

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online) tijdschriften van Boom uitgevers zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this article may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.

Omgaan met werkdruk en stressklachten

De impact van veerkracht¹

► LILACH SHAUL, LARS DE VROEGE & ANNELOES VAN DEN BROEK

Samenvatting De professionals in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) staan onder druk en hun mentale gezondheid daalt. Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de relatie tussen de werkdruk, de mentale gezondheid en de veerkracht van zorgprofessionals in de ggz. Het betreft een crosssectionele studie onder 711 gedragstherapeuten, die allen lid zijn van de VGCT. De bevindingen zijn dat werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht met elkaar zijn geassocieerd, en dat de relatie tussen werkdruk en mentale gezondheid wordt gemedieerd door veerkracht. Respondenten noemen als oorzaken van hun gestegen werkdruk onvoldoende tijd voor indirecte of niet-factureerbare taken, de toename van complexe cliënten, en administratieve lasten. Het integreren van ontspanning op de werkplek kan bijdragen aan een verminderde werkdruk. Onze bevindingen benadrukken het belang van bevordering van veerkracht ter voorkoming van uitval en mentale klachten en ter vermindering van werkdruk. Aanbevolen wordt de ontwikkeling van interventies gericht op veerkracht, en de monitoring van veerkracht zowel binnen de ggz als gedurende (post)academische opleidingsprogramma's.

TREFWOORDEN — *veerkracht, werkdruk, stressklachten, mentale gezondheid, gedragstherapeuten*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Ontwikkel en evalueer programma's gericht op bevordering van de veerkracht van zorgprofessionals.
- Monitor de mentale gezondheid, de ervaren werkdruk en de veerkracht van zorgprofessionals.
- Integreer ontspanningsmomenten en -activiteiten, en bevorder het gesprek over de balans tussen werk en privé op de werkvloer.

1 Dit artikel is een licht bewerkte vertaling van Shaul et al., 2024.

Inleiding

Professionals in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) worden geconfronteerd met een toenemende werkdruk binnen een veeleisende dynamische context. Zij ervaren een hoge werkdruk door een combinatie van factoren, waaronder een tekort aan personeel, toenemende wachtlijsten, beperkende regelgeving, een toename van administratieve lasten, budgettaire beperkingen en hoge verwachtingen vanuit de samenleving. Van den Broek en collega's (2022) stelden dat toenemende capaciteitsproblemen in de toekomst en bovengenoemde factoren het rechtvaardigen om alarm te slaan over zorgprofessionals in de ggz, en om te zorgen voor ondersteuning en interventies die de gezondheid op de werkplek stimuleren.

In een eerder onderzoek vergeleken van den Broek en de Vroege (2023b) de situaties van zorgprofessionals tijdens en na de pandemie. Ze vonden dat het aantal mentale gezondheidsklachten na de pandemie aanzienlijk afnam. Bovendien bleken de meeste zorgprofessionals na de pandemie hun werk-privébalans te hebben hersteld. Deze veerkracht van zorgprofessionals werd opmerkelijk genoemd. Voor het verkrijgen van meer inzicht in de duurzame inzetbaarheid van zorgprofessionals lijkt het dan ook essentieel om bij zorgprofessionals onderzoek te doen naar de relatie tussen waargenomen werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht.

Vergeleken met de andere drie doelen van het Quadruple Aim-model (Bodenheimer & Sinsky, 2014) – namelijk [1] het verbeteren van de bevolkingsgezondheid, [2] het verbeteren van de patiëntervaring en [3] het verlagen van kosten – is het laatste doel – namelijk [4] het verbeteren van het welzijn van het zorgteam – de afgelopen 10 jaar belangrijker geworden. Kortom, zonder goed functionerende zorgprofessionals kan er geen hoogwaardige zorg geleverd worden. Zorgprofessionals die in staat zijn om langdurig zelfstandig en gezond te werken, zijn hard nodig. Parallel aan dit gedachtegoed verschuift de focus van het *human resource management* (HRM) van strategisch naar duurzaam (Kramar, 2014).

