijdrage aan mentale veerkracht wanneer er vertrouwen is in het vakmanschap van de leidinggevende, deze zich inzet voor zijn personeel en de mate waarin men goed overweg kan met zijn leidinggevende. In de fase van uitzending speelt informatievoorziening geen significante rol meer en komt groepscohesie duidelijk naar voren als de belangrijkste determinant waarin het wij-gevoel, kameraadschap en moreel van de groep van belang is.

In bovenstaande literatuur over het model van mentale veerkracht van Defensie (Kamphuis et al., 2012) komen twee stromingen van aanknopingspunten voor veerkracht versterkende interventies naar voren. De ene stroming met meer preventieve aangrijpingspunten richt zich op het behoud of versterken van veerkracht (fasen voorafgaand aan uitzending) en de andere richt zich op herstel (fasen na uitzending) en vindt plaats nadat er door uitzending mogelijk meer traumatische en/of stressvolle gebeurtenissen hebben plaatsgevonden. Daarnaast licht dit model ook aangrijpingspunten voor leidinggevendenden van militairen eruit om de mentale veerkracht van de militairen te versterken.

Je zou je voor de GGZ ook een dergelijke cyclus (als in het model van veerkracht van Defensie) van iemands loopbaan kunnen voorstellen met fasen als instroom (selectie), basisopleiding, (op)werken (ervaring opdoen als zorgprofessional), specialisatie (o.a. specialistische opleiding tot regiebehandelaar), prestatie (toename van taken en verantwoordelijkheden) en herstel. Dit zijn fasen, met ook verschillende uitkomsten en determinanten die in verschillende mate van invloed zijn op iemands van mentale veerkracht. Het is aannemelijk dat in deze verschillende fasen van iemands loopbaan in de GGZ de leidinggevende van de zorgprofessional een rol kan hebben in het versterken van iemands veerkracht (om bijvoorbeeld disbalans in mentale veerkracht of uitval te voorkomen). De rol van leidinggevende is dan met name gelegen in de fasen van de loopbaan na selectie (rol bij HR) en opleiding (rol van opleider) en gaat over de fasen waarin de zorgprofessional zich '(op)werkt' en zaken als toename in specialisatie, verantwoordelijkheid, prestatie en mogelijk herstel aan de orde zijn.

In deze thesis zou ik me vooral willen richten op het versterken van mentale veerkracht in de fasen in iemands loopbaan binnen de GGZ waar de leidinggevende een rol kan hebben in het versterken van de mentale veerkracht van de zorgprofessional.

1.4 Probleemstelling

De GGZ-sector heeft de opdracht om de zorg toegankelijk, van goede kwaliteit én betaalbaar te houden en ervaart een toenemende druk door zaken als tekorten aan zorgpersoneel, invloed van de COVID-19 pandemie met een toenemende zorgvraag én een steeds veranderende omgeving met verschillende belangrijke partijen met ieder ook hun eigen opdracht, belangen en resources.

In deze thesis wordt een aanname centraal gezet om in de GGZ te investeren in het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals om te voorkomen (preventie) dat psychische klachten (symptomen) bij zorgprofessionals in de GGZ optreden, verergeren of zelfs leiden tot verzuim of uitval. Dit sluit aan bij de huidige beweging van positieve gezondheid binnen de GGZ en te stoppen met het onnodig medicaliseren, pathologiseren en stigmatiseren van symptomen (Van der Kraats, 2020).

De focus komt in dit onderzoek te liggen op de vraag welke aangrijpingspunten (voor leidinggevend) er zijn om de mentale veerkracht van de zorgprofessionals in de GGZ te versterken. Dit tegen de achtergrond van de huidige context van de GGZ-sector die een steeds groter beroep doet op de zorgprofessionals en in het bijzonder hun mentale veerkracht. De uitdaging is hoe we binnen de GGZ ons mentaal kapitaal kunnen behouden door de mentale veerkracht van onze zorgprofessionals te versterken.

1.5 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is het komen tot concrete aangrijpingspunten voor leidinggevend ten aanzien van het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessional in de GGZ. Dit heeft tot doel te kunnen investeren in het voorkomen (preventie) van het afnemen of uit balans raken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ waardoor de mentale veerkracht in de GGZ optimaal blijft en beter bestand is tegen de invloeden vanuit een weerbarstige context.

1.6 Vraagstelling

De centrale vraagstelling van dit onderzoek, zijn beslag krijgend in deze thesis, luiden als volgt:

Wat zijn aangrijpingspunten voor leidinggevend om de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ te versterken?

Deelvragen:

1. *Wat wordt door zorgprofessionals en leidinggevend in de GGZ genoemd over de context van en de toenemende druk op de GGZ-sector?*

2. *Wat is mentale (veer)kracht? Uit welke concepten is mentale veerkracht opgebouwd?*
- 3a. *Welke determinanten op micro-, meso- en macroniveau zijn van belang ten behoeve van het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ?*
- 3b. *Welke determinanten op het niveau van leidinggevenden in de GGZ zijn van invloed op het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ?*
- 3c. *Welke interventiemogelijkheden voor leidinggevenden (in het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ) vloeien daaruit voort?*

1.7 Relevantie

Maatschappelijke relevantie

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek is gelegen in de huidige context van de GGZ-sector waar zorgvraag en behandelcapaciteit uit balans zijn geraakt en het huidige zorgsysteem onvoldoende lijkt aan te sluiten om als sector toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare zorg te kunnen blijven bieden. Daarbij speelt een toenemend tekort aan behandelcapaciteit door een dreigend tekort van zorgprofessionals. Er ligt in de GGZ-sector een voedingsbodem voor mentale aftakeling van de GGZ als sector en in het bijzonder de zorgprofessionals die de zorg leveren en onder grote druk staan. Dit vraagt om expliciete (en onmiddellijke) aandacht voor signalen die duiden op het afnemen van mentale veerkracht onder zorgprofessionals in de weerbarstige context van de GGZ.

Praktische relevantie

Het is relevant voor de praktijk om te onderzoeken hoe leidinggevenden in de GGZ kunnen bijdragen aan het versterken van de mentale veerkracht van de zorgprofessionals die schaars zijn en van wezenlijk belang voor het leveren van kwalitatief goede geestelijke gezondheidszorg. Het onderzoek heeft tot doel aangrijpingspunten en handvatten te bieden aan leidinggevenden binnen GGZ-instellingen om door middel van tijdig (preventief) investeren in de mentale veerkracht van zorgprofessionals, te kunnen

bijdragen aan het vermogen van GGZ-instellingen om hun mentaal kapitaal te behouden. Dit vanuit de aanname dat tijdige investering in deze veerkracht allerlei symptomen als verzuim en uitval, en de investering die dat kost, kan verminderen.

Wetenschappelijke relevantie

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek hangt samen met de doelstelling iets toe te voegen aan de kennis die nodig is om aangrijpingspunten te bieden voor leidinggevenden om de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ te versterken. Ondanks dat het model van mentale veerkracht van Defensie niet als wetenschappelijk model wordt gezien, brengt dit model wel kennis over wat men onder mentale veerkracht verstaat en welke determinanten, op verschillende niveaus, er belangrijk zijn voor militairen in de verschillende fasen van hun loopbaan en in het bijzonder welke determinanten van belang zijn voor leidinggevenden om die mentale veerkracht te versterken.

De doelstelling van dit onderzoek is de kennis op te halen over de determinanten (op verschillende niveaus) die voor zorgprofessionals van belang zijn in het versterken van hun mentale veerkracht in hun loopbaan in de GGZ. En welke aangrijpingspunten dit biedt voor hun leidinggevenden.

2. THEORETISCH KADER

2.1 Inleiding

De komende paragrafen gaan verder in op de theorie ten behoeve van het komen tot een theoretisch kader waarbinnen de vraagstellingen van dit onderzoek beantwoord zouden kunnen worden. In de eerste plaats gaat dit hoofdstuk in op het *concept mentale veerkracht* en hoe dit concept is opgebouwd en de meetbaarheid ervan. In de tweede plaats wordt het concept mentale veerkracht bekeken in relatie tot de bepalende factoren, *determinanten*, die van invloed zijn op de mentale veerkracht. Hierbij wordt het model van Mentale Veerkracht van Defensie (Kamphuis et al., 2012) gebruikt dat onderscheid maakt tussen de *verschillende niveaus* (individu, thuisfront, team, organisatie en leidinggevenden) waar de determinanten aangrijpingspunten bieden en de verschillende fasen van iemands militaire loopbaan van instroom tot en met uitstroom. In de derde plaats wordt er ingezoomd op deze aangrijpingspunten met de vraag welke interventiemogelijkheden deze bieden voor leidinggevenden ten behoeve van het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ.

In dit literatuuronderzoek is zoveel mogelijk theoretische verdieping gezocht op bronnen die gaan over de mentale veerkracht van de zorgprofessional in de (geestelijke) gezondheidszorg en dus de ‘normale populatie’ in plaats van patiëntenpopulatie. Daarnaast is gezocht naar theorie die gaat over determinanten van mentale veerkracht en hoe deze te versterken, in het bijzonder als een preventief doel in plaats van veerkracht versterken met de focus louter op herstel na een stressvolle of traumatische gebeurtenis of crisis (zoals COVID). Tot slot is er in de literatuur gezocht naar theorie over welke aangrijpingspunten vanuit leidinggevenden passen bij de doelstelling de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ te versterken.

2.2 Het concept mentale veerkracht

De term ‘veerkracht’ (resilience) kent zijn oorsprong uit de natuurkunde en betekent letterlijk “het vermogen om na te zijn uitgerekt of ingedrukt, weer de oorspronkelijke vorm of positie aan te nemen (Van Dale, 2022). De psychologische betekenis van mentale veerkracht wordt door Portszky (2020), neuropsycholoog en auteur van de Nederlandse vragenlijsten over mentale veerkracht, uitgelegd als “*veerkracht is een eigenschap die wordt toegekend aan personen die, wanneer zij geconfronteerd worden*

met een overweldigende mate van tegenslag of uitdagingen in het leven, er toch in slagen zich aan te passen aan de nieuwe situatie.” Het gaat bij veerkracht dus om de kracht van lichaam en geest om zich snel aan te passen of te herstellen. Een ander woord voor veerkracht dat in deze context wordt gebruikt is *flexibiliteit*. Portszky (2020) benadrukt de persoonlijke verschillen in kwetsbaarheid voor de impact die stress op mensen kan hebben als hij spreekt over de mentale veerkracht (mental resilience, psychological resilience) dat wordt beschouwd als een persoonlijkheidstrekk die bepaalt hoeveel impact stress en/of tegenslagen in het leven op je zullen hebben. Hij omschrijft veerkracht als tweeledig en daarmee een dynamisch gegeven waarbij factoren van zowel de omgeving (o.a. opvoeding en therapie) als vanuit de persoonlijkheid een rol spelen. Dit sluit aan bij het bekende ‘nature versus nurture debat’ dat er ten aanzien van het concept veerkracht steeds meer op wijst dat de genetische kant van het verhaal over stress resistentie dominant is. Veerkracht lijkt volgens Portszky (2020) dus voornamelijk een vrij stabiel persoonlijkheidskenmerk (state) met een sterke genetische bepaling, waar we door training en positieve levenservaring wel nog enige positieve invloed op kunnen uitoefenen al lijkt er wel een soort basis (state) van veerkracht te moeten zijn om deze te kunnen versterken.

2.3 Het meten van mentale veerkracht

Het meten van veerkracht kent zijn oorsprong in de jaren '70 waar men in Angelsaksische landen onderzocht welke beschermende factoren van invloed zijn op het psychisch welbevinden van kinderen, die in ongunstige omstandigheden zijn opgegroeid. Deze beschermende factoren waren persoonlijke karakteristieken, warme en ondersteunende ouder-kindrelatie en een positieve, bekrachtigende buitenfamiliale ondersteuning. Hier ontstond de term ‘mental resilience’ en de behoefte aan een meetchaal om dit concept te kunnen meten.

In 1987 werd door Wagnild en Young (1993) ontwikkelde en geëvalueerde 25-item Resilience Scale (RS) vertaald, bewerkt en uitgegeven in het Nederlands, de RS-NL (Wagner en Young, 1987). De RS-NL richt zich op resilience, hoe men omgaat met tegenslagen, uitdagingen en moeilijkheden. Het verschil tussen coping en resilience is dat coping bepaalt hoe men met een gebeurtenis omgaat (gedrag) en resilience bepaalt hoe men een negatieve gebeurtenis zal verwerken, welke impact deze gebeurtenis heeft en welke conclusies men eruit zal trekken (Embloom, z.d.). De RS-NL maakt onderscheid tussen de subschalen *Persoonlijke Competentie* en *Acceptatie van Zichzelf en Leven* en is gebaseerd op de vijf

kenmerken vanuit de originele Resilience Scale (Wagnild & Young, 1987) die verbonden blijken te zijn met veerkracht:

- gebalanceerdheid (*equinamity*): gebalanceerdheid in de kijk op het leven;
- doorzettingsvermogen (*perseverance*);
- zelfvertrouwen (*self-reliance*);
- zinvolheid (*meaningfulness*);
- existentiële eenzaamheid (*existential aloneness*): besef dat ieders levenspad uniek is.

De vragenlijst is genormeerd (voor mannen en vrouwen, voor gezonde populatie en de populatie met psychische problemen) en gevalideerd en wordt op basis van onderzoek als waardevol bevonden bij het inschatten van zelfredzaamheid, draagkracht en therapietrouw (Embloom, z.d.).

Mede op basis van kritiek op de Resilience Scale als de beperkingen die de vertaling van een vragenlijst met zich meebrengen, ontwikkelde Portzky in 2015 op basis van factoranalyse een nieuwe schaal voor veerkracht (VK+) en palliatieve palletschaal (P3). De VK+ geeft een beeld van de mentale veerkracht van de respondent. De P3 brengt in kaart welke (mogelijk destructieve) activiteiten de respondent onderneemt om stress te verminderen. De vragenlijsten worden als complementair beschouwd in het meten van iemands veerkracht en daarmee de mogelijkheden die iemand heeft om deze in balans te houden op basis van stressreductie. Beide instrumenten kunnen worden ingezet in de klinische en de HR-sector, bij adolescenten en volwassenen van 16 tot 65 jaar. Veerkracht als concept wordt hier nog steeds gezien als de mate waarin iemand om kan gaan met problemen en tegenslagen in het leven. Veerkrachtigheid biedt tevens bescherming tegen tal van psychische problemen, zoals burn-out, depressie en zelfdestructief gedrag. Daarnaast is een lage veerkracht een betrouwbare voorspeller van suïcidaliteit. De P3 is een zelfrapportagevragenlijst die in kaart brengt welke activiteiten iemand onderneemt om te ontspannen bij stress (palliatieve activiteiten). Er wordt onderscheid gemaakt in heilzame en destructieve activiteiten.

Een hogere score op de VK+ suggereert dat er een hoge mate van veerkracht is wat betekent dat deze persoon:

- in het algemeen beter in staat is om na tegenslag en uitdagingen weer te komen tot een bevredigend evenwicht in het leven, waarbij de kans bestaat dat deze nieuwe positieve

leerervaring ook een positieve impact zal hebben op de zelfzekerheid waarmee deze persoon de toekomstige uitdagingen aangaat;

- vertrouwen heeft in het eigen kunnen en inzicht in eigen beperkingen (self-reliance);
- doorzettingsvermogen heeft ook wanneer gebeurtenissen tegenvallen en bereid is nieuwe uitdagingen te gaan (perseverance);
- het leven als zinvol ziet (meaningfulness);
- een uitgebalanceerde kijk heeft op het leven met zowel goede als minder goede episodes (equinamity);
- begrijpt dat elk leven existentieel uniek is en dat iemand eigen verantwoordelijkheid draagt voor acties. Er is sprake van een interne locus of control (existential uniqueness);
- een lager suiciderisicoprofiel heeft.

Een lagere score op de VK+ suggereert dat er weinig veerkracht is wat betekent dat deze persoon:

- moeilijk kan omgaan met lichamelijke ziekten en beperkingen;
- weinig zelfvertrouwen heeft en een gevoel van falen;
- snel opgeeft;
- een ongebalanceerde kijk heeft op het leven heeft en vooral kijkt naar de negatieve ervaringen;
- een externe locus of control heeft en een passieve en vermijdende coping stijl (gebrekkig palet aan copingstijlen);
- een ongunstig suicide risicoprofiel heeft.

Portzky (2020) benadrukt het belang van veerkracht meetbaar maken ten behoeve van het maken van een inschatting van hoe lang het effectief goed zal gaan met iemand of het juist net niet goed zal gaan. Het geeft in die zin een handvat om de verborgen kwetsbaarheid van mensen in te schatten en richt zich daarbij bewust niet alleen op de patiëntenpopulatie.

Defensie, die een model voor mentale veerkracht hanteert, acht het, om effectief en efficiënt te sturen op de ontwikkeling van veerkracht van militairen, van groot belang hun inzetbaarheid, als individu en in groepsverband, goed in kaart te brengen. TNO (Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek) heeft de kennis over mentale veerkracht toepasbaar gemaakt en de volgende instrumenten ontwikkeld die de sleutelfactoren in het bovengenoemde model kunnen kwantificeren: 1. Military Resilience Monitor (MRM), een meetinstrument voor het verloop van de

individuele veerkracht gedurende verschillende fasen van de militaire loopbaan (Delahajj et al., 2014). 2. INSPIRE Resilience Scale (IRS), een selectie instrument voor het voorspellen of kandidaten gedurende hun loopbaan over voldoende veerkracht zullen beschikken (Venrooij, 2011). Beide meetinstrumenten zijn gedurende de loop van het programma beproefd en betrouwbaar bevonden. Voor het selectie instrument (IRS) vindt op dit moment een vervolg longitudinale validatie plaats.

2.4 Determinanten van mentale veerkracht in de werksetting

Er is een sterke relatie tussen (mentale) veerkracht en de kans op het ontwikkelen van een burn-out gevonden in onderzoek onder verpleegkundigen, een van de drie groepen met de hoogste burn-out cijfers (Portzky, 2020). Burn-out bestaat uit de kenmerken emotionele uitputting, depersonalisatie (o.a. afstand van collegae en werk nemen) en een verminderd gevoel van persoonlijke bekwaamheid. Tussen deze *kenmerken van burn-out* (UBOS-meetschaal) en *veerkracht* worden hoge correlaties gevonden wat wil zeggen dat hoe hoger de veerkracht, hoe minder de gevoelens van emotionele uitputting en depersonalisatie zullen zijn en hoe competenter iemand zich voelt in zijn werk. Een lage veerkracht hangt samen met het opgeven en minder snel van baan veranderen ondanks onvrede waardoor mensen in een vicieuze cirkel terecht kunnen komen die de burn-out in stand houdt. Er is overigens geen relatie gevonden tussen veerkracht en je werk belastend vinden, wel tussen afwezigheid (verzuim) en lage veerkracht. Hoe meer iemand afwezig is geweest hoe lager de veerkracht is. Vanuit het perspectief van leidinggevenden kan een veerkrachtmeting dus bepaalde kwetsbaarheden en valkuilen blootleggen en duidelijk maken wie van je medewerkers baat zou kunnen hebben bij wat meer frequent en toegepaste ondersteuning en opvolging.

Portzky (2020) ziet het concept mentale veerkracht als een bron van een verborgen kwetsbaarheid die voor eenieder relevant zou kunnen zijn om te meten, niet alleen voor patiënten. Het model van mentale veerkracht van Defensie (Kamphuis et al., 2012) is ook toegespitst op de specifieke werksetting van militairen. Beide invalshoeken sluiten enigszins aan bij de scope van dit onderzoek dat gaat over *zorgprofessionals* (niet patiënten) in de GGZ en hoe deze hun veerkracht kunnen versterken en behouden in de huidige context van de GGZ-sector.

In de GGZ, waar de mentale component van zorgprofessionals in de huidige context van groot belang is, bestaat er echter geen conceptualisering of model dat handreikingen geeft met betrekking tot de

aangrijpingspunten die er liggen voor leidinggevenden om de mentale veerkracht van de zorgprofessionals in de GGZ te versterken.

In de volgende vier sub paragrafen zal ingezoomd worden op de vijf verschillende niveaus van waaruit, volgens het model van mentale veerkracht van Kamphuis et al., 2012, de mentale veerkracht van het individu beïnvloed kan worden op basis van determinanten. In de GGZ sector zou dit, net als in het model van Defensie, neerkomen op een inventarisatie van determinanten op het niveau van de zorgprofessional zelf (individu), zijn naasten (thuisfront), het team waarin de zorgprofessional functioneert, de organisatie als geheel en op het niveau van de leidinggevende.

Zorgprofessional

Zoals in het model voor mentale veerkracht van Defensie de militair centraal staat, kun je in dit onderzoek de zorgprofessional centraal stellen en kijken hoe je diens veerkracht kan versterken. Vanuit het model van mentale veerkracht van Defensie worden op *individueel niveau* de volgende determinanten van mentale veerkracht genoemd: *self-efficacy, optimisme, coping flexibiliteit, trots, emotionele stabiliteit, sociale vaardigheden en reflectie*. Dit zijn determinanten die met name van belang zijn in de fase selectie en opleiding van iemand loopbaan bij defensie. Mogelijk spelen deze determinanten ook een rol in de fase van selectie en opleiding in de GGZ (op basis van competentiegericht opleiden) en hebben zij een positieve invloed op het versterken van de mentale veerkracht van de zorgprofessional in de GGZ.

Volgens Hafkenscheid (2012) wordt monitoring in de therapeutische context als fundamenteel instrument gemist om veerkrachtiger te handelen en meer veerkracht te vinden. Naast monitoring vanuit het perspectief van de cliënt (patient-focused) is *monitoring vanuit het perspectief van de zorgprofessional* (therapeut) van belang om de therapeutische alliantie te versterken en te verfijnen en de veerkracht van zowel de therapeut als de cliënt te vergroten. Monitoring vanuit het perspectief van de zorgprofessional blijkt qua praktijk en instrumentarium echter merkwaardig genoeg onvoldoende voorhanden, zo stelt Hafkenscheid.

Wei, Hardin en Watson (2020) hebben een andere invalshoek over hoe zorgprofessionals (clinici) *zelf* kunnen bijdragen om hun veerkracht optimaal te houden en symptomen als burn-out te voorkomen. Zij

combineren inzichten vanuit de menselijke zorg (human caring theory), en onderzoek en bewijs vanuit de psychologie en neurowetenschappen en komen tot een Unitary Caring Resilience Model dat bestaat uit zes strategieën voor zorgprofessionals op basis waarvan zij zelf een tegengif kunnen vormen voor burn-out en uitputting. Het gaat om de strategieën: het omarmen (embracing) van liefdevolle vriendelijkheid, het voeden (nurturing) van interpersoonlijke relaties, in balans (balancing) zijn met betrekking tot zelfbewustzijn en zelf leren, het waardering (valuing) van vergiffenis en loslaten van negativiteit, bezieling en hoop. Al met al gaat het volgens de auteurs om een mindset van het gevoel 'alleen te geven als clinicus' naar een wederkerig proces waarin ook iets ontvangen wordt op basis van de zorg die men levert zodat men in plaats van uitgeput een voldaan gevoel houdt.

Naasten

Het perspectief 'van de naasten' van de cliënt en hoe deze meer en beter te betrekken bij de zorg door middel van naastenbeleid, krijgt daarentegen volop de aandacht in de GGZ (Trimbos, 2020). Dit heeft alles te maken met de invloed die de nabije omgeving heeft op iemand en ook op diens mentale gezondheid, zowel in positieve als negatieve zin.

Deze invloed van naasten op de mentale gezondheid geldt natuurlijk voor iedereen en niet alleen voor cliënten van de GGZ. Zorgprofessionals in de GGZ zijn ook gebaat bij de positieve invloed die hun naasten kunnen hebben op hun mentale gezondheid. Bij militairen wordt *sociale steun* vanuit het thuisfront als een belangrijke determinant van mentale veerkracht gezien. Dit vormt op het niveau van het thuisfront een belangrijk aangrijpingspunt om te investeren in de mentale veerkracht via het thuisfront van de militair voorafgaand aan uitzending in bijvoorbeeld de opleidingsfase van zijn loopbaan.

Voor de zorgprofessional in de GGZ zou je je kunnen voorstellen dat, tijdens fasen als opleiding of herstel na stressvolle werk gerelateerde gebeurtenissen (bijvoorbeeld een suïcide van een cliënt), de naasten van betekenis zijn in het versterken van de mentale veerkracht van de zorgprofessional in de GGZ. Echter, er is ten aanzien van dit niveau (thuisfront) in de literatuur weinig te vinden dat aangrijpingspunten biedt voor leidinggevendenden om de mentale veerkracht van zorgprofessionals te versterken.

Teams

Op teamniveau zijn volgens het model van mentale veerkracht van Defensie de determinanten *team-efficacy, kameraadschap en groepscohesie* van belang en worden de determinanten **visie, motiveren, inspireren, ondersteunen en teambuilding** uitgelicht als aangrijpingspunten voor leidinggevendenden die de mentale (veer)kracht van de militairen kunnen versterken (Kamphuis et al., 2012).

Op het niveau van *teams in de gezondheidszorg* is er het een en het ander geschreven over het concept *flexibiliteit*. Deze term werd eerder al geduid als een term die het concept mentale veerkracht kan laden. In 2019 beschreven en onderzochten Van Gool et al. een Flexmonitor programma dat teams kan helpen de *vroege signalen* van afname van flexibiliteit te *herkennen* zodat zij hier tijdig op kunnen anticiperen met het doel de *flexibiliteit in het team optimaal te houden*. Zeker in de gezondheidszorg, waar (levens)bedreigende situaties kunnen voorkomen, kan de flexibiliteit in het gedrang komen en plaatsmaken voor consistentie, in die mate dat het doorschiet naar rigiditeit.

Het team formuleert aan de hand van de Flexmonitor indicatoren voor afname van flexibiliteit die een basis vormt voor een terugkerend vragenlijstonderzoek waarmee het team zichzelf kan monitoren op flexibiliteit. Het team is leidend in het bepalen van hun doelen en behoeften. *Eigenaarschap* in het team vormt hierin een tweede belangrijk uitgangspunt van de Flexmonitor. Verder wordt flexibiliteit in de Flexmonitor verdeeld in vier perspectieven die het concept flexibiliteit concretiseren en daarmee het formuleren van indicatoren vereenvoudigt. De vier perspectieven van flexibiliteit zijn: *leergedrag, samenwerking, besluitvormend gedrag en vitaliteit* waarbij vitaliteit uitgelegd kan worden als de mate waarin het team (en de teamleden) positiviteit en steun ervaren vanuit de omgeving waarin zij werken (Rutherford et al., 2004).

Van Gool, Bierbooms, Janssen en Bongers (2021) hebben de Flexmonitor geëvalueerd ten behoeve van het verfijnen van het programma en bouwstenen te leggen voor toekomstige programma's. De Flexmonitor kan op basis van deze evaluatie gebruikt worden om impliciete criteria en verschillen in interpretaties en overtuigingen van de teamleden te monitoren ten behoeve van het bevorderen van de flexibiliteit van het team. Tevens kan aan de hand van deze monitor gedrag en effecten van gedrag op zelf gedefinieerde indicatoren gemonitord worden. De Flexmonitor helpt teamleden om hun verschillende ideeën over en gedrag ten aanzien van flexibiliteit te monitoren en bespreekbaar te maken met als doel de flexibiliteit van het team te vergroten. Opvallend is dat de teams niet in staat bleken te

zijn om hun flexibiliteit effectief zelf te managen met de Flexmonitor (ondanks dat het instrument met die intentie ontwikkeld is) en begeleiding nodig blijken te hebben in het proces bewaken en structureren op de juiste uitvoering.

Het onderscheid tussen de Flexmonitor en het model van mentale veerkracht van Defensie lijkt gelegen in de ruimte die de Flexmonitor biedt voor verschillende indicatoren voor flexibiliteit in verschillende teams met verschillende behoeften waar het model van veerkracht staat voor determinanten die gekoppeld zijn aan (alle) Defensieteams. Het lijkt een logische aanname dat de teams binnen de GGZ, gezien de grote variëteit aan zorgaanbod (op basis van zorgzwaarte en zorgintensiteit) en zorgvormen (poliklinisch, outreachend, klinisch), mogelijk een verschillende behoefte hebben in het monitoren en versterken van hun mentale veerkracht (flexibiliteit).

Organisaties

In het model van mentale veerkracht van Defensie (Kamphuis et al., 2012) wordt op organisatieniveau beschreven dat de volgende determinanten van invloed zijn op de mentale veerkracht van de militair: *open werkcultuur, betrouwbaarheid, werk-privébalans en ondersteunende middelen* en op het niveau van leidinggevendenden bovendien **autonomie, verwachtingsmanagement, erkenning en zingeving**.

Koronis en Ponis (2018) zetten in hun artikel de verschillende definities van veerkracht in organisaties (in het algemeen) naast elkaar en noemen de vier belangrijke factoren die van invloed zijn op de mate van veerkracht in organisaties: *paraatheid, responsiviteit, aanpassingsvermogen en lerend vermogen*. Zij komen tot drie benaderingen ten aanzien van een het concept veerkrachtige organisatie. De eerste is *strategisch* van aard en omschrijft veerkracht als het vermogen van een organisatie zonder het doormaken van een crisis, het lijden van trauma en het in actie komen voordat het noodzakelijk is in crisis. De tweede is *functioneel* van aard en omschrijft veerkracht als het vermogen van de organisatie om te herstellen na crisis, het volharden ondanks de dreiging, en overleven van traumata. De derde benadering, die gericht is op mensen (HR), ziet veerkracht in organisaties als het *vermogen van de medewerkers* om crisis in zich op te nemen, loyaal en operationeel te blijven en het sociale kapitaal en onderlinge relaties weer op te bouwen. De verschillende benaderingen hebben met elkaar gemeen dat veerkracht in organisaties verder gaat dan het vermogen te herstellen na tegenslag en impliceren dat het juist gaat om een zekere mate van *flexibiliteit, improvisatie en aanpassingsvermogen* na positieve en

negatieve invloeden vanuit de omgeving. Zij komen daartoe met een framework voor veerkracht in organisaties waarin zij het belang aangeven van een belangrijke voedingsbodem voor veerkracht namelijk een (open) organisatiecultuur met vertrouwen, betrokkenheid en identificatie met de organisatie waar geleerd mag worden van fouten (no blaming), is die veerkracht bevordert. Zij benadrukken tevens dat veerkracht niet alleen gezien zou moeten worden als het vermogen van een organisatie om te overleven op lange termijn (coping met ontberingen) maar juist ook te handelen ten behoeve van voordelen op korte termijn.

Leidinggevend

Leidinggeven in de GGZ-sector betekent leidinggeven aan zorgprofessionals die het (mentaal) kapitaal vormen van de dienstverlenende en publieke GGZ-sector. Allereerst kan de zorgprofessional in de GGZ op verschillende manieren getypeerd worden waarna de relatie gelegd kan worden met het leidinggeven aan deze zorgprofessionals. Weggeman (1992) onderscheidt professionals die improviserend werken en professionals die routinematig werken en trekt daarbij geen duidelijke grens tussen beide typen professionals. Maister (1997) deelt de professionele dienstverlening in op basis van twee dimensies, de mate waarin de professional gestandaardiseerd of klant specifiek werk verricht. Maister komt uit op verschillende typen professionele dienstverleners waarbij de zorgprofessionals in de GGZ voornamelijk binnen het type lijken te vallen waar het gaat om een klant specifiek proces met de nadruk op diagnosestelling. Dit type professional betreft de klant actief bij het definiëren van het probleem, de diagnose en het bedenken van een oplossing. Het gaat om een unieke dienst waarvan de oplossing klant specifiek is en er is veel contact en interactie met de klant. Van Delden (1991) maakt een vergelijkbare indeling in de typering van professionals als het gaat om de mate waarin de zorgprofessional maatwerk verricht. De zorgprofessional in de GGZ lijken we op basis van de verschillende indelingen te kunnen typeren als een zorgprofessional waarbij sprake is van een mate van improvisatievermogen en een klant specifieke dienstverlening die ook maatwerk omvat.

In relatie tot het leiderschap dat zorgprofessionals nodig zouden hebben, stelt hoogleraar organisatiekunde Mathieu Weggeman (Zorg + Welzijn, 2016) dat *“vakmensen hun vak alleen naar eer en geweten kunnen uitvoeren, als de manager ze daarin zoveel mogelijk vrijlaat”*. Hij schreef hier het boek *‘Leidinggeven aan professionals: niet doen!’* (Weggeman, 2008).

Criteria waaraan (zorg)professionals volgens Weggeman (Weggeman, 2008, p. 12-13) moeten voldoen om succesvol te functioneren:

- *vakinhoudelijke capaciteit*: de kennis bezitten om keer op keer een effectieve bijdrage op hoog deskundigheidsniveau te leveren;
- *ontwikkelingspotentie*: het vermogen hebben om zichzelf vakinhoudelijk voortdurend te vernieuwen en de grenzen van de eigen mogelijkheden te verleggen;
- *creativiteit*: in staat zijn om problemen creatief te formuleren en het kunnen creëren van oorspronkelijke en vernieuwende antwoorden en oplossingen;
- *initiatief en ondernemerschap*: bereid en in staat zijn om voorstellen te doen uit eigen beweging en nieuwe ontwikkelingen op gang te brengen;
- *samenwerkingsbereidheid*: over het vermogen beschikken om in samenspel met anderen het gezamenlijke resultaat te verbeteren;
- *blijvende betrokkenheid*: de neiging hebben om een substantieel deel van de loopbaan te willen realiseren bij dezelfde organisatie, zodat individuele bijdragen ook betekenis kunnen krijgen in de context van een collectieve ambitie.

Een universeel kenmerk van professionals - de behoefte aan vrijheid en autonomie - is er de oorzaak van dat het hen vaak moeite kost om goed te scoren op de twee laatste criteria.

Weggeman stelt dat het juist in de publieke sectoren nog niet goed lukt om het meten, het controleren en de administratieve druk zichtbaar te verminderen. *Men wil in de zorg eigenlijk terug naar overzichtelijke teams met vakmanschap als bindend element, tegelijkertijd liggen er valkuilen op de loer als je zelfsturing introduceert.* Volgens Weggeman moet je vooral kijken welke mensen dat past, wie die vrijheid aan kan en wil, en bij welke mensen dat niet past. *Dat gaat in tegen het idee van gelijke monniken gelijke kappen, wat nog steeds een leidend principe lijkt te zijn in publieke organisaties* (Zorg + Welzijn, 2016).

Leidinggeven in kennisintensieve organisaties als de GGZ vereist volgens Weggeman (Weggeman, 2008, hst 11):

- het participatief ontwikkelen van een *collectieve ambitie*;
- het kunnen *inspireren* van mensen;
- *er zijn*, goed waarnemen en echt communiceren;
- *durven differentiëren*; assertief optreden naar mensen die niet meer zo goed zijn in hun vak;

- willen functioneren als *hitteschild* voor de 'ruis van boven';
- praktiseren van een gezaghebbende maar *dienende attitude*.

In de blog van Jaap Peters en Mathieu Weggeman (Management, 26 april 2021) wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen de strategische autonomie van de leidinggevende die gaat over *wat* er bereikt moet worden, hoeveel resources daarvoor beschikbaar wordt gesteld en aan welke eisen het moet voldoen. *De zorgprofessional gaat over hoe hij die output moet realiseren. Nog 'Rijnlander' is het als ze in onderling overleg overeenkomen wat de vakman dit jaar voor het gezamenlijk resultaat gaat betekenen en hoe de leidinggevende hem erbij gaat helpen dat voor elkaar te krijgen.*

Optimaliseringscriteria voor die overeenkomst zijn haalbaarheid en uitdagendheid: als het niet haalbaar is of te weinig uitdagend, tekent de leidinggevende mee voor de burn-out (dat in relatie staat tot minder mentale veerkracht). Zo nodig verandert de leidinggevende zijn stijl van outputsturing naar processturing, vooral om erachter te komen waarom de vakman (zorgprofessional) de overeengekomen haalbare en ook uitdagende doelen niet heeft kunnen bereiken. Een vuistregel is dat de meeste vakmensen intrinsiek gemotiveerd zijn en liever iets goed doen dan fout en van leidinggevende het nodig hebben om leermogelijkheden te krijgen bijvoorbeeld door middel van inter- en supervisies en door hen liever minder taken goed te laten doen dan veel taken half.

En dan nu de stap naar de bijdrage van de leidinggevendenden in het versterken van de mentale veerkracht. De ontwikkeling van de mentale kracht van het team, en deze in balans houden, wordt gezien als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de individuele teamleden, waaronder ook de leidinggevende (Diener, Lucas & Oishi, 2002). De leidinggevende van een militair team heeft bovendien een extra taak in het faciliteren en stimuleren deze verantwoordelijkheid te nemen. Door zaken als het geven van het goede voorbeeld en door ruimte geven aan het geven van aandacht aan de mentale kracht van het team, kun je invloed uitoefenen op de mentale veerkracht van het team (Rietveld & Verweij, 2015).

Inspirerende, coachende en participatieve stijlen van leiderschap sluiten hier goed bij aan (Castro & Adler, 2011).

Uit het onderzoek van Kamphuis et al (2012) blijkt tevens dat zaken als *vertrouwen* in de leidinggevende en de relatie met de leidinggevende van invloed zijn op mentale veerkracht. Andere onderzoeken laten zien dat de voorbeeldfunctie van de leider, zijn of haar *betrouwbaarheid* als informatiebron, en de zorg

en aandacht voor de leden van het team belangrijke aspecten zijn die zowel het moreel als de mentale veerkracht kunnen bevorderen (Van der Kloet, 2005; Harland et al., 2005)

Het model van mentale veerkracht van Defensie onderscheidt leiderschapsfactoren op zowel team- en organisatieniveau. Op beide niveaus gaat het om een invulling van de leiderschapsrol die *transformationeel* wordt genoemd en een integratie zijn van situationeel en inspirerend leiderschap (Dalenberg & Vogelaar, 2012). Transformationele leiders weten medewerkers te motiveren door de houding, opvattingen en waarden van medewerkers te hervormen zodat ze verwachtingen waarmaken en vaak ook boven de verwachting presteren. Op teamniveau gaat het dan om leiders die visie uitdragen, hun teamleden weten te motiveren en inspireren, maar hen ook ondersteunen en bouwen aan het team, terwijl het op organisatieniveau meer gaat om verwachtingsmanagement, autonomie, zingeving en erkenning. Het is voor Defensie van groot belang om in de vorming van leiders aandacht te besteden aan deze aspecten van leiderschap (Kamphuis et al., 2012).

2.5 Veerkracht bevorderende interventies

Het 'intervention review' van Kunzler et al. (2020) is gericht op het inzetten van *psychologische interventies die veerkracht versterken in zorgprofessionals*. Veerkracht wordt hier omschreven als het behoud of herstel van de mentale gezondheid tijdens of na blootstelling aan stressoren, die kunnen ontstaan vanuit een mogelijke traumatische gebeurtenis, life events, een kritische overgang van levensfase of somatische ziekte. Zorgprofessionals zoals verpleegkundigen, artsen, psychologen en social workers worden blootgesteld aan verschillende *werkgerelateerde stressoren* (patiëntenzorg, hoge werkdruk, hoge verantwoordelijkheid en administratie) en hebben daartoe een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychische stoornissen. Zij zouden om die reden kunnen profiteren van veerkracht versterkende trainingsprogramma's. Om dit te onderzoeken is op basis van 44 RCT's een groep van volwassen medewerkers in de zorg, die enige vorm van psychologische interventies (gericht op veerkracht versterken, weerbaarheid of posttraumatische groei) heeft gehad, vergeleken met een controlegroep die dit niet heeft gehad, wachtlijstgroep, reguliere zorg of 'active or attention control'. De primaire uitkomsten waren veerkracht, angst, depressie, (ervaren) stress en welbevinden of kwaliteit van leven. Secundaire uitkomsten waren de factoren van veerkracht. Uit deze review werd *weinig bewijs gevonden dat veerkracht versterkende interventies daadwerkelijk bijdroegen aan het versterken van de mentale veerkracht op basis van de gestelde uitkomstmaten*. Het gebrek aan (middel) lange termijn

data, de heterogeniteit van de interventies en de beperkte geografische spreiding maken de generaliseerbaarheid van de resultaten bovendien ingewikkeld.

Binnen Defensie komt de term 'Mentale Kracht' terug in beleidsvorming op deze competentie en duurzame inzetbaarheid van militairen in de vorm van een Leidraad 'Mentale Kracht' (Feijten et al., 2019). In deze leidraad wordt de noodzaak van mentale kracht en de gevolgen van de keerzijde van mentale kracht (psychische ongezondheid) toegelicht en een indeling gemaakt naar doelgroepen en preventie, determinanten van mentale veerkracht (algemeen geldend voor werkenden en enkele vooral voor Defensiepersoneel) en een overzicht gegeven van psychische gezondheid bevorderende interventies die de mentale veerkracht versterken. De leidraad 'Mentale Kracht' maakt tevens onderscheid tussen drie typen van preventie waarop aangrijpingspunten kunnen liggen om de veerkracht te versterken. Primaire preventie richt op het voorkomen van nieuwe gevallen van een ziekte (incidentie); in het ziekteproces betreft het hier een gezond stadium. Secundaire preventie richt op het reduceren van de prevalentie van gezondheidsproblemen door vroege opsporing en zo vroeg mogelijke behandeling om te voorkomen dat een probleem ergert; in het ziekteproces betreft het hier een stadium waarin een ziekte nog niet gediagnosticeerd is. Tertiaire preventie, dat zich richt op het verminderen van de beperkingen naar aanleiding van een al gediagnosticeerde ziekte, het bevorderen van herstel en het verminderen van de kans op her-optreden.

Ten aanzien van deze gezondheid bevorderende interventies vanuit Defensie zet men vooral in op (Feijten et al., 2019):

- *Aanpassingen in de omgeving*: deze determinanten spelen in op meso- en macroniveau;
- *Inzetten van regels*: hoeveel uur iemand mag werken, sporten onder werktijd en het volgen van trainingen;
- *Voorlichting en educatie*;
- *Vaardigheidstrainingen*: er zijn een aantal trainingsmethodes die gebruikt kunnen worden om aan meerdere vermogens en vaardigheden te werken: Acceptance & commitment therapie (ACT) en Cognitieve gedragstherapie (CGT) kunnen in principe aan alle genoemde vaardigheden bijdragen. Individuen kunnen dagboeken bijhouden t.b.v. zelfreflectie, stressmanagement, energiemangement, controle, doelen stellen, zelfvertrouwen en breder voor middelengebruik, trots, slaaptkort, rouwen en werkstress. *Time- en stress managementtrainingen* maken vaak

gebruik maken van een drietrap methodiek: 1) zelfinzicht: hoe kijk je naar stress, welke concepties en ideeën heb je? 2) zelfregie: hoe kun je je werkomgeving managen (bv. door middel van plannings en sociale steun inzetten) en 3) breder je *leefstijl* managen. Biofeedback kan gebruikt worden t.b.v. zelfreflectie, stressmanagement en zelfvertrouwen. Ontspanning, meditatie en mindfulness kunnen gebruikt worden t.b.v. stressmanagement, energie-management, controle, flexibiliteit in aandachtsstijlen en breder voor werkstress- en angst klachten, rouwen, fysieke fitheid en waardevolle vrijetijdsbesteding;

- *Signaleren en toe leiden* zit op de overgang van gezondheid naar klachten en gediagnostiseerde gezondheidsproblemen. Hiervoor kan de populatie structureel gemonitord worden door middel van monitoringsvragenlijsten of bijvoorbeeld een periodiek medisch onderzoek (PMO);
- Ten slotte gaat het bij *ondersteuning om preventie gericht op specifieke doelgroepen die een bepaald risico hebben of al klachten ervaren*. Hier kan gedacht worden aan voorzieningen als georganiseerde collegiale ondersteuning en vertrouwenspersonen of aan de beschikbaarheid van officiële zorg- en hulpverleners binnen het reguliere werkgeversdomein zoals HR-adviseurs en bedrijfsartsen.

Binnen de GGZ is niet een heel duidelijk model met een leidraad dat gehanteerd kan worden ten behoeve van het versterken van de mentale veerkracht van de zorgprofessionals in de GGZ. Wel zijn er, vanuit HR(M) binnen de GGZ, programma's of beleid op duurzame inzetbaarheid en vitaliteit van medewerkers. Het investeren in positieve gezondheid en leefstijl, wat voor patiënten (met ernstige psychiatrische aandoeningen) steeds meer onder de aandacht is gebracht (GGZ Standaarden, 2015), zou mogelijk ook handvatten kunnen bieden voor het investeren in het versterken van de mentale veerkracht (en dus psychische gezondheid) van zorgprofessionals in de GGZ.

2.6 Eerste conceptueel model

Al met al zegt het literatuuronderzoek wel iets over het concept mentale veerkracht maar relatief weinig over de aangrijpingspunten die *leidinggevend* handvatten bieden om de mentale veerkracht van de zorgprofessionals in de GGZ te versterken. In de eerste plaats gaat het in de literatuur over het versterken van mentale veerkracht vooral over het verbeteren van de mentale gezondheid van patiënten en niet over het versterken van de mentale veerkracht van de zorgprofessionals in de GGZ.

Wanneer het wel gaat over zorgprofessionals en teams in de (geestelijke) gezondheidszorg gaat het veelal over de posttraumatische of crisis fase waarin herstel van mentale veerkracht nodig is in plaats in plaats van preventief of tijdig hierop inzetten in de zorg en aandacht voor je zorgprofessionals. In het bijzonder gaan zeer recente artikelen vooral over de COVID-19 pandemie (en crisis) en hoe de mentale veerkracht in de zorg hierna te herstellen of specifiek die van de zorgprofessionals van bijvoorbeeld een COVID-afdeling die direct blootgesteld zijn aan de stressvolle (en traumatische) omstandigheden. Wanneer het gaat over het versterken van de mentale veerkracht van medewerkers, de belangrijke determinanten die hierin aangrijpingspunten bieden én de rol van leidinggevenden in deze, biedt met name de literatuur vanuit Defensie de theoretische verdieping die nodig is voor het beantwoorden van de vraagstellingen van dit onderzoek.

Het (eerste) conceptueel model van mentale veerkracht in de GGZ is opgesteld naar aanleiding van het in dit hoofdstuk (2) beschreven literatuuronderzoek (figuur 2). Dit model, is gezien de afwezigheid van literatuur in de context van de GGZ en zorgprofessional, vooral gebaseerd op het model van mentale veerkracht van Defensie dat determinanten voor het versterken van mentale veerkracht heeft gedefinieerd op het niveau van het individu, thuisfront, team, organisatie en leidinggevende. Deze determinanten zijn van invloed op de verschillende loopbaanfasen die voor de zorgprofessional beschreven zijn als instroom, opleiding, opwerken, specialisatie, prestatie, herstel en uitstroom. Tevens worden in dit eerste conceptueel model, net als in de leidraad Mentale Kracht van Defensie (Feijten et al., 2019), primaire, secundaire en tertiaire preventie zichtbaar gemaakt in relatie tot het versterken van de mentale veerkracht. De omliggende determinanten in figuur 2 zijn volgens het model van defensie de aangrijpingspunten voor leidinggevenden om mentale veerkracht van militairen te versterken.

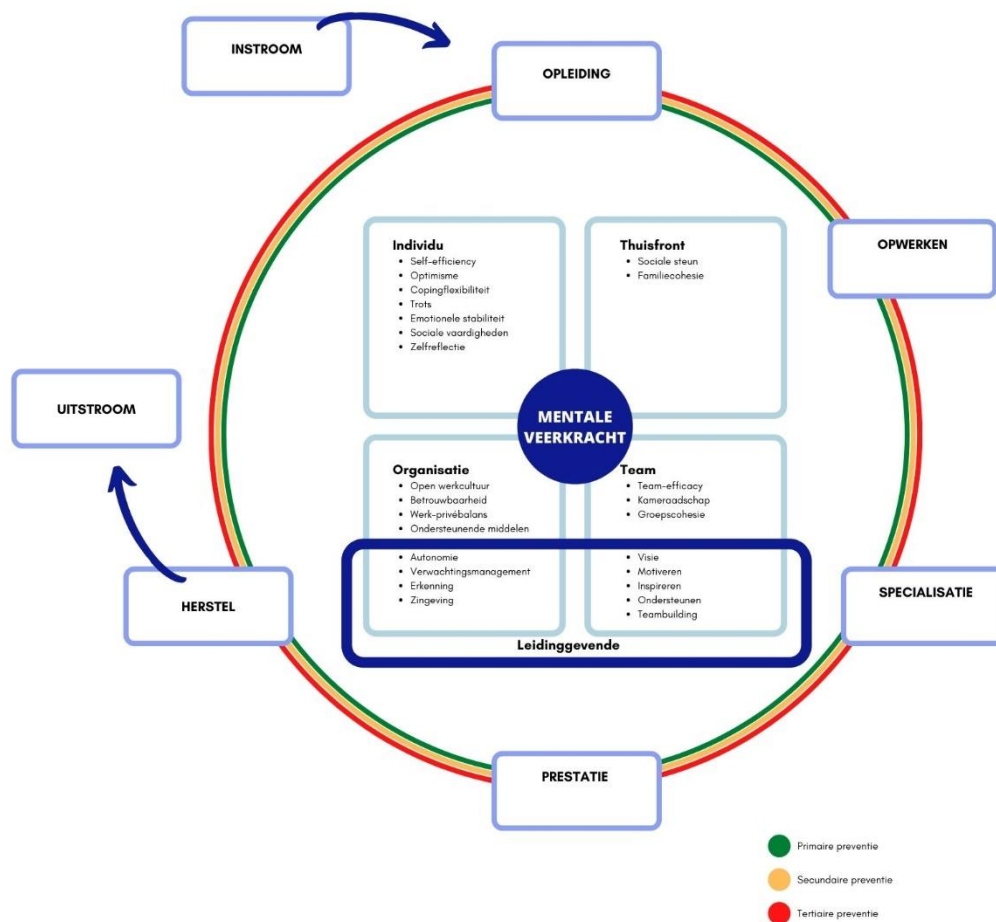
Het eerste conceptueel model voor mentale veerkracht in de GGZ (Figuur 2) ligt ten grondslag aan dit kwalitatief onderzoek waarvan het ontwerp toegelicht wordt in het volgende hoofdstuk (3). Om een antwoord te krijgen op de vraagstellingen van dit onderzoek, die gaan over hoe de mentale veerkracht te versterken van de zorgprofessionals in de GGZ, maak ik namelijk gebruik van kwalitatief onderzoek van waaruit ik meer aangrijpingspunten hoop te destilleren voor leidinggevenden om de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ te kunnen versterken.

Mogelijk kan kwalitatief onderzoek dit eerste conceptueel model van mentale veerkracht in de GGZ verder verrijken doordat het inzoomt op wat zorgprofessionals in de GGZ van hun leidinggevenden nodig

hebben om hun mentale veerkracht te versterken. En daarmee een bijdrage leveren aan het behoud van het mentaal kapitaal van de GGZ.

Figuur 2

1ste Conceptueel model van mentale veerkracht in de GGZ



3. METHODE

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de toegepaste onderzoeksmethode, het onderzoeksmodel, de dataverzameling, de selectie van respondenten en de data-analyse beschreven ter verantwoording van de methodologische keuzes in dit onderzoek. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf over de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

3.2 Onderzoeksmethode

Dit onderzoek tracht een bijdrage te leveren aan de theorievorming over het versterken van mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ. Door middel van de vertaling naar de praktijk van de GGZ, worden aangrijpingspunten gedestilleerd voor leidinggevendenden in het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ. Het betreft een kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews dat gericht is op het onderzoeken van aangrijpingspunten voor leidinggevendenden ten behoeve van het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ.

De gekozen onderzoeksstrategie in dit onderzoek is de *Grounded Theory-benadering*, de gefundeerde theoriebenadering (Verschuren & Doorewaard, 2016). Dit is een constant vergelijkende methode, in tegenstelling tot het toetsen van een centrale theorie, waarbij theorievorming vanuit de interviews centraal staat en er een doorlopend samenspel is tussen dataverzameling en data-analyse. Door middel van het empirisch onderzoek wordt gekomen tot aanvullende theoretische inzichten (Boeije & Bleijenbergh, 2019). De zogenaamde *sensitizing concepts* (Verschuren & Doorewaard, 2016) zijn het vertrekpunt van het kwalitatief onderzoek en zijn richtinggevendende concepten in de uit te voeren data-analyse. De betekenis van deze concepten hebben bij de start van het onderzoek nog een open karakter en krijgen op basis van de data van het empirisch onderzoek een steeds concretere betekenis. Dit proces van sensitizing concepts in dit onderzoek ondersteunt het verkrijgen van een diepgaander begrip van onder andere de determinanten van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ (Bowen, 2006). De houding van de onderzoeker is bij onderzoeksmethode verkennend van aard waarbij de

onderzoeker open moet blijven staan voor de indrukken vanuit het bestuderen van de data uit het empirisch onderzoek en de data vanuit het literatuuronderzoek (Verschuren & Doorewaard, 2016).