Bij duurzame inzetbaarheid gaat over het vermogen van werknemers om gedurende hun hele werkzame leven zowel op werk als op de arbeidsmarkt te functioneren (van der Klink et al., 2016). Recent onderzoek wijst uit dat de duurzame inzetbaarheid van zorgprofessionals onder druk staat door hoge werkdruk, een tekort aan medewerkers en verzuim op basis van mentale klachten (van den Broek et al., 2023). In de hiervoor genoemde studie werd gesteld dat de COVID-19-pandemie een enorme invloed had op de duurzame inzetbaarheid van zorgprofessionals. De pandemie leidde tot meer mentale gezondheidsproblemen, meer verzuim en veranderingen in het perspectief op werk als gevolg van de verstoorde werk-privébalans. Een vergelijkbare studie door Nagel en Nilsson (2022) over de mentale gezondheid van verpleegkundigen vóór en tijdens de COVID-19-pandemie vond dat verhoogde werkdruk en een gebrek aan collegiale ondersteuning een verhoogde associatie had met werkgerelateerde psychische aandoeningen.

Verschillende studies hebben aangetoond dat werkdruk een grote invloed heeft op de mentale gezondheid van zorgprofessionals en de duurzaamheid van gezondheidszorgstelsels (Doleman et al., 2023; Fitzgerald et al., 2017). Gebrek aan onderwijs over de noodzaak van aandacht voor de eigen mentale gezondheid tijdens de (post)academische opleiding van zorgprofessionals in de ggz maken deze uitdagingen nog groter (Bray et al., 2023). Om duurzame inzetbaarheid binnen de werkomstandigheden van de ggz te bevorderen, is het van cruciaal belang om prioriteiten te stellen en ondersteunende omstandigheden te creëren (Frenkel et al., 2022), diverse trainingsopties in te zetten (Bray et al., 2023) en betere werkomstandigheden te ontwikkelen binnen diverse sectoren (Frenkel et al., 2022), teneinde de omgang met werkdruk aan te pakken en aandacht voor veerkracht te bewerkstelligen.

Veerkracht is een ingewikkeld concept, waar verschillende wetenschappers over hebben gepubliceerd. In deze alinea willen we er een beeld van schetsen. Omdat veerkracht in de loop van de tijd evolueert, is het concept volgens van Harmelen (2022) moeilijk meetbaar. Van Harmelen (2022) en Ioannidis en collega's (2020) beschreven veerkracht als 'een complex dynamisch proces van positieve aanpassing aan stress welke optreedt en zich in de loop van de tijd ontvouwt, en verschilt tussen personen in de loop van tijd. Het proces van positieve aanpassing bestaat uit complexe interacties tussen neurobiologische en sociale kwaliteiten, stress en de context waarin deze interacties plaatsvinden'. Jackson en collega's (2007) beschreven veerkracht als 'een dynamisch proces dat aanpassing omvat in de context van aanzienlijke tegenspoed'. Bovendien wordt veerkracht vaak gezien als een tegenhanger van slecht welbevinden (dat stressfactoren en tegenslagen op de werkplek veroorzaakt). Veerkracht wordt gezien als een buffer tegen moeilijke omstandigheden (McAllister & McKinnon, 2009). Jensen en collega's (2008) identificeerden vier componenten die veerkracht bepalen onder zorgprofessionals: [1] attitudes en perspectieven, [2] balans en prioritering, [3] beheer van de dagelijkse praktijk, en [4] het ondersteunen van relaties. Daarnaast hebben Eley en collega's (2013) verschillende persoonlijke eigenschappen in verband gebracht met veerkracht, waaronder de mate van onafhankelijkheid, verantwoordelijkheid, optimisme, doorzettingsvermogen en samenwerking. Deze visies op veerkracht maken duidelijk dat veerkracht een concept is dat gedurende het leven van een persoon kan veranderen, en wel onder invloed van de hiervoor besproken factoren. In de huidige studie passen we de genoemde beschrijving van veerkracht aan naar 'een complex dynamisch proces van positieve aanpassing aan stress', met de toevoeging van Eley en collega's (2013) over het aanpassingsvermogen of de verandering ervan in de loop van de tijd.