De toegepaste onderzoeksstrategie, de gefundeerde theoriebenadering, is empirie gestuurd en heeft een voornamelijk inductief karakter die passend is bij de vraagstellingen van dit onderzoek. Er is bovendien gebruik gemaakt van procedures en onderzoekstechnieken die passen bij de gekozen strategie.

3.3 Onderzoeksmodel

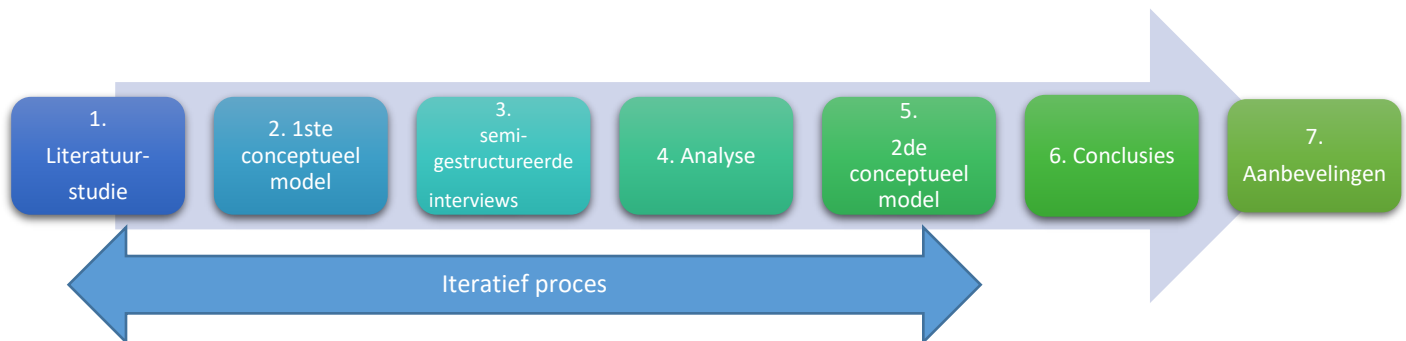
Het onderzoeksmodel is een schematische weergave van het doel van het onderzoek en de stappen die hierin nodig zijn (Verschuren & Doorewaard, 2016). In Figuur 3 is het model van dit onderzoek schematisch weergegeven.

In de eerste plaats is theoretisch onderzoek (literatuurstudie) verricht **(1)** op basis waarvan een eerste conceptueel (theoretisch) model is uitgewerkt in Figuur 2. Vervolgens wordt in het empirisch deel van het onderzoek **(3)** aan de hand van semigestructureerde interviews een antwoord gezocht op de vraagstellingen van het onderzoek. Na een formulering van het vertrekpunt over de toenemende druk in de GGZ sector en het concept mentale veerkracht (deelvragen 1 en 2), wordt aan de hand van de interviews getracht een antwoord te vinden op de deelvragen 3a, 3b en 3c. Deze drie deelvragen, ten behoeve van het beantwoorden van de centrale vraagstelling, gaan over welke determinanten (op micro-, meso- en macroniveau, en dus op niveau van de zorgprofessional, thuisfront, team, organisatie en leidinggevende) van belang zijn in het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals. En welke aangrijpingspunten hieruit naar voren komen voor leidinggevendenden ten behoeve van het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ.

Dit eerste conceptueel model **(2)** vormt een vertrekpunt voor het empirisch onderzoek (Verschuren & Doorewaard, 2015) en is leidend voor het samenstellen van de topic list voor de semigestructureerde interviews met respondenten **(3)** en de empirische data die daarmee verzameld zijn. Stap 1 t/m 5 vormen een iteratief proces, kenmerkend voor de gefundeerde theoriebenadering waarbij theorie en praktijk elkaar afwisselen om tot de dataverzameling en data-analyse **(4)** te komen en de verwerking van

de bevindingen in tweede conceptueel model (5). Op basis van de data-analyse worden de vraagstellingen van dit onderzoek beantwoord en conclusies (6) en aanbevelingen geformuleerd (7).

Figuur 3
Onderzoeksmodel



De literatuurstudie heeft zijn beslag in hoofdstuk 2. De methodologie wordt beschreven in hoofdstuk 3. De resultaten van dit onderzoek, op basis van de analyse van de data van de semigestructureerde interviews, staan vermeld in hoofdstuk 4 en in hoofdstuk 5 staan de conclusie, discussie en aanbevelingen beschreven.

3.4 Dataverzameling

In de eerste plaats wordt aan hand van literatuuronderzoek gezocht naar een antwoord op de vraag wat mentale veerkracht nu eigenlijk is, welke factoren erop van invloed zijn en wat aangrijpingspunten voor leidinggevendens zijn, om de veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ te versterken. Er is gebruik gemaakt van de databases die via de Erasmus Universiteit. Zoektermen die zijn gebruikt zijn: (psychological) (mental) resilience and (mental) health care (workers). Daarnaast is gebruikt gemaakt van de sneeuwbal methode die geleid heeft tot artikelen uit wetenschappelijke en vaktijdschriften, beleidsrapporten, boeken, promotieonderzoeken en scripties. De literatuur is na beoordeling op relevantie gebruikt voor de theoretische basisconcepten en zijn gedeeltelijk opgenomen in het (eerste) conceptueel model.

3.5 Selectie van respondenten

Het eerste conceptueel model vormt tevens het vertrekpunt van het empirisch onderzoek aan de hand van afname en analyse van data uit semigestructureerde interviews. Er is ter beantwoording van de vraagstellingen, die gaan over het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ, gekozen om respondenten te kiezen vanuit verschillende perspectieven, die van de leidinggevende in de GGZ, die van de zorgprofessional in de GGZ en die van de zorgprofessional met een leidinggevende functie in de GGZ.

Er is gekozen voor een selectie van respondenten uit één grote GGZ instelling die voornamelijk in de provincie Groningen opereert. De onderzoeker is zelf werkzaam als directeur en klinisch psycholoog in deze instelling. Er wordt verondersteld dat binnen deze methodologie, die raakvlakken heeft met een 'single case study' (Verschuren & Doorewaard, 2016), de maximale variëteit aan respondenten kan bijdragen aan de validiteit van het onderzoek. Naast het formeren van subcases van respondenten aan de hand van verschillende functieprofielen (leidinggevende, zorgprofessional en zorgprofessional met leidinggevende functie) is ook binnen deze subcases variatie aangebracht op basis van verschillende vakinhoudelijke achtergrond van zorgprofessionals en verschillende hiërarchische niveaus waarop de leidinggevende opereren. Het aanbrenge van deze variëteit leidde wel tot een 'grotere' respondentengroep in totaal (N=22) dan aanvankelijk in de onderzoeksopzet meegenomen is.

De geselecteerde GGZ- instelling is, net als vele andere grotere instellingen onderhevig aan zaken als toename van wachtlijsten (landelijk beeld is dat Groningen de een na langste wachtlijsten in de Nederlandse GGZ heeft (Zorgadvies Groningen, 2021) en toename van arbeidsmarktkrapte door zaken als ontgroening en vergrijzing en een afnemende beroepsbevolking in de provincie Groningen (Sociaal Planbureau Groningen, z.d.). De verwachting is dat op basis van deze 'single case' (Yin, 2002) van deze ene GGZ-instelling een beeld verkregen kan worden dat helpend is in het beantwoorden van de centrale vraagstelling van dit onderzoek naar de aangrijpingspunten voor leidinggevend en in het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ. Je zou kunnen stellen dat de selectie van respondenten binnen deze single case study, naast de eerder genoemde maximale variëteit, gebaseerd is op zowel een pragmatische en kritische case (Mortelmans, 2020) waarbij een toegevoegde waarde van het includeren van respondenten uit meerdere grotere GGZ-instellingen niet direct wordt gezien.

Het empirisch deel van het kwalitatief onderzoek heeft zich beperkt tot het afnemen van 22 semigestructureerde interviews. De inschatting is dat op basis van deze 22 interviews voldoende data, vanuit de meerdere perspectieven, verzameld kan worden om tot (aanvullende) theorievorming te komen met betrekking van het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ en om hieruit aangrijpingspunten te kunnen destilleren voor leidinggevendenden om de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ te versterken.

Ten aanzien van de *leidinggevendenden in de GGZ* is gekozen voor een selectie van leidinggevendenden (N = 6) waarvan verondersteld wordt dat ze een rol zouden kunnen hebben in het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ. Dit zijn leidinggevendenden op operationeel (teamleiders), tactisch (managers) en strategisch (directie) niveau. Ten aanzien van de selectie van de zorgprofessionals in de GGZ is gekozen voor een selectie van *zorgprofessionals* (N = 11) waar de schaarste (op de arbeidsmarkt) het meest problematisch is en die ten aanzien van de loopbaan in de GGZ de hoogste vorm van eindverantwoordelijkheid (kunnen) dragen als regiebehandelaar. Ook binnen deze groep respondenten is maximale variëteit aangebracht op basis van hun beroepsgroep (GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, verpleegkundig specialist en psychiater) en werksetting waarbinnen zij werken (poliklinisch, outreachend of klinisch). Tevens is er een groep van *zorgprofessionals met een leidinggevende functie* in de GGZ op operationeel, tactisch of strategisch niveau, geselecteerd (n = 5).

De respondenten (N = 22) zijn allen persoonlijk benaderd. Na de eerste uitnodiging, met een korte introductie over het onderwerp en de onderzoeksopzet, hebben alle respondenten toegezegd mee te willen werken. De semigestructureerde, die 60-75 minuten duurden, vonden online via beeldbellen plaats en werden gevoerd op basis van een topic-lijst (zie bijlage I). Aan het begin van de interviews werd nogmaals, mondeling een korte toelichting gegeven over het thema van het onderzoek.

3.6 Data-analyse

De interviews zijn, met toestemming van de respondenten (N = 22), opgenomen en woordelijk getranscribeerd. Na elk interview werd, middels het opnieuw afluisteren van het gesprek gereflecteerd op het materiaal. Er werden aantekeningen gemaakt van opvallendheden en waarnemingen in een methodologisch interviewverslag.

Dataverzameling en -analyse wisselen elkaar af. Het empirisch materiaal is via open coderen, axiaal coderen en selectief coderen geanalyseerd om zo tot een nieuw en aanvullend conceptueel model te komen met betrekking tot het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ. Vanwege de omvang van het aantal interviews (N=22) is gekozen om, met betrekking tot het coderen, te werken met het aangepast praktijkmodel (Mortelmans, 2020) waarin het open en axiaal coderen eerst op een subset van data (eerste keer na 5 interviews, tweede keer na 10 interviews) is gebeurd waarna overgegaan is op het selectief coderen van alle data.

In de eerste fase is het materiaal in Atlas.Ti gerubriceerd naar de verschillende onderzoeksvragen, het open coderen. Vervolgens zijn, via axiaal coderen, de toegekende codes vergeleken en verrijkt tot eenduidig omschreven begrippen en met elkaar in verband gebracht. De clustering van deze data met het axiaal coderen is terug te voeren op de verschillende niveaus waarop de determinanten in het model van mentale veerkracht van Kamphuis et al. (2012) zijn ingedeeld: individueel, thuisfront, team, organisatie en leidinggevende niveau. Het gaat hier dus om determinanten, beschermende en risicofactoren, van mentale veerkracht op micro-, meso- en macroniveau en specifiek determinanten van mentale veerkracht die aangrijpingspunten vormen voor leidinggevend. In de laatste fase van selectieve codering, is gekomen tot een omschrijving van de kernbegrippen en de onderlinge samenhang.

3.7 Betrouwbaarheid en validiteit

Er is sprake van een kwalitatief onderzoek waarbij het belangrijk is om te kunnen beoordelen of de dataverzameling en data-analyse gedegen heeft plaatsgevonden omdat de onderzoeksmethoden minder gestandaardiseerd zijn. Betrouwbaarheid is de afwezigheid van toevallige vertekeningen en zegt iets over een gedegen omschrijving van de context waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden en een goede uitvoering van het onderzoek en de gekozen methodieken. Validiteit is de afwezigheid van systematische vertekeningen van het ontwerp van onderzoek en zegt iets over een gedegen opzet van het onderzoek (Mortelmans, 2013). Om de kwaliteit van het onderzoek te verantwoorden wordt in deze paragraaf de betrouwbaarheid en de validiteit getoetst.

Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid staat binnen kwalitatief onderzoek sterker onder druk dan validiteit vanwege de reproduceerbaarheid (Mortelmans, 2013). De interne betrouwbaarheid, controleerbaarheid, gaat over de mogelijke vertekening van de onderzoeksresultaten door de invloed van een individuele onderzoeker. Het feit dat de data door één onderzoeker is verzameld en geanalyseerd kan de betrouwbaarheid negatief hebben beïnvloed.

In dit onderzoek is het verzamelen van de data op systematische en controleerbare wijze gebeurd. De interviews zijn afgenomen aan de hand van een vooraf opgestelde topic-lijst en zijn opgenomen en woordelijk getranscribeerd. Dit onderzoek is uitgevoerd volgens de gefundeerde theoriebenadering en omdat deze benadering het risico in zich draagt van subjectiviteit en onnavolgbaarheid (Verschuren & Doorewaard, 2016) zijn de procedures van codering zo goed en zorgvuldig mogelijk gehanteerd. Via de “thick descriptions” is getracht zo dicht mogelijk bij het materiaal, de getranscribeerde interviews, te blijven. Voor het analyseproces is gebruik gemaakt van een coderingssystematiek, zodat herleidbaar is hoe tot de beschrijving van de resultaten is gekomen. De gebruikte methodes zijn in deze rapportage geëxpliciteerd. Door het gebruik van (een selectie van) citaten in de rapportage van de resultaten en bijlage III is de relatie zichtbaar tussen de ruwe gegevens en de interpretatie van de onderzoeker. Bovenstaande werkwijzen hebben bijgedragen aan de betrouwbaarheid, in termen van controleerbaarheid en herhaalbaarheid, van dit onderzoek.

Validiteit

De interne validiteit, de mate waarin de methoden en technieken ervoor zorgen dat de resultaten en onderzoeksconclusies ook werkelijk het beoogde verschijnsel betreffen, is geborgd door dit onderzoek te starten met een uitvoerige bestudering van de literatuur over mentale veerkracht, zijn determinanten en niveaus waarop de determinanten aangrijpingspunten vormen om de mentale veerkracht van zorgprofessionals te versterken. Op basis hiervan is een eerste conceptueel model opgesteld aan de hand waarvan een topiclijst is samengesteld. Dit heeft de interne validiteit vergroot. Ten behoeve van de validiteit is ook eerst een vergelijking gemaakt met allerlei andere modellen die raakvlakken hebben met mentale veerkracht, anders dan het ‘geselecteerde’ model van mentale veerkracht van Defensie (Kamphuis et al., 2012) dat gebruikt als kader om te komen tot een eerste conceptueel model. De

modellen over positieve gezondheid (Seligman, 2012; Huber, 2013), Mental toughness (Clough et al., 2021) en Job Demands and Resources (Schaufeli & Taris, 2013) omvatten echter vooral pijlers van respectievelijk positieve (mentale) gezondheid, mentale kracht en werkbalans en bieden geen duidelijke aangrijpingspunten en interventies voor leidinggevenden om de mentale veerkracht te versterken. Deze modellen zijn daarom niet geïncorporeerd in het theoretisch kader van dit onderzoek.

Er is anonimiteit gewaarborgd om te optimaliseren dat de respondenten in alle openheid zouden spreken, er geen waardevolle informatie onuitgesproken zou blijven of sociaal wenselijk zou worden gereageerd. Tevens is benadrukt dat de interviewer in de rol van onderzoeker is en zijn de respondenten gevraagd te vertellen alsof de interviewer onbekend is met bijvoorbeeld de organisatie onderdelen waarbinnen de respondenten werken en hun specifieke werkzaamheden.

In kwalitatief onderzoek is het daarnaast van belang om voldoende variatie bij de respondenten te hebben om uitspraken te kunnen doen over het onderzochte fenomeen. Dit is vooral belangrijk vanwege het feit dat de respondenten uit één GGZ instelling komen (single case aspect) en de respondenten uit de subcase van zorgprofessionals alleen regiebehandelaren betreft, dat beperkingen met zich mee brengt ten aanzien van de externe validiteit. Het 'single case aspect' beperkt dus de uiteindelijke reikwijdte van dit onderzoek. Mede gezien het beperkte tijdsbestek waarin dit onderzoek plaats vond, is er niet gekozen diepgaande vormen van triangulatie om de geloofwaardigheid van de resultaten te vergroten (Mortelmans, 2013) al is wel verantwoord waarom deze case van kritieke aard is en niet enkel pragmatisch.

Daarnaast is, ten goede van de validiteit van dit onderzoek, gekozen voor het aanbrengen van een maximale variëteit binnen de groep respondenten (zie beschrijvende matrix respondenten in bijlage II). Allereerst door verschillende perspectieven te includeren, die van leidinggevende, zorgprofessional of zorgprofessional met leidinggevende functie. Ten tweede door leidinggevenden op verschillende hiërarchische niveaus in de organisatie te includeren. En ten derde door zorgprofessionals met een verschillende vakinhoudelijk achtergrond en werkzaam in verschillende soorten settingen in de GGZ te includeren. Deze variatiedekking kwam de generaliseerbaarheid, de externe validiteit van dit onderzoek ten goede.

4. RESULTATEN

4.1 Inleiding

Ten behoeve van het verder laden van het eerste conceptueel model van mentale veerkracht in de GGZ (Figuur 2) zijn 22 respondenten geïnterviewd waarvan 11 zorgprofessionals, 6 leidinggevenden en 5 zorgprofessionals met een leidinggevende functie. In Bijlage II staat, mede ter verantwoording van de maximale variëteit in de respondentengroep, de beschrijvende matrix vermeld van de respondenten met gegevens als leeftijd, geslacht en ervaring als zorgprofessional en/of leidinggevende.

De interviews zijn gehouden op basis van een vooraf opgestelde topic-list (bijlage I), onderverdeeld in thema's die raken aan het beantwoorden van de vraagstellingen van het onderzoek: context GGZ-sector (4.2), concept mentale veerkracht (4.3), determinanten op micro-, meso- en macroniveau die de veerkracht versterken en specifiek wat leidinggevenden (o.b.v. determinanten) kunnen bijdragen aan het versterken van de mentale veerkracht van de zorgprofessional in de GGZ (4.4). In paragraaf 4.5, 4.6 en 4.7 wordt, ten aanzien van de aangrijpingspunten voor leidinggevenden in het versterken van de mentale veerkracht, nog expliciet ingegaan op de door respondenten naar voren gebrachte interventiemogelijkheden, leiderschapstijl en vergelijking met Defensie. In paragraaf 4.8 wordt het tweede conceptueel model van mentale veerkracht in de GGZ gepresenteerd.

De resultaten worden in dit hoofdstuk beschreven vanuit het perspectief van de respondenten en aan de hand van de hierboven beschreven thema's die in relatie staan met de vraagstellingen. In paragraaf 4.4 wordt ter beantwoording van de centrale vraagstelling van dit onderzoek, vanwege de omvang van de data en ten behoeve van overzichtelijkheid, gebruik gemaakt van tabellen in bijlage III (Tabel 2a, 2b en 2c) om de door respondenten genoemde determinanten te onderbouwen met een selectie van bijpassende quotes.

In dit resultaten hoofdstuk wordt tevens gebruik gemaakt van een beknopte tabellen (Tabel 2a en 2b) waarin de determinanten van mentale veerkracht, in de vorm van beschermende en risicofactoren, overzichtelijk weergegeven zijn op respectievelijk micro (zorgprofessional en thuisfront) en meso- en macroniveau (team, organisatie en leidinggevende).

4.2 Visie op de context van en de toenemende druk in de GGZ-sector

Behandelcapaciteit in relatie tot zorgvraag

Respondenten zien dat er binnen de GGZ een steeds groter tekort is aan behandelcapaciteit in relatie tot de zorgvraag. Dit komt eerste instantie naar voren in de vorm van **schaarste**, een krapte op de arbeidsmarkt van zorgprofessionals en met name onder de regiebehandelaren die bovendien een eindverantwoordelijke rol hebben in het zorgproces. De verwachting is, ook bij de respondenten, dat het tekort aan regiebehandelaren steeds verder toeneemt en daarmee ook de druk op de zorgprofessional in de GGZ waar de zorgvragen steeds verder toenemen.

“We zien dat de schaarste steeds verder toeneemt en we meer moeten doen met minder mensen”(R4).

De schaarste wordt door de respondenten met name gevoeld in de moeite die de GGZ heeft om voldoende gekwalificeerd en gespecialiseerd personeel te vinden. Vacatures op essentiële posities met veel verantwoordelijkheden, zoals die voor regiebehandelaren en leidinggevende, maar ook al de op opleidingsplekken voor specialistische functies. De keuze met betrekking tot de kwaliteit en de competenties voor deze functies wordt in deze tijd van schaarste als minimaal ervaren en brengt een risico met zich mee dat de GGZ door de schaarste ook inlevert op de kwaliteit van zorg.

Daarbij neemt de **complexiteit** van de zorg(vraag) door de jaren heen toe. Respondenten stellen dat met name de grote specialistische GGZ-instellingen krijgen steeds meer te maken krijgt met heftigere en complexere problematiek. De combinatie tussen een toename in complexiteit en de schaarste wordt door respondenten gezien als een risico op overbelasting van zorgprofessionals en daarmee ook op uitval en uitstroom van zorgprofessionals waardoor de schaarste nog verder toeneemt en je behandelcapaciteit afneemt.

“Jonge, onervaren zorgprofessionals worden noodgedwongen in de frontlinie gezet terwijl ze in de praktijk nog niet bekwaam zijn in de heel complexe zorg, waardoor ze ook weer sneller afbranden” (R5)

“Het is vooral moeilijk om voldoende gekwalificeerd personeel te vinden” (R5)

“De GGZ heeft het vanwege de schaarste helaas soms te doen met middelmatige mensen” (R17).

Dat de zorgvraag vele malen groter is dan de GGZ kan bieden, zien we vooral terug in de toename van de **wachttijden** in de GGZ. Deze wachttijden wordt door respondenten als een dagelijkse ballast ervaren

waar ze geen voor oplossing hebben in de vorm van een beschikbaar en passend behandelaanbod voor patiënten. Dit brengt, met name bij de zorgprofessionals zelf, een gevoel van onmacht en tekortschieten met zich mee.

“We worden overvraagd omdat de zorgvraag vele malen groter is dan wij in de GGZ kunnen bieden. Dit geeft een enorme druk op de zorgprofessional dat we weten hoeveel mensen wachten op zorg, hoeveel mensen zorg nodig hebben” (R4).

“Ik heb wel heel wat collega’s overbelast zien raken, in mensen zien, agenda’s volstampen, in wachtlijsten oplossen” (R1).

Respondenten beschrijven de onmacht bovendien als een reactie op een zeer complex probleem van een niet meer werkend systeem binnen de GGZ-sector dat vraagt om aanpassing en vernieuwing dat de GGZ ook niet alleen kan oplossen. Respondenten sluiten zich aan bij de opinie dat de GGZ aan hervorming toe is en andere keuzes zou moeten maken om goede en toegankelijke zorg te kunnen blijven bieden voor de mensen die het het hardst nodig hebben.

“We worden overspoeld met mensen die wel wat psychologische hulp zouden kunnen gebruiken, maar wie kan dat niet? Je zou die mensen eigenlijk wat van de specialistische GGZ zorg willen ontfemen ten goede van de mensen met de zwaardere psychiatrische problematiek” (R20).

“En als we als GGZ voor elk mentaal probleem zorg willen blijven aanbieden, dan is dat een bodemloos vat en dat gaat ten koste van de mensen met forse psychiatrische problemen waar in veel gevallen dan geen goede oplossing voor is” (R21).

Maatschappelijke verantwoordelijkheid

Respondenten geven aan dat zij het **negatieve imago** van de GGZ medeverantwoordelijk vinden voor de druk die in de sector gevoeld wordt. Zij beschrijven de wijze waarop de GGZ in de media in beeld wordt gebracht als negatief in relatie tot de belangrijke maatschappelijke taak die zij vervult. Er wordt relatief veel aandacht besteed wanneer ‘het mis gaat’ in relatie tot ‘wie er allemaal geholpen zijn’ door de GGZ. Respondenten hebben het gevoel dat er regelmatig naar de GGZ een schuld inducerende boodschap wordt afgegeven van “jullie doen het niet goed”. Dit geeft een druk bij de mensen die met hart en ziel werken in een sector waarin zij mensen willen helpen.

“Het gevingerwijs naar de GGZ is schuld inducerend, jullie moeten het beter doen, maar het geld is ook op, ik word daar pissig van” (R1).

“Op individueel niveau krijg je als dank wel een doosje chocolade als je geluk hebt maar ondertussen zit je in een context in een systeem waar mensen eindeloos moeten wachten op zorg, niet op de goede plek komen en verkeerde diagnoses krijgen” (R2).

“Als we het goed doen, met al onze motivatie voor onze patiënten en de zorg, al die duizenden mensen die we op de goede weg helpen, dan hoor je niemand, dat is vanzelfsprekend, normaal. Maar er wordt wel veel gesproken in het nieuws over tekortkomingen in de zorg, dat vind ik niet fair” (R7).

Respondenten onderschrijven dat de GGZ een maatschappelijke taak en verantwoordelijkheid heeft in het leveren van goede en toegankelijke geestelijke gezondheidszorg en het bevorderen van de mentale gezondheid van mensen. In relatie tot de huidige context beschrijven respondenten echter dat er sprake is van **irrealistische verwachtingen** die gesteld worden aan de GGZ-sector. Er wordt een flinke druk ervaren in de mate waarin de GGZ verantwoordelijk wordt geacht voor de mentale gezondheid van mensen in het algemeen. De irrealistische verwachtingen vanuit de maatschappij aan de GGZ verhogen de druk binnen de gehele GGZ-sector, en daarmee ook bij mensen die er werken en de patiënten die de zorg ontvangen en weer ‘mentaal beter’ moeten worden van de maatschappij en daarin weer iets verwachten van de GGZ.

“De wereld en de maatschappij is ook maakbaarder geworden, als je niet gelukkig bent dan moet je ermee aan de slag, en de GGZ moet daarin iets doen” (R3).

“Alles lijkt maakbaarder geworden en dus ook de patiënt, die moet weer gewoon volop deelnemen aan de maatschappij. De druk ligt al op de samenleving, waarbij mensen met klachten naar de GGZ worden geschoven, zeker de patiënten met zwaardere en langdurige psychiatrische klachten. En dat de verwachting van de patiënt aan de GGZ ook hoger wordt, namelijk dat ze weer beter worden” (R10).

In relatie tot de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de GGZ zien respondenten ook kansen in de ontwikkelingen van de psychiatrie en maatschappij zoals de gerichtheid op **positieve gezondheid, eigen regie, herstel** in de eigen omgeving (ambulantisering), **digitalisering** en **netwerkpsychiatrie**. Kansen die beter aangewend kunnen worden om, in samenwerking met andere partijen, hulpverlenende instanties en naasten, te doen wat bijdraagt aan de mentale gezondheid van mensen.

“De GGZ zou volgens mij teruggebracht moeten worden naar de echte psychiatrie en veel meer te normaliseren en door de maatschappij zelf te laten oplossen. Het is heel normaal dat iemand na een relatiebreuk het even niet meer ziet zitten, maar wij zijn niet altijd de aangewezen partij om daar vooral

hulp in te bieden. En de patiënt is er ook niet bij gebaat om alles maar onder de psychiatrie te laten vallen” (R20).

“Het inrichten van lokale, ambulante netwerken, wordt steeds belangrijker om de zorg goed te laten aansluiten en mensen zoveel mogelijk in hun eigen omgeving te behandelen”(R4).

Financiën en wet- en regelgeving

Respondenten beschrijven in de context een toename van financiële druk en een toename van wet- en regelgeving. Ten aanzien van de financiële druk wordt het huidige **bekostigingssysteem** als een belemmering gezien om de zorg zo te organiseren dat hij toegankelijk, van goede kwaliteit en betaalbaar is en te organiseren is in netwerken met andere partijen. Daarbij nemen de zorgkosten zelf ook toe door onder andere de gestegen personele kosten (o.a. PNIL en arbeidsmarkttoelagen) die als compensatie lijken te dienen voor de huidige schaarste aan voldoende gekwalificeerd en gespecialiseerd personeel. *“Ik zie een dynamiek van factoren waardoor er een noodzaak is om meer in netwerken te gaan werken, maar dat tegelijkertijd de versnipperde financieringsstromen daar niet op afgestemd zijn om dit mogelijk te maken” (R4).*

“De regelgeving, waaronder het zorgprestatie­model, de financiering, de arbeidsmarkt, de markt­vraag aan de GGZ, we zitten in een onmogelijke spagaat” (R5).

“Het is steeds weer een uitdaging om enerzijds een optimale formatiemix te realiseren om goede zorg te leveren en tegelijkertijd financieel in de groene cijfers te kunnen draaien, de productienormen te halen” (R8).

Respondenten ervaren verder een **toename van regel- en administratieve druk** in de breedte door de onder andere het bestaan van verschillende financieringsstromen, de implementatie van het Zorgprestatie­model in 2022, AVG en Wv­ggz. Deze toename in controle en verantwoordingstaken, ziet men als een grote belemmering in de GGZ-sector, met name voor de zorgprofessional die hierdoor minder in staat wordt gesteld zijn kennis en expertise in te zetten voor de patiëntenzorg. Bovendien staat deze verhouding tussen administratie en patiëntenzorg ook op gespannen voet met huidige wachtlijsten, de schaarste en de verwachtingen vanuit de maatschappij die we minder goed kunnen waarmaken. Al met al geven de respondenten aan dat met de toename aan controle en verantwoordingstaken, zij meer (cognitieve en emotionele) druk ervaren in hun werk als zorgprofessional binnen de GGZ.

“Dan ben ik de enige regiebehandelaar op een afdeling en ben ik vooral werk aan het doen waar ik helemaal niet mee bezig wil zijn” (R13).

“Er worden dermate veel controlemechanismen ingevoerd, de focus gelegd op effectiever behandelen, dat eigenlijk het tegenovergestelde gebeurt van wat je in de GGZ wilt bereiken. De afstand tussen wat de patiënt verwacht en wat je als organisatie kunt bieden, wordt hierdoor alleen maar groter” (R21).

Invloed van COVID-19

Respondenten geven aan dat met name de eerste golf en crisissituatie veel flexibiliteit heeft gevraagd van de teams en de medewerkers en de GGZ in zijn totaliteit. De overgang naar meer digitaal werken wordt als voordeel gezien om de zorg toegankelijker te maken, maar verliep niet altijd even soepel omdat de faciliteiten in de beginfase er niet voldoende voor ingericht waren. Verder ontstond er een druk door tekort aan personeel door uitval met Corona en waren er meer no shows dat weer druk veroorzaakte in de bedrijfsvoering waar zorgprofessionals zich dan weer meer zorgen over maakte. Met betrekking tot de gezondheid van medewerkers zitten zij, met het meer digitaal en thuiswerken, meer dan normaal achter het scherm, interfereert het privéleven ook meer met het werk en is er minder live sociaal contact.

“Er is ook een enorme impuls en flexibiliteit ontstaan met de komst van COVID en het online werken, ik weet niet of er nu een enorme druk is ontstaan in de GGZ door COVID, behalve door uitval van personeel waar al een tekort aan is” (R2).

De legere agenda's door no show van patiënten levert wel een druk op bij de zorgprofessionals om bepaalde productienormen te halen” (R9).

Behoud van mentaal kapitaal

Samenvattend beschrijven de respondenten drie basale kenmerken die de context van de huidige GGZ-sector weergeven: een tekort aan behandelcapaciteit in relatie tot de zorgvraag, de druk de vanuit de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de GGZ en de druk op de financiering en regelgeving in de GGZ. De samenhang tussen deze drie kenmerken lijken bovendien een extra druk te veroorzaken op de zorgprofessional in de GGZ. Deze werkt in een context waar meer van hem of haar verwacht wordt, maar de middelen tekortschieten om dit zo te organiseren dat je mensen snel en goed kan helpen, en het imago van de GGZ niet bijdraagt aan de waardering voor je werk als zorgprofessional. Voor de

leidinggevende betekent dit ook dat hij of zij meer moet vragen van minder mensen en hard zijn best moet doen om het mentaal kapitaal van de GGZ te behouden.

“Er is meer voor nodig dan 10 jaar geleden, om die zorgprofessional en leidinggevende in de GGZ, mentaal gezond te houden op hun werkplek, maar ik vraag me af of er ook meer aandacht voor is” (R3).

Ten aanzien van het behoud van het mentaal kapitaal voor de GGZ in relatie tot de context en de emotionele belasting die erbij hoort, wordt genoemd dat het van belang is een mentale buffer te hebben (mentale veerkracht?) om te kunnen blijven werken in de GGZ. Het vraagt volgens respondenten meer om een goede werk-privé balans om de duurzame inzetbaarheid van zorgprofessionals te bewerkstelligen. Verder worden persoonlijke waarden als vrijheid en ruimte voor ontwikkeling en zingeving genoemd als hetgeen een tegenwicht kan bieden voor zorgprofessionals om om te gaan met de toenemende druk waar zij in de GGZ-sector mee te maken hebben en een beroep doet op hun mentale veerkracht.

“Zorgprofessionals die moeten, om mentaal flexibel te blijven, niet lamgeslagen worden en steeds op zoek gaan naar een hernieuwd perspectief. Het helpt mij om altijd voor ogen te houden dat we er zijn om de zorg voor de patiënten beter te maken” (R6).

4.3 Visie op het concept mentale veerkracht

Respondenten beschrijven mentale veerkracht conform wat hierover in het theoretisch gedeelte wordt genoemd, namelijk als een mate van flexibiliteit in het omgaan met tegenslagen, een beweging van vallen en opstaan. Het gaat volgens de respondenten met name om een copingvaardigheid, **coping flexibiliteit**, om op te gaan met stress en spanning, of dit nu vanuit tegenslagen, een crisis of trauma is. In de tweede plaats gaat het om een stuk betekenisgeving ten aanzien van de tegenslagen en spanningen.

Mentale veerkracht wordt door de respondenten gezien als een competentie die je enerzijds mee krijgt vanuit je **genen en opvoeding** en anderzijds als een competentie waar je gedurende je leven in kunt **leren en groeien**. Want dat je in je leven privé en in je werk te maken krijgt met een mate van stress en tegenslagen, is onoverkomelijk. Zeker in je werk als zorgprofessional krijg je te maken met tegenslagen, crisis, trauma, calamiteiten en leed van patiënten dus het is belangrijk voldoende toegerust te zijn in je mentale veerkracht.

“Je kunt, zeker als zorgprofessional, gewoonweg niet voorkomen dat je te maken krijgt met dingen die je raken, of eens een fout maakt of eens onderuit gaat. “Ik zie het als de psychische botten die je hebt meegekregen, maar waarin ook groei mogelijk is, daarvoor heb je wel die beweging van vallen en opstaan nodig, om daarin te leren” (R1).

“Ik vergelijk mentale veerkracht met het oplossen van een ingewikkelde puzzel. Als je regelmatig ingewikkelde puzzels legt, ken je alle trucjes die daarbinnen opgesloten kunnen zitten. Als je die cognitieve trucjes niet beheerst dan wordt het lastig de puzzel op te lossen” (R2).

4.4 Determinanten van mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ

In deze paragraaf gaan we verder in op de beantwoording van de vraagstelling van dit onderzoek: *Welke determinanten van mentale veerkracht zijn van belang voor zorgprofessionals in de GGZ ten behoeve van het versterken van hun mentale veerkracht?* Deze paragraaf wordt opgesplitst in drie subparagrafen waarbij de eerste gaat over determinanten van mentale veerkracht op microniveau (individueel niveau en niveau van thuisfront), de tweede sub paragraaf gaat over de determinanten op meso- en macroniveau (team- en organisatieniveau) en de derde over determinanten op het niveau van leidinggevend.

Een groot deel van de interviews is gegaan over de beantwoording van deze vraagstelling en omvat dermate veel data dat ervoor gekozen is in bijlage III een aantal tabellen op te nemen waarmee de genoemde determinanten onderbouwd worden aan de hand van een selectie van bijpassende quotes. Van belang is om te noemen dat de interviews zijn gegaan over determinanten, beïnvloedbare factoren om de mentale veerkracht van zorgprofessionals te versterken in de GGZ. Dit is de rede dat de focus van de resultaten ligt op beschermende (en beïnvloedbare factoren) en in mindere mate op de risicofactoren van mentale veerkracht.

Determinanten van op microniveau

Tabel 2a in bijlage III geeft een overzicht weer van de door respondenten herkende en benoemde determinanten van mentale veerkracht op microniveau met een selectie van enkele quotes op basis waarvan deze uit de interviews naar voren zijn gekomen. Tabel 3a in deze paragraaf geeft een beknopt

overzicht weer van de door respondenten herkende en benoemde determinanten van mentale veerkracht op microniveau.

Respondenten geven aan dat de mentale veerkracht van zorgprofessionals beïnvloed wordt door een aantal determinanten. Deze zijn weer onder te brengen in bepaalde groepen van determinanten: persoonlijkheidskenmerken, kennis en vaardigheden, gezondheid, vrijetijdsbesteding en sociale factoren.

Tabel 3a

Determinanten van mentale veerkracht op microniveau (individueel en thuisfront)

| Risicofactoren | Beschermende factoren |
|---|--|
| <p>Persoonlijkheidskenmerken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoge eisen/ perfectionisme • Zelfopoffering <p>Kennis en vaardigheden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan kennis en vaardigheden <p>Ongezondheid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ongezonde leefstijl • Gezondheidsklachten • Psychische klachten <p>Ongunstige sociale factoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appel thuisfront/ mantelzorg • Life events, ingrijpende gebeurtenissen /spanningen thuis | <p>Persoonlijkheidskenmerken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emotionele stabiliteit • Openheid voor nieuwe dingen • Optimisme • Trots <p>Kennis en vaardigheden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflectief vermogen • Zingeving • Coping flexibiliteit • Overstijgend denkvermogen • Energiemanagement • Grenzen aangeven • Verantwoordelijkheidsgevoel • Autonomie • Vakmanschap • Self-efficacy • Hulp (kunnen) vragen • Oplossingsgerichtheid • Doorzettingsvermogen • Zelfvertrouwen <p>Fysieke gezondheid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fysieke fitheid, belastbaarheid • Gezonde leefstijl <p>Waardevolle vrijetijdsbesteding</p> <p>Gunstige sociale factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sociale steun/ sociaal contact/ sociaal netwerk • Werk / privé in balans |

Respondenten geven aan dat er determinanten van mentale veerkracht gelegen zijn in de **persoonlijkheidskenmerken** (die je ontwikkelt op basis van je genen, opvoeding en leerervaringen) van de zorgprofessional waarbij zij de emotionele stabiliteit, openheid voor verandering, optimisme en trots zien als beschermende factoren en de kenmerken als hoge eisen (perfectionisme) en zelfopoffering als een risicofactor voor mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ.

“We zijn met elkaar ook mensen die hoge eisen stellen aan zichzelf, altijd klaar staan voor de ander en het heel goed willen doen. De verantwoordelijkheid en betrokkenheid wil je niet voor niets, daarvoor ben je zorgprofessional geworden, maar het vraagt een ungoing proces om je hoge eisen wat te tackelen zodat het geen valkuil vormt” (R1).

Respondenten geven aan dat **kennis en vaardigheden** van de zorgprofessional van belang zijn in het versterken van de mentale veerkracht waar het ontbreken van kennis, bijvoorbeeld omdat je je nog moet bekwamen op basis van scholing, een risico kan vormen voor mentale veerkracht wanneer deze in relatie tot iemands taken en verantwoordelijkheden tekort schiet. In tabel 3a worden veertien determinanten genoemd met betrekking tot kennis en vaardigheden op het niveau van de zorgprofessional waaronder reflectief vermogen, zingeving, coping flexibiliteit, vakmanschap, self-efficacy en autonomie.

“Het vraagt gewoon heel veel zelfkennis om te weten waar je grenzen liggen, om te weten wat je nodig hebt van de ander en in welke omstandigheden je weer in balans komt” (R2 over de determinant reflectief vermogen).

“Vanuit de schrijnende dingen die je hoort en meemaakt in de zorg, is het belangrijk om die passie voor de zorg, het verschil willen maken vanuit het hart voor de medemens, te laten overwinnen” (R7 over de determinant zingeving).

Respondenten geven aan dat zij een de **fysieke gezondheid** als determinant zien van mentale veerkracht van zorgprofessionals. Het fysiek gezond en fit zijn, een gezonde leefstijl hebben, zijn voor zorgprofessionals beschermende factoren om mentaal veerkrachtig te blijven waar een ongezonde leefstijl en fysieke en psychische gezondheidsklachten een risico vormen voor hun mentale veerkracht.

“Ik behoud mijn veerkracht door gewoon gezond te zijn, gezond te leven, gezond te eten en een aantal keren per week te hardlopen. Er zijn werkgevers die dit ook dermate belangrijk vinden waardoor mensen in werktijd mogen sporten, dat zou ik ook geweldig vinden” (R11).

“Ik ben vrienden geworden met mijn rugklachten, als doe opspelen dan weet ik dat ik naar de sportschool moet, dat zijn signalen waar ik preventief iets mee kan doen om te voorkomen dat ik uit balans raak” (R13).

Respondenten benoemen het hebben van een **waardevolle vrijetijdsbesteding**, die gerelateerd kan zijn aan de fysieke gezondheid en het hebben van sociale contacten, als een beschermende factor voor mentale veerkracht van zorgprofessionals.

“Mijn hobby’s buitenshuis geven mij enorme veerkracht, ik vind het belangrijk dat er een heel groot leven naast mijn werk blijft bestaan” (R12).

Met betrekking tot sociale factoren benoemen respondenten het hebben van **sociale steun** en een **goede werk-privé balans** als determinant met een beschermende waarde voor de mentale veerkracht. Life events privé, spanningen thuis en het appel vanuit het thuisfront, zoals mantelzorg, kunnen echter een risico factor kunnen vormen die de mentale veerkracht van zorgprofessionals beperkt.

“Een breed sociaal netwerk lijkt mij een belangrijke factor, hoe meer netwerk hoe meer emotionele binding, dat contact met anderen helpt mij om veerkrachtig te blijven” (R18).

“Ik denk dat het hebben van een goede balans tussen werk en privé nodig is om mentaal veerkrachtig te zijn en te blijven, zeker als je werkt in de complexe zorg” (R1).

Determinanten op meso- en macroniveau

Tabel 2b in bijlage III geeft een overzicht weer van de door respondenten herkende en benoemde determinanten van mentale veerkracht op meso- en macroniveau (team- en organisatieniveau) met een selectie van enkele quotes op basis waarvan deze uit de interviews naar voren zijn gekomen. Tabel 3b in deze paragraaf geeft een beknopt overzicht weer van de door respondenten herkende en benoemde determinanten van mentale veerkracht op meso- en macroniveau.

Voordat er verder wordt ingezoomd op de resultaten met betrekking tot de determinanten op meso- en macroniveau is het van belang te noemen dat het merendeel van de respondenten op dit niveau belangrijke randvoorwaarden stellen voor het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals. Het betreft zichtbaar aandacht voor de mentale veerkracht van zorgprofessionals en het bespreekbaar maken van dit onderwerp teamniveau. De determinanten geven vervolgens voor een

groot deel antwoord op de vraag wat er nodig is om die aandacht voor de mentale veerkracht van zorgprofessionals te bewerkstelligen.

Ten aanzien van de zichtbare **aandacht voor mentale veerkracht** geven zij onder andere aan:

“Je zou daarin eigenlijk ook iets willen aanbieden of als iemand nieuw bij ons komen werken, dat het onderwerp is van het inwerken, hoe zorg je goed voor jezelf, dat dat zichtbaar onder de aandacht is” (R3).

“Dat daar waar je risico’s ziet op deuken in die mentale veerkracht als organisatie of als groep zorgprofessionals, dat er voldoende lijn in zit om in dat proces te blijven signaleren” (R4).

Dat respondenten het **bespreekbaar maken van mentale veerkracht** op teamniveau als een beschermende factor zien voor het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals komt onder naar voren in de volgende citaten:

“Ook mensen met veel veerkracht kunnen in een situatie komen waarin ze uit balans raken, we leggen zelf ook de lat veel te hoog als zorgprofessionals, maar als team kun je er wel wat aan doen door die balans bespreekbaar te maken, af en toe de boel helemaal stilleggen, tijd inruimen om het met elkaar erover te hebben” (R21).

“Het is goed om een mate van laagdrempeligheid te creëren om het met elkaar te hebben over hoe het gaat, als het tegenzit om te sparren of even gezellig te praten. Dat je dan ook hulp kan vragen als dat nodig is” (R20).

Als voorwaarde om mentale veerkracht van zorgprofessionals bespreekbaar te maken stellen de respondenten vooral een **open veilige cultuur en ruimte** (in tijd en prioritering), waarin het ook over spanningen, tegenslagen, het even niet meer weten, mag gaan.

“Je moet er met elkaar open over kunnen zijn als dingen lastig zijn, en dat dat er ook mag zijn, dat er een veilig gevoel is, en heel praktisch, ook de ruimte zodat er ook tijd is om het erover te hebben” (R15).

Wanneer we vervolgens inzoomen op de determinanten van mentale veerkracht van zorgprofessionals op team- en organisatieniveau brengen de respondenten verschillende determinanten naar voren (Tabel 3b). Deze zijn weer onder te brengen in bepaalde groepen van determinanten: op teamniveau zijn dat **gunstige groeps- en sociale factoren** als team cohesie, team-efficacy en ruimte voor reflectie en factoren in de vorm van **middelen** zoals hersteltijd en een optimale teamsamenstelling. Een ongunstige factor op teamniveau is een negatieve werksfeer op teamniveau.

Tabel 3b

Determinanten van mentale veerkracht op meso- en macroniveau (team en organisatie)

| Risicofactoren | Beschermende factoren |
|--|--|
| <p>Specifiek op teamniveau (meso)</p> <p>Ongunstige groeps- en sociale factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> Negatieve werksfeer <p>Op team- én organisatieniveau (meso en macro)</p> <p>Cultuur</p> <ul style="list-style-type: none"> Blaming cultuur/ afrekencultuur <p>Cognitieve (onder)belasting</p> <ul style="list-style-type: none"> Werkbelasting/ veelheid taken Hoeveelheid 'niet-zorg' taken Verveling/ weinig variëteit <p>Emotionele belasting</p> <ul style="list-style-type: none"> Emotioneel zwaar werk mede door ingrijpende gebeurtenissen als calamiteiten, klachten en suïcide <p>Lage autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> Top down/ controle en verantwoording <p>Middelen</p> <ul style="list-style-type: none"> Ongunstige fysieke werkomgeving | <p>Specifiek op teamniveau (meso)</p> <p>Gunstige groeps- en sociale factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> Teamcohesie Team-efficacy Ruimte voor reflectie Positieve werksfeer <p>Middelen</p> <ul style="list-style-type: none"> Hersteltijd Optimale teamsamenstelling <p>Op team- én organisatieniveau (meso en macro)</p> <p>Cultuur</p> <ul style="list-style-type: none"> Open cultuur Aanspreekcultuur Erkenning en waardering Tolerantie Community (WIJ) gevoel Betrouwbaarheid Adequaat verwachtingsmanagement <p>Hoge Autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> Hoge autonomie/ regie Ontwikkelmogelijkheden <p>Middelen</p> <ul style="list-style-type: none"> Ondersteunende middelen Gunstige fysieke werkomgeving <p>Op niveau van leidinggevende (meso en macro)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ondersteunend Betrokken en nabij Beschikbaar Erkenning en waardering geven Persoonlijke aandacht Aandacht voor match ZP & werk Adequaat verwachtingsmanagement Vertrouwen geven en betrouwbaar zijn Autonomie geven Ontwikkelmogelijkheden bieden Aandacht voor integratie met de organisatie Aandacht voor een open en positieve werkcultuur Aanspreken op gedrag en resultaten |

“You got your back”, dat je elkaar steunt en rugdekking geeft, samen besluiten maakt, en dat je daardoor spannende en moeilijke zaken met elkaar kan verdragen en er doorheen kan komen, dat je die ervaring hebt als team, dat is volgens mij beschermend. Als ieder voor zich gaat, in situaties met geweld bijvoorbeeld, dan zie ik dat als risico factor” (R1).

Op *team- en organisatieniveau* geven respondenten verder aan dat zij determinanten van mentale veerkracht zien die weer onder te brengen zijn in groepen van determinanten zoals **cultuur** (open cultuur, community-gevoel, aanspreekcultuur en tolerantie als beschermend en blaming cultuur als risico), **hoge autonomie** (regie en ontwikkelmogelijkheden als beschermend en top down, gericht op controle en verantwoording als risicofactor) en (ondersteunende) **middelen** (gunstige fysieke werkomgeving en ICT ondersteuning als beschermend). Tevens wordt de **werkgerelateerde belasting**, zowel de cognitieve als emotionele belasting gezien als risicofactoren op meso- en macroniveau die de mentale veerkracht van zorgprofessionals kan beperken.

“Het is mooi als er een cultuur is waarin we een diversiteit aan verschillende standpunten en meningen naast elkaar kunnen laten bestaan zonder dat het onveilig wordt. Dat betekent tolerantie voor meerdere perspectieven waarbij je wel die gezamenlijkheid blijft opzoeken als team” (R18).

“We worden bedolven onder het werk en dat langdurig doen in de GGZ waardoor er geen tijd meer lijkt te zijn voor opleidingen, alle lucht wordt eruit gehaald voor zorgprofessionals” (R4).

Determinanten op leidinggevende niveau

Tabel 2c in bijlage III geeft een overzicht weer van de door respondenten herkende en benoemde determinanten van mentale veerkracht op het niveau van leidinggevers (meso- en macroniveau) met een selectie van enkele quotes op basis waarvan deze uit de interviews naar voren zijn gekomen. In Tabel 3b staan determinanten op leidinggevende niveau in een overzicht genoemd van beschermende factoren voor mentale veerkracht.

Respondenten geven aan dat leidinggevers **ondersteunend** moeten zijn, **betrokken en nabij, beschikbaar, erkennend** en **persoonlijke aandacht** geven. De leidinggevende moet dichtbij de zorgprofessional staan om deze zo goed als mogelijk te ondersteunen in zijn werk als zorgprofessional en hem in die hoedanigheid zien en waarderen. Kennis van interesse, ervaring, kwaliteiten en talenten van de zorgprofessional kunnen bijdragen aan de aandacht die de leidinggevende heeft voor de **match**

tussen de zorgprofessional met het werk. Daarnaast dient hij volgens respondenten oog hebben voor de persoon achter de zorgprofessional, deze 'kennen' (ook iets weten van zijn privé situatie danwel thuissituatie) om te weten waar hij hem of haar het beste in kan ondersteunen.

“Je moet als leidinggevende ook in staat zijn om soms gedoe tegen te houden, een filter vormen voor zaken die van bovenaf of buiten komen, zodat mensen met focus en plezier aan hun werk kunnen zijn. Je hoeft ze niet kapot te faciliteren maar je moet ze wel ondersteunen met voldoende opleiding en scholing om hun werk goed te kunnen blijven doen” (R5).

“Het zijn van die momenten van de waarheid, noem ik het maar, waarop je als leidinggevende er bent voor je teams, dat je weet hoe het met ze gaat, ook na heftige gebeurtenissen en kijkt wat ze daarin nodig hebben. En om nabij te zijn hoef je echt niet elke week bij een teamoverleg te zitten” (R4).

Daarnaast geven respondenten aan dat de leidinggevende, om de mentale veerkracht van de zorgprofessional te kunnen versterken, moet beschikken over **adequaat verwachtingsmanagement**, **vertrouwen geven** en zelf **betrouwbaar** zijn. Hij geeft de zorgprofessional bovendien een hoge mate van **autonomie** en voldoende **ontwikkelmogelijkheden**.

“Als je werkt vanuit vertrouwen dan voelt de medewerker ook de ruimte om zijn werk zo in te richten dat het zijn veerkracht ten goede komt” (R9).

“Die hoogopgeleide zorgprofessionals hebben ruimte nodig en moeten ook zelf in staat zijn aan te geven wat ze van je nodig hebben, daar moet je niet te veel bovenop zitten als leidinggevende, tenzij het zaken raakt die je in je rol als leidinggevende moet monitoren. In plaats van een oplossing bedenken of mensen dicteren wat ze moeten doen, moet je het probleem eerst bij de mensen zelf neerleggen en vragen hoe gaan we dit oplossen” (R21).

Tot slot moet de leidinggevende volgens respondenten, aandacht hebben voor **de integratie met de organisatie**, aandacht hebben voor een **positieve werk cultuur** en daarom investeren in zaken als **teambuilding** en in staat zijn om mensen **aan te spreken op gedrag en resultaten**.

“Mijn ideaalbeeld van een leidinggevende is dat je iets belichaamt, iets voordoet en daarmee ook echt een cultuurdrager bent. Dat doe je natuurlijk nooit alleen maar je bent als leidinggevende wel een bepalende factor in het team, dus daar moet je op letten, die cultuur” (R18).

Al met al beschrijven respondenten determinanten van mentale veerkracht op leidinggevende niveau die voor een deel voortkomen vanuit hun antwoorden op de vraag welke determinanten er zijn op team en

organisatieniveau die de mentale veerkracht van zorgprofessionals versterken. Door de interviews heen wordt duidelijk dat zij de leidinggevende een rol toekennen in zaken als voorzien in ondersteunende middelen, het faciliteren in ruimte voor reflectie, het dragen van de team cultuur en het bijdragen aan het geven van een hoge autonomie aan de zorgprofessionals. Dit laatste laat ook weer de beperkte rol zien die respondenten toekennen aan de rol van de leidinggevende. Binnen de GGZ zien zij het als wenselijk dat er een open cultuur is met veel inspraak van zorgprofessionals die op basis van hun vakkennis en professie zoveel mogelijk regie toegekend krijgen als het gaat om de inhoud en kwaliteit van het zorgaanbod. Tegelijkertijd zien zij de rol van leidinggevende ook als ondersteunend doordat deze juist meer betrokken is bij niet-zorginhoudelijke taken en doelstellingen zodat de zorgprofessionals zijn tijd en aandacht kan besteden aan hetgeen hij voor aangenomen is en voor gekozen heeft, de patiëntenzorg. Het belang van de cultuur, en de rol van leidinggevende als een van de cultuurdragers, als goede voedingsbodem om mentale veerkracht van zorgprofessionals te versterken, komt ook hier weer duidelijk naar voren in gesprek met de respondenten.

“Dat je even bij elkaar binnen loopt of in een teamoverleg ook vraagt hoe het gaat, hoe je erbij zit en of er nog iets nodig is vanuit het team. Een leidinggevende kan iets betekenen om het op de agenda te zetten maar het is uiteindelijk een taak van het team” (R19).

“Je moet voor die optimale veerkracht als leidinggevende een klimaat weten neer te leggen, die drempel verlagen, door te laten zien dat het heel normaal is dat het ook kan tegenzitten en je behoefte hebt aan te sparren of even gewoon gezelligheid te hebben met elkaar” (R20).

4.5 Interventies ter bevordering van de mentale veerkracht van zorgprofessionals

In gesprek met de respondenten kwamen ook enkele specifieke interventies naar voren die op de verschillende niveaus ingezet kunnen worden om de determinanten van mentale veerkracht positief te beïnvloeden.

Een terugkerend antwoord van respondenten is gelegen in de stellingname dat de GGZ, met name winst heeft te behalen in de **primaire preventie** met de doelstelling de mentale veerkracht van zorgprofessionals te behouden of te versterken, beter voorkomen dan genezen. Voorbeelden werden genoemd in het geven van extra aandacht aan het onderwerp ‘hoe blijf je goed voor jezelf zorgen, hoe blijf je mentaal fit in dit werk?’ en het doen aan adequaat verwachtingsmanagement als het gaat over met welke emotionele en cognitieve belasting (risico factoren van mentale veerkracht) men in het werk

te maken zou krijgen en het belang van goede zelfzorg om hierin mentaal fit te blijven en met plezier je werk te blijven doen.

Naast opleidingen zien respondenten ten aanzien van de mentale veerkracht ook kansen in een stuk 'onboarden' van mensen, zorgen dat ze voldoende welkom worden geheten en ondersteund worden met middelen en er persoonlijke aandacht is voor wat diegene de organisatie in komt brengen.

Verder werden er specifiek op gezondheid nog mogelijkheden genoemd om een organisatie breed gedragen aanbod te hebben op zaken als gezonde leefstijl, energie- en timemanagement e.d.

"Het is belangrijk om aan die voorkant mensen een goed beeld te geven van waar ze tegenaan kunnen lopen als zorgprofessional en het belang van zelfzorg daarbij" (R11).

"Als je ervoor zorgt dat iemand ook een mentor of coach heeft om op terug te vallen dan ben je het voor dat iemand uit balans raakt" (R17).

Respondenten geven ook aan dat de leidinggevende een belangrijke rol heeft in de secundaire en tertiaire preventie op zaken als verzuimmanagement. Hierover werden geen specifieke interventies genoemd met betrekking tot de mentale veerkracht versterken maar wel het belang van de focus leggen op hoe wordt je weer (mentaal) gezond en werk je met plezier, de persoonlijke aandacht vooropstellen en daarin wat loskomen van procedures om aan te kunnen sluiten bij wat nodig is.

"Je moet als leidinggevende af en toe gewoon even de kerk in het midden laten om te doen wat goed is voor de medewerker en dus uiteindelijk ook voor de organisatie" (R5).

4.6. Leiderschapsstijl

Respondenten benoemen een aantal keer de term **situationeel leidinggeven** als de vorm van leidinggeven die passend zou zijn voor leidinggevendens van zorgprofessionals en ten goede komt van de mentale veerkracht van zorgprofessionals. Het model van **situationeel leiderschap** stelt dat er vier basisstijlen van leiderschap zijn op basis van de mate van sturing en ondersteuning. Deze worden gekarakteriseerd door de mate van taakgerichtheid en persoonsgerichtheid van een leider. Het model stelt dat de meest effectieve leiderschapsstijl situatie-afhankelijk is, zoals van het ontwikkelingsniveau van de groep of het individu waaraan leiding wordt gegeven. In situationele benaderingen wordt het gedrag van de leidinggevende gekoppeld aan het waarneembare gedrag van de individuele medewerker.

Per situatie past een leidinggevende zijn stijl van leidinggeven aan (Elliott Aronson, Timothy Wilson, & Robin Akert, 2011).

“Het gaat om situationeel leidinggeven, weten wie je voor je hebt, en daarbij aansluiten als leidinggevende, je ziet als leidinggevende in welke situatie je je bevindt of welke competenties iemand heeft en daar pas je je stijl op aan” (R5).

Specifiek voor de rol van leidinggevende wordt deze volgens respondenten niet te grote rol toebedeeld in het versterken van de mentale veerkracht. Die verantwoordelijkheid ligt, vanuit de hoge autonomie, in eerste instantie bij de zorgprofessionals zelf. De leidinggevende heeft vooral een belangrijke rol in het scheppen van goede voorwaarden voor het versterken van de mentale veerkracht doordat deze in de eerste instantie onder de aandacht wordt gebracht op alle niveaus waarmee je uitstraalt naar de zorgprofessionals en de teams dat je het belangrijk vindt dat mensen doen aan goede zelfzorg. Het zichtbaar onder de aandacht brengen en zorgen dat het binnen de teams onderwerp van gesprek is en blijft. Verder worden als beschermende factoren (en determinanten van mentale veerkracht op het niveau van leidinggevende), zoals beschreven in paragraaf 4.4 vooral eigenschappen genoemd die iemand in de GGZ, volgens respondenten, een goede leidinggevende maakt.

4.7 Vergelijking met Defensie

Respondenten kregen aan het einde van het interview de gelegenheid te reageren op het model van mentale veerkracht van Defensie nadat zij daar een korte omschrijving van kregen en ik aan gaf dat ik mij de vraag stelde wat wij van een dergelijk model zouden kunnen leren als GGZ. Respondenten geven aan dat ze de vergelijking tussen militairen en zorgprofessionals ten aanzien van de werk gerelateerde emotionele belasting als risicofactor van mentale veerkracht passend vinden. Daarbij speelt tegelijkertijd de vraag of het in GGZ-instellingen dermate goed geregeld is, dat er structureel aandacht is voor die mentale veerkracht om een tegenwicht te bieden tegen o.a. deze werkgerelateerde risicofactoren. De vraag is ook is het echt geaccepteerd en ingeregeld dat het hierover mag gaan?

Respondenten maken ook de vergelijking tussen hiërarchie van Defensie o.b.v. rangen met duidelijke taken en bevoegdheden en vragen zich af of we die mate van duidelijkheid kennen binnen de GGZ. De verantwoordelijkheden per discipline staan namelijk regelmatig opnieuw ter discussie, bijvoorbeeld met de komst van de zorgprestatie model en het kwaliteitsstatuut. Dit brengt volgens respondenten steeds

onrust met zich mee en doet ook iets in de mentale veerkracht omdat het ook iets doet met hoe groepen zorgprofessionals zich al dan niet gezien voelen.

Tot slot identificeren zorgprofessionals zich ook met hun beroep, net als militairen zich militair voelen en geen burger, dat maakt dat zaken als zingeving van belang kunnen zijn om je werk met plezier te kunnen blijven doen. Het is belangrijk goed voor ogen te houden waar je het voor doet en daar ook trots op te zijn!

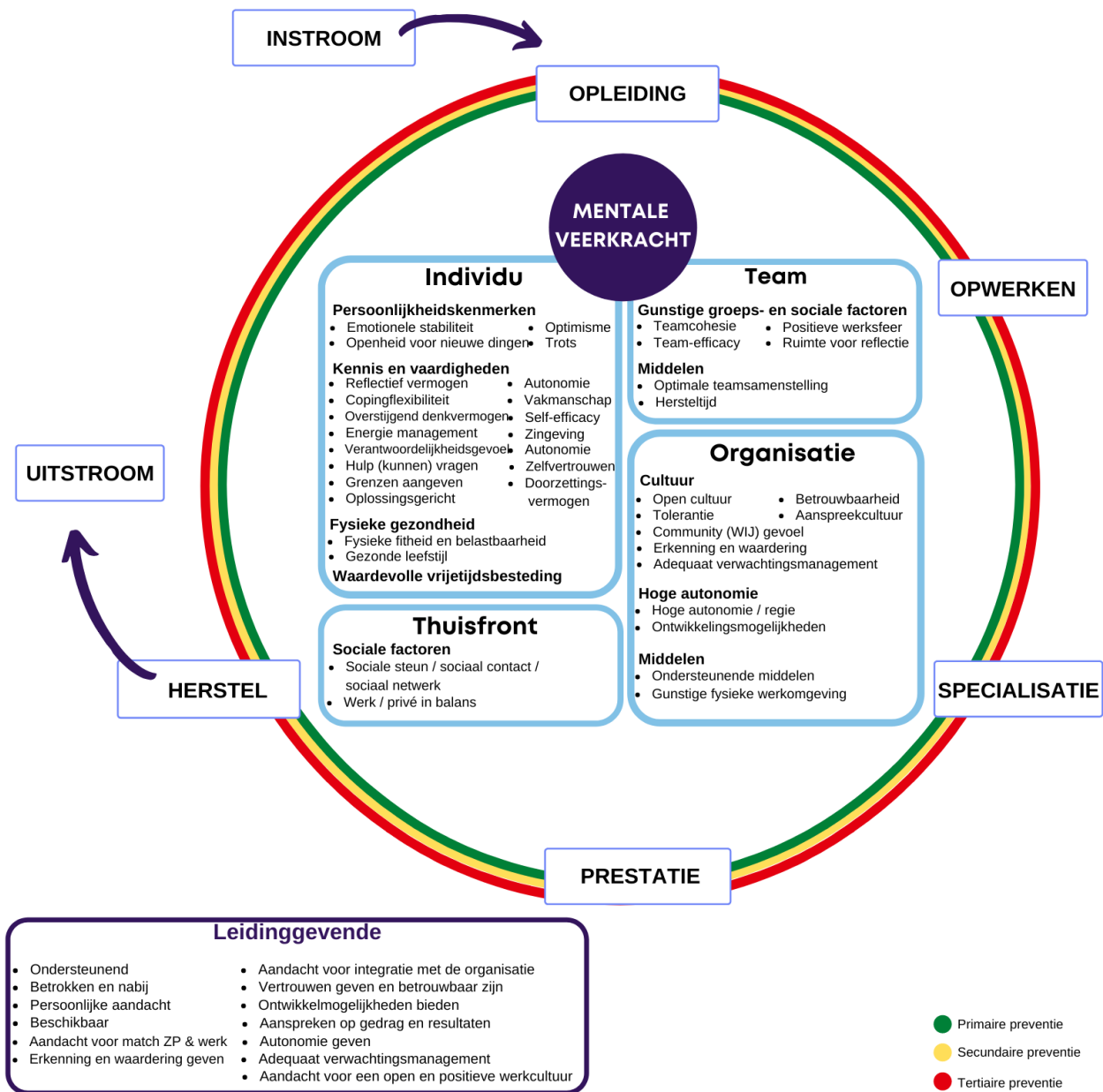
“Eigenlijk zit die zorgprofessional ook in een frontlinie, waar hij soms 6 a 7 keer op een dag ‘beschoten’ wordt met allerlei traumatische ervaringen die mensen hebben meegemaakt of zelfs nog middenin zitten” (R2).

“Er is geen militair die het achterste van zijn tong laat zien, maar wij als zorgprofessionals denk ik ook niet, het is misschien toch een beetje ‘not done’ om zelf psychische klachten te hebben” (R3)

4.8 Tweede conceptueel model

Naar aanleiding van de rijke verzameling aan data kon het eerste theoretisch model aangepast worden. In het model ligt met name de nadruk op welke beschermende factoren op het micro-, meso- en macroniveau van invloed zijn op de mentale veerkracht van de zorgprofessional in de GGZ. De beschermende factoren op het leidinggevende niveau worden er specifiek uitgelicht en niet verbonden met specifiek het organisatie- en teamniveau, zoals in het model van mentale veerkracht van Defensie getekend is. Dit illustreert dat de leidinggevende in de GGZ aangrijpingspunten destilleert die aanhaken op de verschillende niveaus waar de determinanten van mentale veerkracht betrekking op hebben. Daarbij illustreert dit model dat de leidinggevende indirect of directe aangrijpingspunten heeft in het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals maar ligt de verantwoordelijkheid van het mentaal fit blijven vooral in de handen van de zorgprofessional zelf vanuit diens wens tot hoge autonomie en vanuit diens competenties die leiden tot reflectie en signaleren van het uit balans raken van de eigen veerkracht.

Het model van mentale veerkracht in de GGZ geeft een beeld van op basis waarvan er voldoende en tijdig aandacht besteed kan worden aan de mentale veerkracht van zorgprofessionals zodat zij optimaal kunnen functioneren in hun werk en tegelijkertijd mentaal fit blijven. Dit zou een handvat kunnen zijn voor de verschillende niveaus in het behouden van medewerkers in de GGZ.



Figuur 3: 2^{de} Conceptueel model voor het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ

5. CONCLUSIE EN DISCUSSIE

5.1 Inleiding

De doelstelling van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in welke determinanten van invloed zijn op de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ om van daaruit te komen tot aangrijpingspunten voor leidinggevend en om de mentale veerkracht van zorgprofessionals te versterken. Dit heeft tot doel de mentale veerkracht van zorgprofessionals optimaal te houden zodat de GGZ zijn mentaal kapitaal behoudt en bestand blijft tegen de invloeden vanuit een weerbarstige context van de GGZ-sector.

Dit hoofdstuk bespreekt de conclusies van het onderzoek en start met de beantwoording van de deelvragen geformuleerd in paragraaf 1.6. Vervolgens wordt de centrale vraagstelling van het onderzoek beantwoord. De discussie plaatst de conclusies in de bredere context, de beschouwing reflecteert op het uitgevoerde onderzoek. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen gericht op de aangrijpingspunten voor leidinggevend en in de GGZ ten behoeve van het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals.

5.2 Conclusie

Deelvragen

Wat wordt door zorgprofessionals en leidinggevend en in de GGZ genoemd over de context van en de toenemende druk op de GGZ-sector?

Aanleiding voor dit onderzoek is de aanname dat er sprake is van een weerbarstige context waar de GGZ-sector mee te maken heeft. De GGZ heeft de opdracht om de zorg toegankelijk, van goede kwaliteit én betaalbaar te houden en ervaart een toenemende druk zoals personeelstekorten, een toenemende zorgvraag mede vanuit COVID-19 pandemie en een steeds veranderende omgeving waar zij op moet anticiperen in samenwerking met andere partijen. In de inleiding wordt de aanname gedaan dat tegen deze achtergrond van de huidige context van de GGZ-sector ook een groter beroep gedaan wordt op de zorgprofessionals die er werken, en in het bijzonder op hun mentale veerkracht.

In dit onderzoek is als een soort van vertrekpunt deze aanname getoetst bij de zorgprofessionals en leidinggevendenden in de GGZ. Zij bevestigen dat zorgprofessionals werken in een sector waar er wat gevraagd wordt van hun mentale veerkracht door de context waarin zij werken. Zij ervaren een toenemende druk doordat zij te maken hebben met een tekort aan gekwalificeerd personeel en zorgvragen die op hen afkomen niet kunnen beantwoorden. Dit resulteert in (oplopende) wachtlijsten die een druk op de zorgprofessional legt. De COVID-pandemie levert bovendien uitgestelde zorgvragen op. Een toename van niet-zorg gerelateerde, controle- en verantwoordingstaken en druk op financiën, versterkt deze druk, omdat dit tijd is die ze niet aan de zorg kunnen besteden en waar ze vanuit hun passie voor het vak ook niet voor gekozen hebben. Bovendien wordt er veel vanuit de maatschappij gevraagd en spreekt men ook van irrealistische verwachtingen aan de GGZ die niet waargemaakt kunnen worden.

Ondanks dat er ook kansen gezien worden in ontwikkelingen in de psychiatrie, zoals meer aandacht voor positieve gezondheid, digitalisering, herstel en netwerkpsychiatrie, ervaart de zorgprofessional in de GGZ een toenemende druk in de context waarbinnen zij werken en doet dit vanzelfsprekend een groter beroep op hen (en hun mentale veerkracht) met het risico dat de GGZ aan mentaal kapitaal verliest.

Wat is mentale (veer)kracht? Uit welke concepten is mentale veerkracht opgebouwd?

In het theoretisch kader van dit onderzoek is het concept mentale veerkracht nader omschreven en wordt het concept mentale veerkracht (ook wel flexibiliteit) gedefinieerd als een eigenschap die wordt toegekend aan personen, wanneer zij geconfronteerd worden met een overweldigende mate van tegenslag of uitdagingen in het leven, er toch in slagen zich aan te passen aan de nieuwe situatie. Het gaat om een competentie, een coping flexibiliteit, met een genetische bepaling en invloed vanuit de opvoeding, die op basis van leerervaring versterkt kan worden. De mentale veerkracht zelf zou bestaan uit zowel een persoonlijke competentie als een acceptatie van zichzelf en het leven.

In dit onderzoek is, als een soort van vertrekpunt, het concept mentale veerkracht getoetst bij de zorgprofessionals en leidinggevendenden in de GGZ om een beter beeld te krijgen wat zij eronder verstaan. Voor zorgprofessionals en leidinggevendenden is, conform theoretisch kader, mentale veerkracht een competentie, die ervoor zorgt dat iemand om kan gaan met tegenslagen en weer door kan gaan, wat raakt aan een mate van coping flexibiliteit en betekenisgeving. Mentale veerkracht is bovendien iets dat

in verband wordt gebracht met genen en opvoeding en mogelijkheden tot groei en ook een samenhang heeft met een goede balans tussen werk en privé en fysieke gezondheid.

Welke determinanten op micro-, meso- en macroniveau zijn van belang ten behoeve van het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ?

Uit het theoretisch kader zijn verschillende determinanten op micro-, meso- en macroniveau naar voren gekomen die van belang (kunnen) zijn bij het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals. Op basis hiervan is het eerste conceptueel model van mentale veerkracht in de GGZ beschreven en in kaart gebracht.

Het empirisch onderzoek aan de hand van interviews heeft vervolgens het doel de determinanten op verschillende niveaus verder te specificeren, waarna een tweede conceptueel model is 'ingekleurd' (dit (paragraaf 4.8) en inzichtelijk maakt welke determinanten (op de verschillende niveaus) voor de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ van belang kunnen zijn. Tabel 3a en tabel 3b geven een breder beeld van de determinanten (risicofactoren en beschermende factoren) van de mentale veerkracht waar het tweede conceptueel model een focus legt op de determinanten die bijdragen aan het versterken van de mentale veerkracht en dus de beschermende factoren eruit heeft gelicht daar deze raken aan de centrale vraagstelling.

Op individueel niveau van de zorgprofessional in de GGZ (microniveau) zijn er verschillende determinanten van belang voor de mentale veerkracht van de zorgprofessional. Dit gaat over persoonlijkheidskenmerken, kennis en vaardigheden, fysieke gezondheid, waardevolle vrijetijdsbesteding en sociale factoren (in relatie tot het thuisfront) die een beschermende of risicofactor kunnen vormen voor de mentale veerkracht van de zorgprofessional in de GGZ.

Op team- en organisatieniveau (meso- en macroniveau) zijn er ook verschillende determinanten van belang voor de mentale veerkracht van de zorgprofessional. Dit gaat over bepaalde sociale- of groepsfactoren, cultuuraspecten, middelen, autonomie die een beschermende of risicofactor kunnen zijn in de mentale veerkracht van zorgprofessionals. De beschermende factoren dienen bovendien als een tegenwicht voor de werkgerelateerde belasting op emotioneel en cognitief niveau en andere risicofactoren op mentale veerkracht, die in meer en minder mate aanwezig kunnen zijn.

Welke determinanten op het niveau van leidinggevenden in de GGZ zijn van invloed op het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ?

Uit het theoretisch kader zijn verschillende determinanten naar voren gekomen die op het niveau van de leidinggevende van belang zijn in het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals. Op basis hiervan is het eerste conceptueel model van mentale veerkracht in de GGZ beschreven en in kaart gebracht.

Aan de hand van het empirisch onderzoek met interviews zijn vervolgens deze determinanten gespecificeerd, waarna een tweede conceptueel model is 'ingekleurd' (dit (paragraaf 4.8) en inzichtelijk maakt welke determinanten (op het niveau van de leidinggevende) bijdragen aan het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ. Deze determinanten zijn omschreven als eigenschappen of interventies die bijdragen aan het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals. Ze grijpen bovendien aan op de determinanten die op de verschillende niveaus die in de vorige deelvraagstellingen beantwoord zijn, zowel op microniveau als op meso- en macroniveau. De volgende deelvraag is hiermee ook voor een groot deel beantwoord.

Welke interventiemogelijkheden voor leidinggevenden (in het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ) vloeien daaruit voort?

Deze deelvraagstelling is tevens reeds beantwoord vanuit het theoretisch kader (2.5) waarin nog iets specifiekere voorbeelden worden genoemd van mogelijke interventies in het versterken van de mentale veerkracht zoals psychologische interventies in het algemeen om tegenwicht te bieden aan werk gerelateerde stressoren. Daarnaast aanpassingen in de (fysieke) omgeving, inzetten van regels, voorlichting en educatie en vaardigheidstrainingen, signaleren en toe leiden naar zorg en preventie gericht op specifieke doelgroepen.

Vanuit de interviews kwam naast het inhaken op de specifieke determinanten ook naar voren dat er een grote kans ligt in het versterken van de mentale veerkracht als op het niveau van leidinggevende, dat inhaakt op determinanten op micro-, meso- en macroniveau, voldoende aandacht besteed wordt aan een stuk *primaire preventie* zoals voorlichting en educatie maar vooral met het besteden van voldoende zichtbare aandacht aan de mentale veerkracht en een bijdrage leveren in het bespreekbaar maken van

dit onderwerp, met name hoe je als zorgprofessional goed voor jezelf zorgt. Respondenten geven aan dat een vergelijking met Defensie passend kan zijn om de mentale veerkracht, in het kader van preventie, meer onder de aandacht te brengen in de GGZ.

Tot slot ziet men de 'ideale leidinggevende' in de GGZ als iemand die situationeel leidinggeeft, zijn stijl aanpast aan wat het individu of het team nodig heeft op basis van de verschillende determinanten van mentale veerkracht.

Centrale vraagstelling

De centrale vraagstelling in dit onderzoek luidt:

Wat zijn aangrijpingspunten voor leidinggevend en om de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ te versterken?

Zorgprofessionals die werkzaam zijn in de GGZ, werken in een weerbarstige context waarin zij te maken hebben met een toenemende druk door een combinatie van een tekort aan behandelcapaciteit met een toename van wachtlijsten, een toename in controle en verantwoordingsstaken vanuit wet- en regelgeving en een druk op de zorgkosten, en een toenemende druk vanuit de soms irrealistische verwachtingen vanuit de maatschappij. Dit gaat gepaard met een taakverschuiving waarin men zich minder in staat gesteld voelt zich bezig te houden met hun vak en een gevoel van tekortkoming.

De veronderstelling die aan dit onderzoek ten grondslag ligt, is dat om optimaal te kunnen functioneren als zorgprofessional in de GGZ, een mate van mentale veerkracht, een mate van cognitieve flexibiliteit, nodig om je goed staande te houden in deze weerbarstige context bovenop de emotionele belasting waar je als zorgprofessional in de GGZ sowieso in min of meerdere mate te maken krijgt.

Geconcludeerd kan worden dat op alle niveaus aangrijpingspunten liggen voor de leidinggevende in het versterken van de mentale veerkracht van de zorgprofessional.

In het algemeen komt uit het onderzoek naar voren dat de GGZ, en daarmee de leidinggevend en zorgprofessionals in de GGZ, gebaat is bij het zichtbaar onder de aandacht brengen van het belang van

mentaal veerkrachtig zijn en blijven van de zorgprofessionals. Het bespreekbaar maken van de mentale veerkracht en hoe zorg je daarin goed voor jezelf en elkaar, en wat heb je daarin nodig, lijkt een belangrijk aspect van deze aandacht voor de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ.

In de eerste instantie spelen er op microniveau verschillende factoren (op individueel niveau van de zorgprofessional of in relatie met diens thuisfront) waar de leidinggevende, als hij zijn medewerkers kent en persoonlijke aandacht geeft, over in gesprek kan gaan. De beïnvloeding van deze micro-factoren, indien ze beïnvloedbaar zijn, ten behoeve van het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals, ligt in de eerste instantie direct bij de zorgprofessional op basis van diens eigen verantwoordelijkheid en wens om vooral eigen regie te hebben en houden. Indirect kan de leidinggevende, met kennis van wat iemand veerkrachtiger maakt, hierop inhaken, wanneer gewenst en/of bijdragend aan de mentale veerkracht van de zorgprofessional.

Op meso- en macroniveau, op team- en organisatieniveau, zijn er verschillende determinanten waar de leidinggevende, vanuit zijn rol, op kan aanhaken. De leidinggevende heeft vooral een belangrijke rol in het scheppen van goede voorwaarden voor het versterken van de mentale veerkracht doordat deze in de eerste instantie onder de aandacht wordt gebracht op alle niveaus waarmee je uitstraalt naar de zorgprofessionals en de teams dat je het belangrijk vindt dat mensen doen aan goede zelfzorg. Het zichtbaar onder de aandacht brengen en zorgen dat het binnen de teams onderwerp van gesprek is en blijft.

Men ziet de leidinggevende, die de mentale veerkracht van zorgprofessionals versterkt als een leidinggevende die een stijl heeft van situationeel leidinggeven waarmee hij zijn stijl aanpast aan wat het individu of het team nodig heeft op basis van onder andere diens competentie, kennis, ervaring en motivatie. Deze leidinggevende benut de kwaliteiten, talenten en interesse van zorgprofessionals om met hen een goede match te maken met de taken of de setting van de zorgprofessional. Verder is de leidinggevende vooral ondersteunend aan de zorgprofessional om die goed zijn werk op basis van diens vakkennis, te kunnen laten doen. Hij biedt daarin ontwikkelmogelijkheden, is beschikbaar, betrokken, erkennend en heeft aandacht voor de persoon achter de zorgprofessional die hij ziet in een breder perspectief dan alleen in de werksetting zonder daarbij de autonomie en verantwoordelijkheid in de weg te staan. De leidinggevende heeft aandacht voor een positieve werksfeer en investeert in teambuilding, een mate van tolerantie, is duidelijk over de verwachtingen over en weer, en investeert in het

community gevoel door integratie met de organisatie vanuit een gezamenlijk gedragen visie en doelstellingen. De leidinggevende is namelijk een belangrijke cultuurdrager die de (team en/of organisatie) cultuur ook mede bewaakt die weer ontvankelijk moet zijn voor bijvoorbeeld het bespreekbaar maken van die mentale veerkracht. Een cultuur waarin het een gewoonte is om goed voor jezelf te zorgen, voor elkaar en hier ruimte voor vrij te maken draagt met name bij aan een stuk primaire preventie op dit thema en maakt het 'gewoon' om met elkaar in gesprek te zijn over je veerkracht en wat je daarvoor al dan niet nodig hebt van elkaar.

De context met een toenemende druk is een belangrijke risicofactor om die ruimte niet te nemen terwijl juist deze context in combinatie met een mate van werkgerelateerde emotionele belasting die de zorgprofessional in min of meerdere mate ervaart, die ruimte hard nodig maakt zodat de zorgprofessionals hun werk volhouden en zich daarbij mentaal fit blijven voelen en hun werk met plezier en trots kunnen blijven doen. Voor de GGZ ligt hier een kans om 'beter te voorkomen dan te genezen' en hun mentaal kapitaal te behouden.

5.3 Discussie

Het onderzoek laat zien dat zorgprofessionals in de GGZ een mate toenemende druk ervaren, vanuit de weerbarstige context, die zijn weerslag heeft op hun mentale veerkracht. Dit komt bovenop de mentale veerkracht, waar vanuit de werkgerelateerde belasting, een beroep wordt gedaan op zorgprofessionals. Het indeuken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals ligt op de loer doordat men niet kan voldoen aan de verwachtingen van de maatschappij of de hoge werkdruk door de mate van controle en verantwoordingsstaken die niet in verhouding staan tot het werk waarvoor men gekozen heeft en het vakmanschap voor in zijn bezit heeft. Het risico is aanwezig dat de mentale veerkracht van zorgprofessionals dusdanig belemmerd wordt gevoelens van tekortkoming en werkstress de overhand krijgen en belangrijke zaken als het werkplezier en trots op je werk en je vak zijn, in de weg staat. Gelukkig worden er ook kansen gezien om de zorg, zo goed als mogelijk, dichtbij de cliënt te leveren in de ontwikkelingen die zich binnen de GGZ reeds hebben voorgedaan zoals het meer herstelgericht werken, behouden van eigen regie, digitalisering en netwerkpsychiatrie.

Dat het onderwerp mentale veerkracht en hoe blij je gezond en blij met je werk, aandacht behoeft in de GGZ, staat boven water. Er worden veel kansen gezien, op verschillende niveaus, om hier aandacht aan

te besteden en de rol van de leidinggevende wordt hierin gezien en onderkend. Echter, de GGZ zou de GGZ niet zijn, als dit niet gepaard zou gaan met het overeind houden van belangrijke waarden als eigen regie en verantwoordelijkheid die door Weggeman (2008; 2015) naar voren zijn gebracht. Deze waarden gelden echter niet alleen in de patiëntenzorg en op het niveau van de zorgprofessional maar ook op team- en organisatieniveau. Op teamniveau werd door Van Gool et al. (2021) de mogelijkheid van signaleren en monitoren met een Flexmonitor reeds naar voren gebracht wat raakt aan hoe je als team blijvend aandacht kunt geven aan de flexibiliteit van het team.

Het vraagt bovendien een stukje zingeving in de GGZ om goed voor de bril te houden waarvoor we op aarde zijn, en voor de zorgprofessional om het werk, waarvoor men met het hart voor de zorg gekozen heeft, met passie te blijven uitvoeren. Deze toevoeging van zingeving door de zorgprofessional zelf als een soort van tegengif om uit balans te raken, is conform hetgeen Wei et al. (2020) naar voren brachten.

Een cultuur die ontvankelijk is en een goede voedingsbodem vormt om de mentale veerkracht van de zorgprofessionals te versterken, lijkt van wezenlijk belang. In die cultuur is aandacht voor openheid, vertrouwen, inspraak en tolerantie en worden zaken die raken aan het mentaal veerkrachtig blijven als zorgprofessional of als team, besproken met elkaar. Koronis & Ponis (2018) brachten deze voedingsbodem van culturele aspecten al naar voren op ten behoeve van het behoud van flexibiliteit op organisatieniveau. Leidinggevendenden, die ook drager zijn van die cultuur, dragen vooral bij aan die mentale veerkracht als zij faciliteren in het creëren van ruimte om de mentale veerkracht te kunnen bespreken, dat het onderdeel van 'gewoon' wordt, van wenselijk (voorbeeld) gedrag dat het met elkaar gaat over hoe je je in je werk voelt, hoe je omgaat met tegenslagen en wat je daarin nodig hebt van elkaar.

Een zeer recent onderzoek van Bogaerts et al. (2022) benadrukt nog eens hoe in een cultuur van hoogerisicoberoepen zoals militairen zaken als stigma voor het hebben van psychische klachten, een cultuur waarin je geacht wordt sterk te zijn en een angst voor de negatieve carrière consequenties, een belemmering kunnen vormen voor het bespreekbaar maken van psychische klachten. Het is van belang dat de GGZ ook oog heeft voor eventuele belemmeringen vanuit de eigen cultuur voor het bespreekbaar maken van de mentale veerkracht.

De vergelijking met een andere sector als Defensie, die aandacht besteed aan het behoud van mentale kracht, is een aanvulling geweest op dit onderzoek. In de eerste instantie om te komen tot een theoretisch kader, in de tweede plaats om te leren van hetgeen zij reeds onderzocht hebben ten behoeve van het versterken van de mentale kracht van militairen. In een zeer recent artikel in het tijdschrift Sterker! van het Ministerie van Defensie (2022) werd nogmaals het belang aangehaald van het behoud van mentale kracht bij militairen. De mate van cognitieve flexibiliteit helpt om focus te houden en benadrukt ook het belang als organisatie en individu aandacht te houden op dit onderwerp en blijvend te investeren. Het vraagt discipline van de militair, in het trainen van technieken en bewustwording om mentaal krachtig te blijven en de organisatie dient dat voldoende te ondersteunen en te monitoren.

Over het concept mentale veerkracht in relatie tot de zorgprofessional in de GGZ is een hoop gezegd. In het interview met een van de respondenten kwam de metafoor van bamboe bij ons op toen we spraken over mentale veerkracht. Bamboe als mentale veerkracht, in de basis stevig en buigzaam. Je kunt niet voorkomen dat de bamboe af en toe wat omver gewaaid wordt en te verduren krijgt van flinke weersomstandigheden. De basis van bamboe zit stevig geworteld onder de grond en heeft een bepaalde basis waar het door gevoed wordt en zijn stevigheid aan ontleent. De mate van groei wordt echter bepaald door gunstige omstandigheden. Als het wenselijk is dat bamboe groeit dan heeft het ruimte nodig en een goede voedingsbodem. Er zijn prachtige bamboebossen tot ontwikkeling gekomen in Japan die gewaardeerd, bewonderd en gekoesterd worden om hun omvang en pracht. Het einde van zo'n bos of de toppen tot in de lucht, reiken tot een onzichtbaar eindpunt. Zolang het de ruimte krijgt, ontwikkelt het zich verder.

In de context van de gemiddelde achtertuin in het westen heeft de bamboe het te verduren en wordt het gezien als last. Met moeite wordt het ingeperkt in plantenbakken en uitgespit omdat het in de weg staat van andere begroeiing of aangelegenheden in een tuin. Maar bamboe zou bamboe niet zijn, als het door weer en wind, en met ingrijpen van mens of context, niet altijd zou kijken naar die ruimte, die beschikbaar is, om te herstellen, te groeien en te bloeien in kracht en een mate van weerbaarheid, net als mentale veerkracht. Laten we als GGZ de bamboe vooral de ruimte geven om deze te kunnen aanwenden tot optimaal herstel, ontwikkeling en groei en behoud van pracht!

5.4 Beschouwing

Dit onderzoek richt zich op het in kaart brengen van aangrijpingspunten voor leidinggevend en in de GGZ die de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ versterken. Vanwege een beperkt tijdsbestek dat gepaard gaat met het schrijven van een masterthesis, is gekozen voor het perspectief van leidinggevend en zorgprofessionals in één grote specialistische GGZ-instelling. Daarnaast is gekozen om met betrekking tot het perspectief van zorgprofessionals te kiezen voor regiebehandelaren als respondenten. Zij hebben een vergelijkbare vooropleiding (minimaal HBO en het merendeel WO-vooropleiding) en pakket van taken en verantwoordelijkheden. Dat er een grote diversiteit is aan GGZ-instellingen, met betrekking tot omvang, organisatievorm en specialisatie wordt in dit onderzoek dus buiten beschouwing gelaten. Zoals beargumenteerd in de methoden sectie van dit onderzoek is gekozen voor een instelling waarvan verwacht wordt dat deze maximaal te maken heeft met een toename van druk in de GGZ-sector en een belang van behoud van mentaal kapitaal. Daarnaast is in de respondentengroep een maximale variëteit aangebracht om het kleinschalige aspect, de selectie van één instelling en enkel regiebehandelaren als respondenten, te compenseren wat ten goede komt aan de validiteit van het onderzoek.

Ter inspiratie op de vraagstellingen en het komen tot een theoretisch kader voor mentale veerkracht in de GGZ, heb ik gebruik gemaakt van het model van mentale veerkracht van Defensie. Enerzijds omdat het organisatie en sector is die zichtbaar gebruik maakt van een model en visie op mentale veerkracht, anderzijds omdat ik raakvlakken zie tussen wat van militairen gevraagd wordt en van zorgprofessionals. Deze eigen interpretatie heb ik aan het einde van elk interview getoetst bij de respondenten en open laten reageren op de kennisgeving dat ik me heb laten inspireren door een model van Defensie. Doordat ik de interviews open ben ingestoken en niet op basis van determinanten van het model van Defensie is voorkomen dat de dataverzameling vanuit dit model gestuurd zou zijn.

Verder heb ik me in dit onderzoek beperkt tot determinanten in aantal om overzichtelijkheid te behouden in het verwerken van de resultaten. Factoren die een enkele keer benoemd zijn, zijn om die rede weggelaten. Desondanks zit er tussen de verschillende determinanten en tussen de verschillende niveaus ook een mate van overlap. Termen als self-efficacy en zelfvertrouwen, en team-efficacy en teamcohesie lijken nauw met elkaar verwant en heeft hoge autonomie op individueel niveau ook een relatie met hoge autonomie in teamverband en de rol van de leidinggevende hierin ten aanzien van het

geven van autonomie en (ontwikkel)ruimte. Dit illustreert mijns inziens vooral het feit dat het hier niet gaat om exacte wetenschap maar concepten die op basis van betekenisgeving met elkaar verweven zijn en gekoppeld aan verschillende niveaus die daar een mate van invloed op hebben.

Als onderzoeker heb ik bovendien een vakinhoudelijke achtergrond als zorgprofessional en ben ik directeur waardoor ik me mogelijk identificeer met de professionals of met hun leidinggevendenden. Hierdoor kan er een bias zijn bij de interpretatie van de onderzoeksuitkomsten. Wel heb ik rekening gehouden met het feit dat een tweetal leidinggevendenden direct onder mijn aansturing vallen maar heb ik hen als respondenten niet geëxcludeerd omdat zij werken in een groot onderdeel van de organisatie dat ik niet zou willen uitsluiten om een volledig beeld te krijgen van determinanten van mentale veerkracht.

Dit onderzoek is uitgevoerd volgens de gefundeerde theoriebenadering waarbij de data is verzameld via semigestructureerde interviews. Omdat dit type onderzoek het risico heeft van subjectiviteit en onnavolgbaarheid (Verschuren & Doorewaard, 2016) zijn de procedures van codering zo goed en zorgvuldig mogelijk gehanteerd. De data zijn echter geïnterpreteerd door één onderzoeker, die in feite vanuit haar rol, ook gebaat zou zijn bij de aanbevelingen vanuit de data. Dit maakt dat er niet kan worden uitgesloten dat er sprake is van subjectiviteit bij de interpretatie van de data. Hoewel hiervoor een coderingssysteem is gebruikt, kan niet uitgesloten worden dat analyse van de data door een andere onderzoeker tot andere bevindingen zou hebben geleid.

Tevens zijn de interviews vanuit mijn rol als onderzoeker beïnvloed, maar heb ik getracht me zoveel mogelijk aan de vragenstellingen en de topic list te houden en vooral hetgeen samen te vatten dat door de respondenten naar voren is gebracht. Gezien de hoeveelheid data op basis van 22 interviews, en omwille van de overzichtelijkheid van de resultaten, is er gebruik gemaakt van een selectie van citaten dat een mate van subjectiviteit met zich mee brengt. Door het woordelijk transcriberen van de interviews, het hanteren van een coderingssysteem en het gebruik van citaten in de resultatenbeschrijving, is herleidbaar hoe de resultaten tot stand zijn gekomen. Hierdoor wordt de controleerbaarheid, dus de betrouwbaarheid vergroot.

Al met al is de grootste beperking van dit onderzoek het feit dat er, omwille van de tijd, gekozen is voor een beperkte selectie van respondenten uit één instelling en een groep van zorgprofessionals, de regiebehandelaren, die over het algemeen hoog opgeleid zijn (HBO en WO). De validiteit had op basis

van respondenten en meerdere disciplines van zorgprofessionals uiteraard vergroot kunnen worden. Het doel van het onderzoek is echter niet gelegen in het doen van uitspraken die algemeen geldend zijn, maar om aangrijpingspunten te geven aan leidinggevendenden met betrekking tot het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals.

5.5 Aanbevelingen

De GGZ heeft een belangrijke rol in het bevorderen van de mentale gezondheid van mensen en heeft mentaal kapitaal in huis die met passie voor hun vak en de nodige expertise, willen bijdragen aan die missie. Deze aanbevelingen, ten aanzien van het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de huidige context van de GGZ-sector, richten zich in het bijzonder op de rol van leidinggevendenden in de GGZ.

Bewustwording en kennis over het belang van mentale veerkracht

In de eerste plaats is kennis en bewustwording van belang voor zorgorganisaties en hun leidinggevendenden die willen bijdragen aan de mentale veerkracht van zorgprofessionals. Het is belangrijk dat zij zich verdiepen in de verschillende factoren die een belemmerende danwel bevorderende invloed hebben op het versterken van deze veerkracht en vanuit verschillende niveaus beïnvloedbaar zijn. Deze kennis en bewustwording kan helpen in het ondersteunen van de zorgprofessional en de teams in het behouden van hun mentale veerkracht.

Ontwikkel als organisatie een visie op mentale veerkracht en draag deze uit

Laat in je visie als organisatie naar voren komen, en draag uit in de teams, dat je het belangrijk vindt dat zorgprofessionals mentaal veerkrachtig zijn en blijven. Laat dit aspect terugkomen in zaken als werving en selectie, secundaire arbeidsvoorwaarden en geef een krachtige wending aan gestandaardiseerde procedures als jaargesprekken en evaluaties van calamiteiten. Hoe zorg je goed voor jezelf en wat heb je daarvoor nodig?

Zorg daarnaast dat je als organisatie een aanbod hebt aan scholing die kan bijdragen aan de mentale gezondheid van de zorgprofessional. Maak daartoe aanbod voor cliënten, zoals gezonde leefstijl, beschikbaar en toepasbaar voor medewerkers.

En tot slot, kijk ook bij andere organisaties zoals Defensie, bundel de krachten als het gaat om wat we kunnen leren als GGZ van een andere sector in het investeren en renderen op mentale veerkracht. Diverse zorginstellingen, waaronder ziekenhuizen, zijn ons voorgegaan.

Persoonlijke aandacht

Geef persoonlijke aandacht aan de zorgprofessionals verder reikend dan erkenning en waardering in diens vakkennis. Heb oog voor de persoon achter de zorgprofessional en wat die nodig heeft om met plezier en trots aan het werk te zijn. En heb, indien nodig en wenselijk, ook oog voor wat er thuis van hem of haar gevraagd wordt. Pas je stijl van leidinggeven aan op de persoon en het team en maak gebruik van iemands talenten en kwaliteiten, ervaring en interesse.

Zorg voor een open en positief leer- en werkklimaat met ruimte voor persoonlijke ontwikkeling, reflectie en regie op het organiseren van de werkzaamheden.

Een open leer- en werkklimaat verhoogt, bijvoorbeeld door inzet van intervisie, het eigen probleem oplossend vermogen van een professional. Persoonlijke ontwikkeling ondersteunt het innemen van een eigen positie, de inzet van vakkennis en het hanteren van de persoonlijke balans in een context en werkgerelateerde belasting die een belemmering kunnen vormen voor de mentale veerkracht van zorgprofessionals.

Bespreikbaar maken van mentale veerkracht

Draag actief bij als leidinggevende om op de verschillende niveaus mentale veerkracht onderwerp van gesprek te maken. Heb daarbij oog voor belemmerende factoren als stigma of cultuuraspecten met aannamen dat je als zorgprofessional, die zelf professional is in het bevorderen van de mentale gezondheid, sterk moet zijn en het goede voorbeeld moet geven.

Monitoren van mentale veerkracht

Het signaleren van het uit balans raken van de mentale veerkracht kan tot slot op teamniveau handvatten geven om tijdig te anticiperen en te herstellen op mentale veerkracht. Een instrument of monitor zou het team kunnen ondersteunen om in flexibiliteit te herstellen en groeien. Deze aanbeveling zou overigens ook een aanbeveling kunnen zijn voor een vervolgonderzoek naar hoe op teamniveau in de GGZ de mentale veerkracht gemonitord kan worden waardoor het team kan herstellen en groeien in mentale veerkracht.

Geef het goede voorbeeld

Tot slot, geef als leidinggevende het goede voorbeeld door mentale veerkracht laagdrempelig onderwerp van gesprek te laten zijn en schroom niet om te laten zien hoe jij als leidinggevende in de GGZ mentaal veerkrachtig blijft!

LITERATUURLIJST

- American Psychiatric Association (2014). *Beknopt overzicht van de criteria DSM-5*. Amsterdam: Boom Uitgevers B.V.
- Bijl, R.V., van Zessen, G., & Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2453-60.
- Boeije, H. en Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom uitgevers B.V.
- Bogaers, R.I., Geuze, S.G., Weeghel, J., van, Leijten, F.R.M., Rüsche, N., Mheen, H., van de, Varis, P.K., Rozema, A.D., & Brouwers, E.P.M. (2022). Hoe kan de bespreekbaarheid van psychische en verslavingsklachten in de werkomgeving verbeterd worden? Een focusgroepstudie vanuit meerdere perspectieven binnen de Nederlandse Krijgsmacht. *BMJ Open, NMGT*, 77, 43-84.
- Bowen, G. A. (2006). Grounded Theory and Sensitizing Concepts. *International Journal of Qualitative Methods*, 5 (3), 12-23.
- Castro, C., A., & Adler, A., B. (2011). *Military mental health training: building resilience. Resilience and Mental Health: Challenges across the lifespan*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Centraal Bureau voor Statistiek. (2021). *Statline. Ziekteverzuimpercentages. Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW)*. Geraadpleegd op 14 december 2021, van <https://azwstatline.cbs.nl/?dl=1D792#/AZW/nl/dataset/24015NED/table>
- Clough, P., Strycharczyk, D., & Perry, J. (2021). *Developing Mental Toughness : Strategies to Improve Performance, Resilience and Wellbeing in Individuals and Organizations*. London: Kogan Page Ltd.
- Delahaj, R., Kamphuis, W., Binsch, O., & Venrooij, W. (2014). *Ontwikkeling militaire resilience monitor [Development of the Military Resilience Monitor] (Rep. No. TNO 2014 R11652)*. Soesterberg: TNO.
- Delden, van, P.J. (1995). *Professionals: kwaliteit van het beroep*. Amsterdam: Contact.
- Denys, D. (2020). *Het tekort van het teveel*. Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar.
- Diener, E., Lucas, R., E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being. The science of happiness and life satisfaction. *Handbook of positive psychology*, 2, 63-73.
- Elliott Aronson, Timothy Wilson, & Robin Akert, (2011). *Sociale psychologie*. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.
- Embloom. (z.d). *Resilience Scale – Nederlandse versie (RS-NL)*. Geraadpleegd op 14 december 2021, van <https://www.embloom.nl/content/rs-nl/>

- Ernst & Young (2020). Barometer in de Nederlandse Gezondheidszorg. Is de financiële gezondheid van de zorgsector bestand tegen de impact van corona? Geraadpleegd op 14 januari 2022 van, https://assets.ey.com/content/dam/ey-sites/ey-com/nl_nl/topics/health/barometer-zorg/2020/ey-barometer-nederlandse-gezondheidszorg-2020.pdf
- Foresight (2008). *Mental Capital and Wellbeing Project*. Final Project report – Executive summary. The Government Office for Science, London.
- GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (2020). Maatwerk voor patiënten met hoogcomplexe ggz-zorgvragen. Geraadpleegd op 14 januari 2022 van, <https://www.sociaalweb.nl/cms/files/2020-03/factsheet-maatwerk-patienten-hoogcomplexe-ggz.pdf>
- GGZ Standaarden (2015). Richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening. Geraadpleegd op 14 januari 2022 van, https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_f9ebdc43-71c1-4541-a94c-e25c7dc4f2d4_leefstijl-bij-patienten-met-een-ernstige-psychische-aandoening-richtlijn-2015__authorized-at_01-02-2015.pdf
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31.
- Gool, van, F.W.R., Bierbooms, J.J.P.A, Bongers, I.M.B., & Janssen, R.T.J.M. (2021). Co-creating a program for teams to maintain and reflect on their flexibility. *International Journal of Health Planning and Management*, 34(4), 1-11.
- Gool, van, F.W.R., Bierbooms, J.J.P.A, Janssen, R.T.J.M., & Bongers, I.M.B. (2021). Realistic evaluation of the Flexmonitor, a team program to maintain and reflect on flexibility. *Journal on Health Organisation and Management*, 4, 409-424.
- Graaf, de, R., Have, ten, M., Gool, van, C., & Dorsselaer, van, S. (2012) Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van nemesis-2. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 27-38.
- Hafkenscheid, A. (2012). Monitoren van het therapeutisch proces: het perspectief van de therapeut. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 50 (4), 339-356.
- Hakanen JJ, Schaufeli, WB (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 141, 415-424.
- Harland, L., Harrison, W., Jones, J.R., & Reiter-Palmon, R., 'Leadership Behaviors and Subordinate Resilience' in: *Journal of Leadership & Organizational Studies* 11 (2005) (2) 2.
- Huber, M. (2013). Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 91, 133-134.
- Idenburg, J., & Philippens, M. (2018). *Diagnose Transformatie. Een toolkit voor grensverleggers in de*

Zorg. Utrecht: BeBright.

- Kampen, J. (2021) *Leren interveniëren in verwaarloosde organisaties. Lessen uit de geleefde werkelijkheid*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Kamphuis, W., Venrooij, W., & Van den Berg, C. (2012). A model of psychological resilience for the Netherlands Armed Forces. In 2012..
- Kamphuis, W., Hemert, van, D.A., Wouwe, van, Ikol, N., Berg, van den, C.E., & Boxmeer, van, L.E.L.M. (2012). Een model van mentale veerkracht. Hoe kan Defensie herstel na uitzendingen bevorderen? *Militaire Spectator*, 11, 495-507.
- Koronis, E., & Ponis, S. (2018). Better than before: the resilient organization in crisis mode. *Journal of Business Strategy*, 39, 32-42.
- Kloet, I., van der, *A Soldierly Perspective on Trust* (Proefschrift) (Tilburg, Universiteit van Tilburg, 2005).
- Kraats, van der, G. (2020). Stop met medicaliseren! *De Jonge Psychiater*, 2, 23.
- Kunzler, A.M., Helmreich, I., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., & Lieb, K. (2020). Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, 1-426.
- Leijten, F., Helmhout, P., & Sluik, D. Ikol Tabe de Boer i.s.m. het Mentale Kracht Netwerk Defensie (2019). *Leidraad Mentale Kracht*. Duurzaam Gezond Inzetbaar (DGI) / SMG / Staf DGO / DOSCO.
- Maister, D.H. (1997). True professionalism : the courage to care about your people, your clients, and your career. New York: Free Press.
- Management (26 april 2021). Sturen op output volgens Jaap Peters en Mathieu Weggeman. Geraadpleegd op 7 januari 2022 van, <http://www.raamstijn.nl/eenblogjeom/index.php/categorie-1/6701-sturen-op-output-volgens-jaap-peters-a-mathieu-weggeman>
- Ministerie van Defensie (2022). Mentale Kracht. Je kop erbij houden. *Sterker!*, Nummer 2, 16-19.
- Maxwell, J.A. & Mittapalli, K. (2008). *Thick Description*. In: L.M. Given (red.) The SAGE encyclopedia of Qualitative Research Methods, volume 2. Sage: Los Angeles
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden* (p. 563). Leuven: Acco.
- Nederlandse Zorg Autoriteit (2021). *Zorggebruik in de volwassenen ggz op niveau van voor de corona Crisis* (14 april 2021). Geraadpleegd op 14 december 2021, van [HYPERLINK "https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2021/04/14/zorggebruik-in-de-volwassenen-ggz-op-niveau-van-voor-coronacrisis"](https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2021/04/14/zorggebruik-in-de-volwassenen-ggz-op-niveau-van-voor-coronacrisis) <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2021/04/14/zorggebruik-in-de-volwassenen-ggz-op-niveau-van-voor-coronacrisis>

- Nederlandse Zorg Autoriteit (2021). Informatiekaart Wachttijden ggz 2021. Geraadpleegd op 14 januari 2022, van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_648825_22/
- Os, J., & Delespaul, P. (2018). Een valide kwaliteitskader voor de ggz: van benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en cocreatie aan de voorkant. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60, 96-104.
- Pappa, S., Barnett, J., Berges, I., & Sakkas, N. Tired, Worried and Burned Out, but Still Resilient: A Cross-Sectional Study of Mental Health Workers in the UK during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 4457.
- Ponomarov, S.Y., & Holcomb, M. (2009). Understanding the concept of supply chain resilience. *The International Journal of Logistics Management*, 20, 124-143.
- Portzky, M. (2015). *VK+ en P3 Vragenlijst over veerkracht en palliatieve activiteiten. Veerkrachtvragenlijst en palliatieve paletschaal*. Amsterdam: Hogrefe Publishing Group.
- Portzky, M. (2020). *Veerkracht. Onze natuurlijke weerstand tegen een leven vol stress*. Antwerpen: Witsand Uitgevers.
- Rietveld, N., & Verweij, D. (2015). *Voorkomen is beter dan genezen. De geestelijke gezondheid van militairen en politiemensen: risico's en beschermende factoren*. Doorn: Stichting Waardering Erkenning Politie en Veteranen Instituut.
- Rijksoverheid. Geestelijke Gezondheidszorg. Geraadpleegd op 1 november 2021, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg>
- Rutherford, P., Lee, B., Greiner, A., & Gordon, A.B. (2004). *Transforming care at the bedside*. Institute for Healthcare Improvement.
- Schouten & Nelissen (2011). *Ten minste houdbaar tot. Over urgentie van duurzame inzetbaarheid in Nederland. Zaltbommel: Uitgeverij Thema*.
- Seligman, M.E.P. (2012). *Flourish : A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being*. New York: Simon & Schuster.
- Shaufeli, W., & Taris, T. (2013). Het Job Demands-Resources model: overzicht en kritische beschouwing. *Gedrag en Organisatie*, 26 (2), 2-182-204.
- Sociaal Planbureau Groningen (z.d.). Bevolking. Geraadpleegd op 20 januari 2022 van, <https://sociaalplanbureaugroningen.nl/bredewelvaart/bevolking>
- Trimbos-instituut. (z.d.). *Hervorming van de GGZ*. Geraadpleegd op 11 november 2021, van <https://www.trimbos.nl/kennis/hervorming-ggz>
- Trimbos-instituut. (2012). *Mentaal kapitaal versterken in de werksetting*. Geraadpleegd op 11

november 2021, van h HYPERLINK "<https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1230-v>" <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1230-versterken-van-mentaal-kapitaal-in-de-werksetting>

Trimbos-instituut. (2020). Betrek naasten en familie in de zorg. Geraadpleegd op 20 januari van, <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/betrek-naasten-en-familieleden-in-de-forensische-zorg/>
Van Dale (2022). Van Dale Groot woordenboek van de Nederlandse taal. Utrecht, Van Dale Uitgevers.

Venrooij, W., Delahaij, R., Six, C., & Van Emmerik, M.L., (2011). *Voorspellers van opleidingsuitval bij het Commando Zeestrijdkrachten* (rapport nr. TNO-DV 2011 A220). Soesterberg: TNO.

Verschuren, P., & Doorewaard, H. (2015). *Het ontwerpen van een onderzoek* (Vijfde druk. ed.). Amsterdam: Boom Uitgevers.

Wagnild G. & Young. H (1987). *Resilience Scale – Nederlandse versie: handleiding* (Nederlandse bewerking Michael Portzky). Amsterdam: Harcourt Assessment B.V.

Wagnild G, Young H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-78.

Wahlbeck, K. (2015). Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. *World Psychiatry*, 14, 36-42.

Weehuizen, R. (2005). *Mental Capital, an exploratory study of the psychological dimension of economic development*. Dissertation, Consultive Committee of Sector Councils for Research and Development, The Hague.

Wei, H., Hardin, S.R., & Watson, J. (2021). A unitary caring science resilience-building model: Unifying the human caring theory and research-informed psychology and neuroscience evidence. *International Journal of Nursing Sciences*, 8, 130-135.

Weggeman, M.C.D.P. (1992). *Leidinggeven aan professionals: verzilveren van creativiteit*. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen.

Weggeman, M.C.D.P. (2008). *Leidinggeven aan professionals? Niet doen! Over kenniswerkers, vakmanschap en innovatie*. Schiedam: Scriptum Management.

Weggeman, M.C.D.P. (2015). *Essenties van leidinggeven aan professionals. Hoe je door een stap terug te doen, beter vooruit komt*. Schiedam: Scriptum Management.

World Health Organisation (z.d.). Our Values. Geraadpleegd op 7 januari 2022 van, <https://www.who.int/about>

Yin, R. K. (2002). *Case Study Research, Design and Methods*. Second Edition. London, New Delhi: Sage publications.

Zorg + Welzijn (2016). Leidinggeven aan professionals: niet doen! Geraadpleegd op 7 januari 2022 van, <https://www.zorgwelzijn.nl/leidinggeven-aan-professionals-niet-doen/>

Zorgadvies Groningen (11 februari 2021) Aanpak wachttijden in de SGGZ in Groningen. Geraadpleegd op 30 maart 2022 van, <https://zorgadviesgroningen.nl/over-zorgadvies-groningen/nieuws/2021/02/946363-aanpak-wachttijden-in-de-sggz-in-groningen>

BIJLAGE I: TOPIC LIST

Deze topic list bestaat uit vijf topics met daarbij een aantal deelvragen geformuleerd.

Opening

- Dit interview gaat over het thema mentale veerkracht in de GGZ.
- Anonimiteit is gewaarborgd doordat de data niet te herleiden zijn naar specifieke personen o.b.v. functies en afdelingen binnen de GGZ.
- De vraag aan de respondent is de interviewer te zien in de rol van onderzoeker die onwetend is in de organisatie en specifieke werkzaamheden binnen de GGZ.
- Toestemming vragen voor opname.

Topic I: Toenemende druk op de GGZ sector

- Er wordt gesproken over toenemende druk in de GGZ, hoe zie jij dat? Waar zit hem dat in?
- Wat betekent dit voor de zorgprofessional (ZP) en leidinggevende (LG) in de GGZ? Wat is de impact?
- Waar denk je aan bij duurzame inzetbaarheid van zorgprofessionals in de GGZ? Noem een paar termen?

Topic II: Mentale veerkracht

Mentale veerkracht betekent letterlijk (vanuit natuurkunde) terugveren na ingedrukt zijn.

- Waar denk je aan bij de term mentale veerkracht? Wat versta jij onder mentale veerkracht (competentie / concept)?
- Waar bestaat mentale veerkracht uit? Waar is het uit opgebouwd?
- Welke eigenschappen hangen ermee samen? Wat zijn eigenschappen van iemand die mentaal veerkrachtig is?

Topic III: Mentale veerkracht van de zorgprofessional in de GGZ (determinanten)

- Hoe staat mentale veerkracht in relatie tot het/je werk als zorgprofessional in de GGZ?
- Wat kenmerkt een mentaal veerkrachtige zorgprofessional?
- Wat heeft de zorgprofessional nodig om mentaal veerkrachtig te blijven? En van wie en waarom?
- Wat zijn factoren die de mentale veerkracht van de zorgprofessional / jou als zorgprofessionals versterken? Wat houdt je mentale veerkracht optimaal?
- Wat zijn factoren die de mentale veerkracht van de zorgprofessional / jou als zorgprofessionals belemmeren / afzwakken? Wat brengt je mentale veerkracht uit balans?

Topic IV: Mentale veerkracht in relatie tot loopbaan (fasen) in de GGZ

In een loopbaan kun je verschillende fasen onderscheiden zoals: selectie, opleiding, opwerken, specialisatie, prestatie (met al dan niet in aanraking komen met stressvolle of traumatische ervaringen), herstel en uitstroom.

- Wat zijn factoren die bij de selectie van zorgprofessionals, de opleiding, opwerkfase, specialisatiefase, prestatiefase, herstel en uitstroom volgens jou van belang zijn om de mentale veerkracht zo optimaal mogelijk te houden?
- In welke fase is het mentaal veerkrachtig blijven het meest belangrijk en waarom?

Topic IV: Preventie met als doel de mentale veerkracht optimaal te houden

Er is een onderscheid te maken in primaire, secundaire en tertiaire preventie (kort toelichten) bij het investeren in de mentale veerkracht van zorgprofessionals in de GGZ.

- Wat zijn factoren die volgens jou van belang zijn bij het versterken van de mentale veerkracht in respectievelijk de primaire, secundaire en tertiaire preventie met als doel het uit balans raken van de mentale veerkracht tegen te gaan?

Topic V: Rol van leidinggevenden in het versterken van de mentale veerkracht van de zorgprofessional

- Wat doe je als leidinggevende / wat doet je leidinggevende aan het versterken van de mentale veerkracht van zorgprofessionals / aan jou als zorgprofessional?
- Wat is daarin helpend of juist niet? (en in welke fase?) (in welke vorm van preventie)?

Afsluiting

Model van mentale veerkracht van Defensie

Defensie stelt als organisatie mentale (veer)kracht centraal stelt in zijn personeelsbeleid rondom duurzame inzetbaarheid. Korte toelichting op het model a.h.v. leidraad Mentale Kracht.

- Zou de GGZ iets kunnen leren van Defensie als organisatie m.b.t. het versterken van de mentale veerkracht van medewerkers?

BIJLAGE II BESCHRIJVENDE MATRIX RESPONDENTEN

Tabel 1

Beschrijvende matrix respondenten (N = 22): zorgprofessionals (n=11), leidinggevend (n=6) en zorgprofessionals met een leidinggevende functie (n=5)

| | Geslacht en leeftijd | Hoogst genoten opleidingsniveau | Functiegroep ZP/LG of beide | Aantal jaren werkzaam (als ZP) | Aantal jaren werkzaam (als LG) | Aantal medewerkers (als LG) | Aantal jaren werkzaam bij organisatie |
|-----|----------------------|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| R1 | Vrouw (38) | WO | ZP | 16s | / | / | 16 |
| R2 | Man (56) | WO | LG | / | 25 | 300 | 11 |
| R3 | Vrouw (41) | HBO | LG | / | 15 | 55 | 19 |
| R4 | Vrouw (51) | WO | LG | / | 25 | 300 | 0,5 |
| R5 | Man (48) | HBO | LG | / | 14 | 300 ? | 11 |
| R6 | Vrouw (47) | WO | ZP & LG | 22 | 3 | 40 | 14 |
| R7 | Man (40) | HBO | LG | / | 2 | 18 | 18 |
| R8 | Vrouw (51) | WO | ZP | 25 | / | / | 22 |
| R9 | Vrouw (56) | HBO | LG | / | 15 | 40 | 2 |
| R10 | Vrouw (56) | HBO | ZP | 30 | / | / | 31 |
| R11 | Vrouw (42) | WO | ZP | 15 | / | / | 6 |
| R12 | Vrouw (33) | WO | ZP | 9 | / | / | 9 |
| R13 | Man (49) | WO | ZP | 27 | / | / | 14 |
| R14 | Man (61) | HBO | ZP | 40 | / | / | 35 |
| R15 | Vrouw (33) | WO | ZP | 6 | / | / | 6 |
| R16 | Vrouw (36) | WO | ZP & LG | 12 | 3 | 15 | 12 |
| R17 | Vrouw (42) | WO | ZP & LG | 15 | 1,5 | 150 | 1,5 |
| R18 | Man (49) | WO | ZP & LG | 24 | 14 | 35 | 24 |
| R19 | Vrouw (42) | WO | ZP | 15 | / | / | 11 |
| R20 | Vrouw (32) | WO | ZP | 15 | / | / | 11 |
| R21 | Man (40) | HBO | ZP | 6 | / | 60 | 6 |
| R22 | Vrouw (60) | WO | ZP & LG | > 30 | 14 | 400 | 14 |

BIJLAGE III: DETERMINANTEN VAN MENTALE VEERKRACHT IN DE GGZ

Tabel 2a

Determinanten van mentale veerkracht van zorgprofessionals op microniveau: beschermende (groen) en risico factoren voor mentale veerkracht

| (Groep) determinanten | Quotes |
|--|--|
| Persoonlijkheidskenmerken | |
| Emotionele stabiliteit | <p>“Ik denk dat je mentale veerkracht samenhangt met hoe je geboren en opgevoed bent, zeg maar de dichtheid van je psychische botten. Tegelijkertijd denk ik dat je daarin dus ook kunt leren en groeien” (R1).</p> <p>“Mentale veerkracht zegt dus ook iets over een aangeboren mogelijkheid om met tegenslagen om te gaan, en ze misschien zelfs wel te kunnen ombuigen naar een succeservaring” (R22).</p> |
| Openheid voor verandering / vernieuwing / ideeën | <p>“Iemand is veerkrachtig als hij ook buiten de kaders kan denken, zin heeft om nieuwe dingen en uitdagingen aan te gaan” (R8).</p> <p>“Je moet wel iemand zijn die houdt van vernieuwing zodat je goed mee kunt bewegen in de verandering” (R9).</p> <p>“Mensen hebben een hekel aan veranderingen, maar gaan er verschillend mee om, early adapters winnen wel in veerkracht, maar je hebt ook late adapters nodig in ontwikkeling” (R22).</p> |
| Optimisme <i>Positieve levens attitude</i> | <p>“Je hoort over de dag heen toch behoorlijk veel ellende om je heen die je op een bepaalde manier moet kunnen wegzetten, je moet ermee kunnen dealen en vooral de positieve dingen, dat mensen ook opknappen bijvoorbeeld, eruit lichten” (R17).</p> <p>“Ik zie het ook wel als een persoonlijkheidskenmerk, dat je glas half vol of half leeg is, om te kunnen dealen met wat er in je omgaat” (R18).</p> <p>“Je moet ervoor zorgen dat je altijd de moed er altijd in weet te houden, hoopvol bent, om je werk een langere periode te kunnen blijven uitvoeren” (R21).</p> |
| Trots | <p>“Het is toch fijn als je tegen jezelf kunt zeggen, goed gedaan, dat heb ik toch maar weer mooi gedaan. Ondanks de dingen waar ik tegenaan ben gelopen in het werk, ben ik overeind gebleven” (R1)</p> |
| Hoge eisen / perfectionisme | <p>“Hulpverleners hebben vaker dan gemiddeld een mate van precisie, een bijna dwangmatige nauwkeurigheid, waardoor ze meer risico lopen op overbelasting” (R18).</p> <p>“We zijn met elkaar ook mensen die hoge eisen stellen aan zichzelf, altijd klaar staan voor de ander en het heel goed willen doen. De verantwoordelijkheid en betrokkenheid wil je niet voor niets, daarvoor ben je zorgprofessional geworden, maar het vraagt een ungoing proces om je hoge eisen wat te tackelen zodat het geen valkuil vormt” (R1).</p> |
| Zelfopffering <i>Eerst de zorg voor de ander</i> | <p>“Het siert ons ook, die impuls om altijd voor de patiënt te gaan, maar we moeten daar soms ook in afgeremd worden om zelf niet op te branden” (R13).</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>“We als hulpverleners toch een redderssyndroom, dat verder gaat dan het werk, het is ook onderdeel van onze identiteit. In een wereld met een oneindige toestroom van hulpbehoevende mensen, vormt dat een risico op overbelasting” (R20).</p> <p>“Er is een intrinsieke motivatie om de ander te willen helpen en daar zit een mate van grenzeloosheid aan vast, de ander heeft het altijd moeilijker dan wij, en dan pleeg je mogelijk roofofbouw op jezelf en raak je uit balans” (R3).</p> |
| Kennis en vaardigheden | |
| Reflectief vermogen <i>Zelfreflectie, zelfbewustzijn, zelf lerend vermogen</i> | <p>“Het vraagt gewoon heel veel zelfkennis om te weten waar je grenzen liggen, om te weten wat je nodig hebt van de ander en in welke omstandigheden je weer in balans komt” (R2).</p> <p>“Er is een stuk vermogen tot zelfreflectie nodig, een stuk analyse van wat ervaar ik bij mezelf, waar loop ik in vast, wat vind ik lastig, waar zit mijn knelpunt, om je veerkracht te hervinden”(R4).</p> |
| Zingeving <i>Bezieling, intrinsieke motivatie waarmee je de dingen doet</i> | <p>“Vanuit de schrijnende dingen die je hoort en meemaakt in de zorg, is het belangrijk om die passie voor de zorg, het verschil willen maken vanuit het hart voor de medemens, te laten overwinnen” (R7).</p> <p>“Ik kies niet voor niets om voor deze mensen mijn nek uit te steken en door het vuur te gaan, daar zit wel de kern van mijn drive” (R13).</p> <p>“Het is voor de mentale veerkracht van belang dat mensen werk doen, of met een doelgroep werken, waar hun hart sneller van gaat kloppen” (R18).</p> |
| Coping flexibiliteit <i>kunnen omgaan met tegenslagen, het reguleren van spanning en stress</i> | <p>“Je ziet de mensen op hun aller slechtste moment in het leven, het lukt ook niet altijd om daar verandering in te krijgen wat onmacht veroorzaakt. Je moet elke keer die veerkracht weer op kunnen brengen om vervolgens met positieve energie en vertrouwen met de patiënt aan de slag te gaan” (R7).</p> |
| Overstijgend denken <i>Afstand kunnen nemen van, relativeren, accepteren</i> | <p>“Je moet afstand kunnen nemen van en relativeren om je los te kunnen maken van de zwaarte die het werk met zich mee kan brengen. Anders wordt je te ver ingezogen” (R2).</p> <p>“Je hebt als zorgprofessional ook gewoon wat teflon nodig om zaken ook van je af te kunnen laten glijden” (R10).</p> <p>“Je moet het relativerend vermogen hebben om ook te kunnen loslaten, anders wordt je belemmerd in je veerkracht” (R15).</p> |
| Energiemanagement <i>signalen van belasting oppikken en naar handelen</i> | <p>“Je moet signaleren als je een energielek hebt als je bijvoorbeeld gefrustreerd bent over zaken waar je geen invloed op hebt of die van anderen zijn, een vorm van acceptatie, geduld en afstand nemen van helpt dan om je veerkracht te behouden” (R18).</p> <p>“Ik merk dat ik door de lat te hoog te leggen energie verlies en aan het einde van de dag zo moe ben dat ik denk, ik moet weer even een tandje minder” (R12).</p> |
| Grenzen kunnen aangeven, prioriteren | <p>“Je hebt voortdurend het gevoel dat je moet bijspringen, en je eigenlijk geen nee kunt zeggen tegen de dingen die op je afkomen, tegen de wachtlijsten, er is namelijk vaak niemand anders die het kan werk doen. Je gaat dan gaten vullen” (R8).</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>“Het lastige in deze tijden van schaarste is dat er niet altijd iemand anders staat die het werk van je kan overnemen, is je met deze wachtlijsten erbij geen grenzen aangeeft dan is dat een belemmering voor je veerkracht” (R1).</p> <p>“Je moet als zorgprofessional juist heel goed je grenzen kunnen aangeven en vasthouden, voor jezelf kunnen opkomen, zeggen tot hier en niet verder, dit is wat het is en wat ik kan” (R10).</p> |
| Verantwoordelijkheidsgevoel | <p>“Die verantwoordelijkheid willen nemen en voelen geeft met name voldoening maar tot een bepaalde hoogte, daarna kan het een valkuil vormen en brandt je op” (R1).</p> <p>“Het is belangrijk dat je die verantwoordelijkheid neemt maar ook kunt delen, voor een deel bij de patiënt laat. Daar wordt je als zorgprofessional ook goed in geschoold en getraind” (R11).</p> |
| Autonomie <i>Eigen regie, zelfredzaamheid, zelfstandigheid</i> | <p>“Je moet daar in de selectie van zorgprofessionals goed rekening mee houden, dat ze voldoende competentie hebben om zelf regie te hebben en houden dat ten goede komt van hun veerkracht” (R4).</p> <p>“Je hebt zelf ook regie nodig om ervoor te zorgen dat je je werkplezier houdt. Als je hierin teveel bij de ander legt, raak je die regie kwijt en verlies je veerkracht” (R7).</p> |
| Vakmanschap | <p>“Die kennis en kunde, waar je jaren voor geleerd hebt, om iets goeds te kunnen betekenen in de zorg, daar haal je ook werkplezier, zeker wanneer je om die kennis en kunde gewaardeerd wordt” (R5).</p> <p>“Je leert gedurende je loopbaan als zorgprofessional ook om ingewikkelde zaken te beheersen, waardoor je minder snel ingedeukt raakt” (R15). “Minder ervaren, jonge mensen, die het vak nog minder sterk beheersen, zijn ook minder weerbaar en kwetsbaarder” (R18).</p> |
| Self-efficacy <i>Vertrouwen in eigen kennis en kunde</i> | <p>“Je laat tien verschillende behandelaren kijken naar de patiënt en je krijgt misschien wel allemaal verschillende diagnoses, je moet een soort vertrouwen hebben in dat je goed aan het werk bent, ondanks dat je het wellicht anders doet dan je collega” (R11).</p> <p>“Je hebt een soort basis vertrouwen nodig in jezelf, dat ondanks tegenslagen of een keer een fout, het wel goedkomt, dat je dat wel lukt” (R12).</p> <p>“Dat je geen slachtoffer bent van moeilijke situatie met een patiënt maar denkt, hier ben ik voor opgeleid en hier ben ik goed in” (R21).</p> |
| Hulp (kunnen) vragen | <p>“Het is belangrijk dat zorgprofessionals gewend zijn om dingen open te leggen als er factoren zijn die kunnen maken dat hun mentale veerkracht vermindert. Dat het gewoon is om het erover te hebben en om hulp en begeleiding te vragen” (R4).</p> <p>“Ik denk dat het belangrijk is dat je transparant moet kunnen zijn, ook als je denkt iets niet goed gedaan te hebben, ook aan de bel durven te trekken, daar moet het wel veilig genoeg voor zijn, maar wel dat je die ruimte neemt” (R16).</p> |
| Oplossingsgerichtheid | <p>“Je met creativiteit losmaken van het probleem om tot oplossingen te komen draagt bij aan die veerkracht. De kunst zit hem in het loskomen van die problemen om tot hele andere oplossingen te komen” (R2).</p> |

| | |
|--|---|
| <i>Denken in mogelijkheden, creatief zijn in het oplossen van problemen</i> | <p>“Wees creatief in de behandelvragen die je krijgt als zorgprofessional” (R5).</p> <p>“Als je de tijd en scharrelruimte vindt en neemt om tot die oplossingen te komen” (R17).</p> |
| Doorzettingsvermogen | <p>“Zorgprofessionals zeggen gewoon heel vaak, dan ga ik nog wel even door” (R1).</p> <p>“Ik zie een cultuur van flinkheid onder de zorgprofessionals van ik red me wel, ik heb geen hulp nodig. Daar verbaas ik me toch wel over als je zelf in de hulpverlening werkt” (R4).</p> <p>“Ik denk dat zorgprofessionals een heel grote vasthoudendheid en uithoudingsvermogen moeten hebben om steeds maar weer te kijken naar waar ruimte zit voor ontwikkeling van de patiënt, steeds maar weer zoeken onder die steen naar een plek waar iets kan groeien met die patiënt” (R22).</p> |
| Zelfvertrouwen <i>Basis vertrouwen in jezelf als persoon</i> | <p>“Het is heel handig als je eigenschappen als zelfvertrouwen en zelfverzekerdheid in je hebt. Een kracht in jezelf waar je op terug kunt vallen” (R19).</p> <p>“Het gaat om een stuk basis van zelfvertrouwen waarbij je, als je bijvoorbeeld een fout maakt of een tegenslag hebt, het ook wel weer goedkomt, dat je dat aan kunt” (R12).</p> |
| Ontbreken van kennis en vaardigheden <i>Onbekwaam</i> <i>In opleiding zijn</i> | <p>“Jonge mensen, met vaak een hoog streefniveau, kunnen al heel vroeg in hun carrière veel verantwoordelijkheden krijgen. Fasering in loopbaan en voldoende begeleiding om vakbekwaam te worden, zijn van groot belang om niet meteen opgebrand te raken” (R13).</p> <p>“Er zit wel een risico in veel verantwoordelijkheid moeten dragen als je daar nog niet voldoende op toegerust bent” (R4).</p> |
| Fysieke gezondheid | |
| Goede fysieke gezondheid <i>Fysieke belastbaarheid en fitheid, gezonde leefstijl</i> | <p>“Het is een belangrijke voorwaarde voor je mentale veerkracht dat je fysiek gezond bent, en ook voldoende slaap hebt” (R1).</p> <p>“Ik behoud mijn veerkracht door gewoon gezond te zijn, gezond te leven, gezond te eten en een aantal keren per week te hardlopen. Er zijn werkgevers die dit ook dermate belangrijk vinden waardoor mensen in werktijd mogen sporten, dat zou ik ook geweldig vinden” (R11).</p> |
| Fysieke en psychische ongezondheid <i>Gezondheidsproblemen</i> <i>Ongezonde leefstijl</i> | <p>“Ik ben vrienden geworden met mijn rugklachten, als doe opspelen dan weet ik dat ik naar de sportschool moet, dat zijn signalen waar ik preventief iets mee kan doen om te voorkomen dat ik uit balans raak” (R13).</p> <p>“Als je te maken hebt met operaties en medische behandelingen dan wordt het echt ingewikkelder om je staande te houden en al die ballen in de lucht te blijven houden” (R16). “Het is een foute uitstraling naar patiënten toe en ondermijnend en ondergravend aan je professie” (R14).</p> <p>“Ik heb in een burn-out meegemaakt dat het niet zozeer overbelasting was maar eerder onderbelasting, er zat te weinig afwisseling in mijn werk” (R13).</p> |

| | |
|---|---|
| Vrijtijdsbesteding | |
| Waardevolle vrijtijdsbesteding <i>Ontspannende activiteiten</i> | <p>“Je kunt beter met teleurstellingen en stress in je werk omgaan als je daarnaast in je privéleven ook leuke dingen doet om te ontspannen en sociale contacten hebt” (R7).</p> <p>“Mijn hobby’s buitenshuis geven mij enorme veerkracht, ik vind het belangrijk dat er een heel groot leven naast mijn werk blijft bestaan” (R12).</p> <p>“Je hebt wel een goede uitlaatklep nodig om je emoties te kunnen hanteren” (R17).</p> |
| Gunstige sociale factoren | |
| Sociale steun, netwerk en contact | <p>“Het is voor mij altijd belangrijk geweest om in contact te zijn met anderen, zowel binnen als buiten het werk. Je hebt die ander soms nodig om de vragen te stellen die je zelf lastig te stellen vind” (R6).</p> <p>“Het helpt gewoon heel erg als iemand thuis, die je kent en begrijpt, je ook wel eens begrensd zo van, nu is het wel even genoeg geweest, op tijd naar bed” (R1).</p> <p>“Door de hoge mate van betrokkenheid tussen behandelaren ontstaan er ook wel vriendschappen, dat ze verlengstukken zijn van je woonkamer, dat heeft voor en nadelen denk ik ten aanzien van het in balans blijven” (R2).</p> <p>“Een breed sociaal netwerk lijkt mij een belangrijke factor, hoe meer netwerk hoe meer emotionele binding, dat contact met anderen helpt mij om veerkrachtig te blijven” (R18).</p> |
| Balans in werk / privé | <p>“Ik denk dat het hebben van een goede balans tussen werk en privé nodig is om mentaal veerkrachtig te zijn en te blijven, zeker als je werkt in de complexe zorg” (R1).</p> <p>“Ik zag het laatst ook in een vacature staan waaruit ik opmaakte dat die werkgever belang hecht aan het behouden van een goede werk-privé balans, dat motiveert mensen wel denk ik” (R11).</p> <p>“Sinds de komst van een kleintje ben ik minder uren gaan werken en dat komt mijn werk-privé balans ten goede” (R12).</p> |
| Appel thuisfront <i>mantelzorg</i> | <p>Het appel vanuit het thuisfront kan volgens respondenten ook maken dat je uit balans raakt. “Als je thuis nog iemand hebt zitten, die aan je trekt dat je daar moet zijn, dan kun je lastiger veerkrachtig blijven in je werk” (R1). “Ik zie onder de zorgprofessionals mensen die in hun privéleven ook vaak ‘aan staan’ en voor ouders of buurman zorgen” (R3).</p> |
| Life events <i>ingrijpende gebeurtenissen en spanningen thuis</i> | <p>Life events, ingrijpende gebeurtenissen en spanningen thuis kunnen volgens respondenten een risico factor vormen. “Als het thuis ook niet lekker loopt allemaal ben je zagezegd mentaal al helemaal op voordat je naar je werk gaat, dan is de emmer gewoon vol en kan er eigenlijk niets meer bij” (R12).</p> |

Tabel 2b

Determinanten van mentale veerkracht van zorgprofessionals op meso- en macroniveau (team en organisatie). Beschermende- (groen) en risicofactoren (rood)

| Groep determinanten | Quotes |
|--|--|
| Specifiek op teamniveau (mesoniveau) | |
| Groeps- en sociale factoren | |
| Teamcohesie <i>Verbondenheid met team en doel</i> | <p>“You got your back”, dat je elkaar steunt en rugdekking geeft, samen besluiten maakt, en dat je daardoor spannende en moeilijke zaken met elkaar kan verdragen en er doorheen kan komen, dat je die ervaring hebt als team, dat is volgens mij beschermend. Als ieder voor zich gaat, in situaties met geweld bijvoorbeeld, dan zie ik dat als risico factor” (R1).</p> <p>“Het gaat erom dat een team goed in staat is om voor elkaar te zorgen en dat medewerkers het idee hebben dat ze vanuit een gezamenlijke ambitie iets doen, dat geeft meer energie en plezier” (R5).</p> <p>“Die verbondenheid met de mensen om je heen, je serieus genomen voelen, en het idee dat je iets bijdraagt aan het collectief, dat is belangrijk” (R7).</p> <p>“Die combinatie van persoonlijke en professionele betrokkenheid kan maken dat je met elkaar in een flow en als team beter wordt, werkplezier hebt en ook de successen met elkaar viert” (R9).</p> |
| Team efficacy <i>Vertrouwen om taak en doelstelling te volbrengen met elkaar</i> | <p>“Die teams zijn flexibel en zien veranderingen met vertrouwen tegemoet, willen graag nieuwe dingen proberen met elkaar, hebben een goede holding, ze vormen een voorwaarde voor die mentale veerkracht van de zorgprofessional” (R3).</p> <p>“Dat je een stap naar voren kan doen als team en kunt laten zien dit kunnen wij samen wel voor elkaar krijgen” (R11).</p> |
| Ruimte voor reflectie <i>Intervisie en teamscholing</i> | <p>“Het is goed dat we als team kijken hoe we de ingrijpende zaken die op ons afkomen, wegzetten met elkaar, daarop reflecteren, op de impact die het op ons heeft. We doen dat binnen het team zelf met intervisies al is dat natuurlijk niet hetzelfde als mentale veerkracht hebben en houden, mensen leren vooral over zichzelf in een intervisie”. “Er is door het grote appel dat op zorgprofessionals gedaan wordt binnen het team soms te weinig tijd voor reflectie en het zijn opleiding, te leren van en met elkaar. Daar moet ten goede van de veerkracht voorzichtig mee omgesprongen worden” (R6).</p> <p>“Niet iedereen trekt zelf aan de bel dus het is goed als er ruimte is waar je dingen kan bespreken als secundaire traumatisering of hoe je niet teveel werk mee naar huis neemt. Het helpt mij ook als ik hoor van supervisors of ervaren collega’s dat zij ook moeilijkheden ervaren en die bespreken in het team” (R12).</p> |
| Positieve werksfeer <i>Positieve persoonlijke interacties</i> | <p>“Het is goed dat je een beroep doet op iets anders dan operational of professional excellence, dat je ook plezier met elkaar mag hebben” (R22). “Een ongedwongen sfeer en vriendelijkheid naar elkaar toe werkt gewoon prettiger voor mij, ook eens een gezellige lunch met elkaar” (R20).</p> |

| | |
|--|--|
| Negatieve werksfeer <i>Samenwerkingsproblemen</i> | Een negatieve werksfeer in een team wordt tegelijkertijd als een risico factor gezien door respondenten. “Als negatieve emoties te lang blijven hangen bij iemand en het team raakt ermee besmet en komt ook in een negatieve sfeer of als er samenwerkingsproblemen zijn die blijven voortduren, dan trekt dat alle energie uit je team en ook uit jezelf” (R17). |
| Middelen | |
| Hersteltijd <i>Na ingrijpende gebeurtenissen, calamiteiten, agressie e.d.</i> | “Als er een heftige situatie, suïcide of agressie is, dan is het belangrijk dat je met elkaar beleid hebt over wat deze mensen aangeboden krijgen om zich te kunnen herstellen” (R5). “Het is belangrijk dat je na calamiteiten niet de focus legt op wat er in het proces allemaal wel en niet goed is gegaan maar eerst ook kijkt naar wat heeft iemand nodig om zich te kunnen herstellen als zorgprofessional en dat je dat na een (R12). |
| Optimale teamsamenstelling <i>Formatiemix o.b.v. disciplines, ervaring, leeftijd en geslacht</i> | “Je zou met elkaar een aantal uitgangspunten moeten vaststellen van hoe je je teams idealiter ingericht wilt hebben, bijvoorbeeld verhouding man/vrouw, leeftijd e.d, en daar gericht op werven om een goede balans te houden in de teams” (R2). “Ervaren collega’s brengen gewoon wat rust en jonge collega’s krijgen daardoor de ruimte om te kunnen leren en ervaring op te doen” (R5). Het hebben van een minimale mix wordt wel als een belemmerende factor gezien. “We hebben allemaal jonge vrouwen, en dat betekent toch ook zwangerschappen met ziek zwak en misselijk en er meer voor thuis moeten zijn, een beetje een balans daarin m.b.t. teamsamenstelling zou wel helpend zijn in de veerkracht” (R11). |
| Determinanten op team én organisatieniveau | |
| Cultuuraspecten | |
| Open cultuur <i>Verantwoordelijkheid, inspraak, veiligheid</i> | “Er moet een cultuur zijn waarin je ook kunt zeggen het lukte me even niet of ik weet het even niet of ik ben hier bang voor. Dat vraagt een bepaalde transparantie en ook de ruimte om dit uit te wisselen met elkaar” (R1). “Als je team gebaseerd is op veiligheid en vertrouwen en je je welkom voelt” (R4). |
| Aanspreekcultuur <i>Aanspreken op gedrag en gedragsnorm</i> | “Er valt binnen teams mogelijk ook nog wel een aanspreek cultuur te verstevigen. Want als iemand bijvoorbeeld kwetsbaar is of op een bepaalde manier niet het wenselijke gedrag laat zien, dan kun je ook zeggen het is niet alleen jouw probleem, we vragen collega’s bijvoorbeeld daarbij te helpen. Maar dan moet je het wel blootleggen, problematiseren en niet met de mantel der liefde bedekken. Ik vind het gebrek aan feedback geven op ongewenst gedrag toch wel een groot gemis in de GGZ” (R14). |
| Erkenning en waardering <i>Waardering en gezien worden</i> | “Het is belangrijk dat je als organisatie de teams ook erkenning geeft en aansluit bij hun ontwikkeling. Als je heel top down gericht bent als organisatie dan sluit je niet goed aan bij teams die gericht zijn op ontwikkeling en innoveren” (R3). “Het is prettig dat je gewaardeerd wordt op de kennis en kunde die je hebt op het moment dat het die inzet” (R5). “De waardering zit hem niet alleen in het geld, de beloning, je wilt af en toe ook even een klopt op je rug van de organisatie en trots zijn op de organisatie waarvoor je werkt” (R7). |

| | |
|--|---|
| | <p>“Gezien worden, waardering krijgen en ondersteuning krijgen op de momenten dat het nodig is” (R8).</p> |
| <p>Tolerantie <i>Acceptatie van verschil in denk- en werkwijzen</i></p> | <p>“Het helpt mij als er in een team een acceptatie is als je affiniteit hebt met verschillende dingen en je ook aan kunt geven als je je minder bekwaam of aangetrokken voelt tot de zorgvraag die gesteld wordt” (R12).</p> <p>“Het is mooi als er een cultuur is waarin we een diversiteit aan verschillende standpunten en meningen naast elkaar kunnen laten bestaan zonder dat het onveilig wordt. Dat betekent tolerantie voor meerder perspectieven waarbij je wel die gezamenlijkheid blijft opzoeken als team” (R18).</p> |
| <p>Community gevoel <i>WIJ-gevoel</i></p> | <p>“Die gezamenlijke missie om voor de patiëntenzorg te gaan, het dragen van diezelfde drijfveer, is van belang voor zorgprofessionals om met plezier hun bijdrage te leveren in de patiëntenzorg” (R4).</p> <p>“Ik geloof echt dat het geheel meer is dan een som der delen, als je die gezamenlijkheid hebt en mensen goed in hun rol die werkplezier hebben, dan komt de rest vanzelf. Als men zich verbonden voelt met het grote geheel en er saamhorigheid is, dan wil men er ook iets voor doen en laten. Dan begint het te leven en dat geeft energie”(R5).</p> <p>“Je moet je wel onderdeel van de organisatie voelen, voelen dat je betrokken wordt bij de organisatie en achter een gezamenlijke visie kunt gaan staan. Als dat niet meer rijmt, gaat dat ten koste van je veerkracht” (R7).</p> <p>“Een wij gevoel maakt dat je trots kunt zijn op je organisatie en dat geeft weer energie” (R9).</p> |
| <p>Betrouwbaarheid <i>Transparantie in communicatie</i></p> | <p>“Ik vind transparantie in de communicatie erg belangrijk, bijvoorbeeld als een team iets vraagt aan de leidinggevende en dit blijkt vanuit de organisatie niet te kunnen, dat daar gewoon transparant over gecommuniceerd wordt met elkaar. Het heeft met de betrouwbaarheid van de organisatie en vertrouwen te maken” (R12).</p> <p>“Wat niet werkt is als er met toeters en bellen een medewerkerstevredenheidsonderzoek uitgevoerd wordt, en je hebt de verwachting dat er ook iets gaat gebeuren met bepaalde signalen, dat het dan stil blijft in de organisatie en heeft het ogenschijnlijk geen opvolging heeft” (R18).</p> |
| <p>Adequaat verwachtingsmanagement <i>Duidelijkheid</i></p> | <p>“Het is belangrijk met elkaar de realiteit te zien en beginnende mensen daarop voor te bereiden in de opleiding, bijvoorbeeld dat naar verwachting 1/3 van de patiënten duidelijk profiteert van een behandeling, 1/3 niet en 1/3 misschien wel achteruit gaat in de behandeling” (R1).</p> <p>“Het is niet realistisch om de verwachting te scheppen dat zorgprofessionals suïcides voor 100% kunnen voorkomen, maar wat verwacht je als organisatie dan wel als je spreekt over een zero tolerance beleid op suicide?” (R2).</p> |
| <p>Blaming cultuur / afrekencultuur</p> | <p>“Het moet niet steeds gaan over dat het zo onveilig is en dat daarom niemand praat over wat hij lastig vindt, alsof je dan een negatieve beoordeling aan je broek hebt hangen. Dan</p> |

| | |
|---|--|
| | leg je de verantwoordelijkheid ook teveel buiten jezelf om die wenselijke cultuur met elkaar te borgen" (R13). |
| Autonomie | |
| Hoge autonomie <i>Veel regie, verantwoordelijkheid</i> | <p>"Het is belangrijk dat je als team helder hebt welke bevoegdheden en verantwoordelijkheden je hebt, want verantwoordelijkheid zonder bevoegdheid is waardeloos. "Het helpt gewoon als je zelf wat regie hebt en vrijheid om bijvoorbeeld je agenda in te plannen of patiëntenzorg te doen waar je het meeste affiniteit mee hebt (R12).</p> <p>Je moet je als team ook eigenaar kunnen voelen van een afdeling, waar je kunt bouwen, ontwikkelen in een gezamenlijke energie met het team en dat dat ook gezien wordt en gevierd mag worden" (R14).</p> <p>"Als organisatie en als team heb je een belangrijke rol de regie te houden, als je die kwijt raakt doet dat echt wat met je mentale veerkracht" (R7).</p> |
| Ontwikkelmogelijkheden <i>Ontwikkeling, opleiding, specialisatie, vernieuwing</i> | <p>"Ik denk dat zorgprofessionals ook sneller blijven, dus het is ook voor de werkgever interessant, als er goed voor ze gezorgd wordt en ze voldoende ontwikkelkansen krijgen" (R16).</p> <p>"Desnoods tuig je een paar inhoudelijke projecten op, verbind je er onderzoek aan, en stel je zorgprofessionals in de gelegenheid daaraan mee te doen, zodat ze daarmee ook kunnen shinen in deze ontwikkelingen. Of je zorgt dat je traineeships organiseert waarin mensen kunnen groeien in hun functie of rol" (R14).</p> |
| Lage autonomie <i>Beperkte bevoegdheden irt verantwoordelijkheden, top-down</i> | "Het is belangrijk dat er ook gekeken wordt naar hoe de zorgprofessional de regie kan houden, je hebt als organisatie absoluut kaders en hiërarchie nodig, maar het is ook belangrijk dat er gekeken wordt naar wie heb ik tegenover me en welke verantwoordelijkheid kan diegene zelf pakken" (R12). |
| Werkgerelateerde belasting | |
| Cognitieve (onder)belasting <i>Werkdruk en weinig variëteit en uitdaging</i> | <p>"Het is ongelooflijk hoeveel sporen er tegelijkertijd lopen en hoeveel ballen je in de lucht moet zien te houden" (R1).</p> <p>"We worden bedolven onder het werk en dat langdurig doen in de GGZ waardoor er geen tijd meer lijkt te zijn voor opleidingen, alle lucht wordt eruit gehaald voor zorgprofessionals" (R4).</p> <p>"Er is altijd werk, dat nooit af is, dat er wachtlijsten zijn, patiënten zijn overal op iedere hoek van de straat, en die weten ons ook nog eens goed te vinden, die druk van hoeveelheid werk is er dus altijd" (R20).</p> <p>"Die combinatie van een hoge werkdruk en steeds hogere eisen die aan het werk gesteld worden. Je mag eigenlijk niets vergeten, overslaan, alles wordt sneller en ingewikkelder en je wordt overal op aangesproken" (R17).</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>“Ik zie dat zorgprofessionals voor zichzelf gaan beginnen omdat ze in de GGZ worden overspoeld met regeldruk die mensen het gevoel geven dat ze niet meer primair met hun vak bezig zijn” (R2).</p> |
| <p>Emotionele belasting <i>Blootstelling aan</i> <i>Tekortschieten</i></p> | <p>“Je kunt in je vak ook gewoon met agressie en geweld te maken hebben en dat zijn wel risico factoren al denk ik dat het niet voor iedere persoon evenveel stress veroorzaakt, er zijn ook mensen die van die spanning houden” (R1). “Je luistert soms wel 6 a 7 keer op een dag naar de meest waanzinnige, traumatische ervaringen die mensen hebben meegemaakt of zelfs nog middenin zitten. Je zit dan ook in een soort de frontlinie zeg maar” (R2).</p> |
| <p>Middelen</p> | |
| <p>Ondersteunende middelen</p> | <p>“Het is belangrijk dat je in de inrichting en beleid van de organisatie de juiste randvoorwaarden kunt scheppen om medewerkers veerkrachtig te houden” (R4).</p> |

Tabel 2c*Determinanten van mentale veerkracht van zorgprofessionals op niveau van leidinggevenden*

| Determinanten leidinggevenden | Quotes |
|--|--|
| Ondersteunend <i>Faciliteren / ontlasten</i> <i>zorgprofessional</i> | <p>“Je moet als leidinggevende ook in staat zijn om soms gedoe tegen te houden, een filter vormen voor zaken die van bovenaf of buiten komen, zodat mensen met focus en plezier aan hun werk kunnen zijn. Je hoeft ze niet kapot te faciliteren maar je moet ze wel ondersteunen met voldoende opleiding en scholing om hun werk goed te kunnen blijven doen” (R5).</p> <p>“Het is gewoon heel prettig als een leidinggevende, die al wat langer mee loopt in de GGZ, een hitteschild kan vormen en zeggen nu even dit niet en dat wel in plaats van alles op de agenda van een werkoverleg proppen waardoor dingen niet af komen en mensen overbelast raken” (R21).</p> |
| Betrokken en nabij <i>Serius nemen</i> | <p>“Het zijn van die momenten van de waarheid, noem ik het maar, waarop je als leidinggevende er bent voor je teams, dat je weet hoe het met ze gaat, ook na heftige gebeurtenissen en kijkt wat ze daarin nodig hebben. En om nabij te zijn hoef je echt niet elke week bij een teamoverleg te zitten” (R4).</p> <p>“Door betrokken te zijn en goed te luisteren en daar ook wat mee doen, dat draagt bij aan mentale weerbaarheid” (R6).</p> |
| Beschikbaar <i>Zichtbaar</i> | <p>“De ene medewerker heeft het nodig om gezien te worden, de ander een open deur waar hij naar binnen kan lopen, een manager op afstand daar zit wel een risico in. Om je medewerker goed te kennen en te weten of en hoe hij zich redt in het werk, moet je gewoon voldoende beschikbaar zijn” (R4).</p> |
| Erkenning en waardering geven <i>Mensen zien</i> | <p>“Mensen voelden zich gewoon oprecht gezien door deze leidinggevende en dat zet hun in hun kracht. Je probeert het hart voor de zorg ook voor je medewerkers te hebben” (R3).</p> <p>“Verwaarlozing krijgt geen ruimte als je mensen in hun kracht zet en ze zich daardoor gezien en gewaardeerd voelen” (R10).</p> |
| Persoonlijke aandacht <i>Oog voor thuissituatie, iemand kennen</i> | <p>“Ik heb er wel ervaring mee dat ik moest inzoomen op de klachten die iemand had en te kijken wat diegene daarin nodig heeft, ook benoemd van bespreek dit en dat ook thuis eens” (R3).</p> <p>“Teamleiders zijn ervoor opgesteld om individuele aandacht te hebben en oog te hebben voor individuele situaties en ook voor thuis als dat nodig is” (R5).</p> |
| Aandacht voor matching <i>professional_werk(setting)</i> <i>O.b.v. kwaliteiten, ervaring, geslacht en interesse</i> | <p>“Een bepaald type mens gedijt gewoon beter in een bepaalde setting, de een heeft meer dynamiek nodig en de ander meer structuur, ik denk dat match tussen de professional en zijn werk van belang is om onder de aandacht te houden als leidinggevende. Die match kan natuurlijk ook veranderen gedurende iemands loopbaan” (R1).</p> <p>“Ik ben ervan overtuigd dat we mensen moeten aanspreken op hun talenten, waar de oogjes van gaan glinsteren, dat is de sleutel om mensen vitaal te houden” (R4).</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>“Een goede leidinggevende heeft dan ook oog voor waar iemand goed in is en wat hij leuk vindt en ook waar hij minder goed in is en wat iemand minder aanspreekt?” (R8).</p> <p>“Mijn leidinggevende stond open voor en gaf mij de ruimte om meer te gaan superviseren, ik krijg energie van het overdragen van kennis en delen van mijn ervaring met anderen”(R13).</p> |
| <p>Adequaat verwachtingsmanagement</p> <p><i>Duidelijkheid bieden, prioriteren</i></p> | <p>“Dat je in alle lagen een filter vormt zodat die zorgprofessional in ieder geval duidelijk heeft wat er van hem of haar verwacht wordt” (R2).</p> <p>“Als die eerste signalen zich aandienen dat de veerkracht vermindert, dan heeft de zorgprofessional vooral duidelijkheid nodig” (R3). “Voor die preventie, voorkomen is beter dan genezen, is nodig dat je in ieder geval helder hebt wat je verwachtingen zijn” (R5).</p> |
| <p>Vertrouwen geven en betrouwbaar zijn</p> <p><i>Transparante communicatie</i></p> | <p>“Mensen het vertrouwen geven dat als ik mijn werk goed doe dan is mijn leidinggevende er om me daarin te ondersteunen” (R4).</p> <p>“Als je werkt vanuit vertrouwen dan voelt de medewerker ook de ruimte om zijn werk zo in te richten dat het zijn veerkracht ten goede komt” (R9).</p> <p>“Zij is als leidinggevende gewoon betrouwbaar omdat ze doet wat ze zegt dat ze doet en open is over wanneer zaken niet mogelijk zijn” (R3).</p> |
| <p>Autonomie geven</p> <p><i>Eigen regie en verantwoordelijkheid</i></p> | <p>“Die hoogopgeleide zorgprofessionals hebben ruimte nodig en moeten ook zelf in staat zijn aan te geven wat ze van je nodig hebben, daar moet je niet teveel bovenop zitten als leidinggevende, tenzij het zaken raakt die je in je rol als leidinggevende moet monitoren. In plaats van een oplossing bedenken of mensen dicteren wat ze moeten doen, moet je het probleem eerst bij de mensen zelf neerleggen en vragen hoe gaan we dit oplossen” (R21).</p> <p>“Dat inhoudelijke werk, dat is mijn ding, daar heb ik de leidinggevende niet per se voor nodig om over te sparren en die moet je volgens mij ook niet een te grote rol toedichten, dat maakt afhankelijkheid wat niet wenselijk is in je rol als zorgprofessional” (R13).</p> |
| <p>Ontwikkelmogelijkheden bieden</p> <p><i>Faciliteren en stimuleren</i></p> | <p>“Er gebeurt gewoon iets met mensen als ze de ruimte krijgen om zich te mogen ontwikkelen en te experimenteren” (R9).</p> <p>“Ik vond het mooi dat een leidinggevende de medewerker faciliteerde om gewoon een paar gesprekken te hebben met iemand om zich verder te bekwamen, gewoon om in gesprek te gaan over wat diegene nodig heeft om nog beter tot zijn recht te komen of moeilijkheden te overwinnen” (R11).</p> |
| <p>Aandacht voor integratie met de organisatie</p> <p><i>Bijdrage aan community-gevoel</i></p> | <p>“Het betekent voor de leidinggevende dat je moet boeien en binden, dat je op een andere manier gaat kijken van hoe bind ik medewerkers aan een team en de organisatie en wat is daarvoor nodig. En dan vanuit een bewustzijn van niet alleen het hier en het nu, maar ook ervoor zorgen dat over vijf jaar niet de hele schroef vastdraait. Eenieder zal een steentje bij moeten dragen aan het grote geheel” (R4).</p> |
| <p>Aandacht voor een open werk cultuur</p> | <p>“Mijn ideaalbeeld van een leidinggevende is dat je iets belichaamt, iets voordoet en daarmee ook echt een cultuurdrager bent. Dat doe je natuurlijk nooit alleen maar je bent als leidinggevende wel een bepalende factor in het team, dus daar moet je op letten, die cultuur” (R18).</p> |

| | |
|--|---|
| <i>Positieve werksfeer, teambuilding</i> | <p>“Je moet voor die optimale veerkracht als leidinggevende een klimaat weten neer te leggen, die drempel verlagen, door te laten zien dat het heel normaal is dat het ook kan tegenzitten en je behoefte hebt aan te sparren of even gewoon gezelligheid te hebben met elkaar” (R20).</p> |
| Aanspreken op gedrag en resultaten | <p>“Als een leidinggevende niet aanspreekt op wanpresteren of wangedrag, dan heeft dat een weerslag op het team, in ieder geval op mijn mentale weerbaarheid” (R6).</p> <p>“De leidinggevende heeft echt een grote taak om te corrigeren in ongewenst gedrag en het niet te bedekken met de mantel der liefde” (R11).</p> |