Het doel van dit onderzoek is om de relatie tussen werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht bij zorgprofessionals inzichtelijk te maken, en om te onderzoeken of veerkracht een mediërende rol speelt in de relatie tussen ervaren werkdruk en mentale gezondheid. Om deze relaties te onderzoeken is in het huidige onderzoek gebruikgemaakt van een steekproef

onder Nederlandse gedragstherapeuten. Bovendien werd in de huidige studie onderzocht welke factoren van invloed zijn op de toename van de werkdruk en wat volgens de participanten zou kunnen bijdragen aan het verminderen van de ervaren werkdruk in de ggz.

Methoden

Opzet en hypothesen Deze crosssectionele studie richtte zich op de relatie tussen werkdruk, veerkracht en mentale gezondheid bij mentale-gezondheidszorgprofessionals (MGP's), meer specifiek gedragstherapeuten. In dit artikel wordt de algemene term 'MGP' gebruikt voor de respondenten. We verwachtten dat – zoals aangetoond in eerder onderzoek – er een negatieve relatie is tussen werkdruk en mentale gezondheid. Onze hoofdhypothese was dat veerkracht, beschreven als 'een complex dynamisch proces van positieve aanpassing aan stress', de relatie tussen werklast en mentale gezondheid medieert. Daarnaast werd onderzocht in hoeverre bepaalde werkgerelateerde aspecten volgens MGP's werkdruk veroorzaken. Bovendien werd gevraagd wat volgens de respondenten veranderd zou kunnen worden om deze werkdruk te verminderen.

Werkwijze De huidige studie maakte gebruik van een dataset die is verkregen onder 716 MGP's die lid waren van de Nederlandse Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën (VGCT). Ruim 1400 leden van de VGCT die aanwezig waren tijdens de VGCT-najaarsconferentie in 2023 werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek door een online enquête in te vullen. 716 deelnemers vulden de enquête in. Deelnemers hadden toegang tot de online enquête via een link op de VGCT-website. De enquête begon met een korte introductie over onder andere het doel van het onderzoek, de implicaties van deelname, de procedure van gegevensverwerking en de omgang met privacy. Vervolgens werd de deelnemers verzocht om hun toestemming voor deelname aan het onderzoek te bevestigen. De enquête startte met vragen van sociaal-demografische aard (leeftijd, geslacht en werkomgeving), over de ervaren werkdruk (werkdruk, stressvolle taken en stressvolle hoeveelheid werk; zie 'Werklast' onder 'Metingen' hierna) en over mentale gezondheid (stress, angst, depressie, cognitieve klachten en energiebalans; zie 'Mentale gezondheid' onder 'Metingen' hierna). Daarna werd de deelnemers gevraagd om aan te geven: [1] welke kenmerken van hun baan hun de meeste werkdruk gaf, en [2] wat volgens hen zou kunnen bijdragen aan het verminderen van de werkdruk in de ggz (zie 'Werkgerelateerde aspecten die de werkdruk verhogen en/of verlagen' onder 'Metingen' hierna). Ten slotte werd veerkracht gemeten, en wel door de deelnemers te vragen aan te geven in welke mate een lijst met kenmerken die het concept 'veerkracht' benaderen op hen van toepassing zijn (zie 'Veerkracht' onder 'Metingen' hierna). De gegevens zijn verzameld van 21 november 2023 tot 30 december 2023. Om in deze studie te kunnen worden geïnccludeerd, moesten deelnemers in hun

werk rechtstreeks patiëntenzorg verstrekken. Alle gegevens werden anoniem opgeslagen. Uitsluitend onderzoekers hadden toegang tot de dataset.

Deelnemers In totaal hebben 716 VGCT-leden/MGP's deelgenomen aan de online enquête. Bij een van de deelnemers ontbrak een respons op alle vragenlijsten; vier van de respondenten voldeden niet aan het inclusie criterium dat zij rechtstreeks patiëntenzorg moesten verlenen; twee respondenten werkten in opleiding; één deelnemer werkte bij een zorgverzekeraar; en één deelnemer was gepensioneerd. Uiteindelijk werd gebruikgemaakt van de gegevens van 711 respondenten die aan de inclusiecriteria voldeden. Van de totale groep respondenten werkten er 485 ambulant (68,2%), 105 in deeltijd of klinische setting (14,7%), en verklaarden 121 een eigen praktijk te hebben (17,0%).

Metingen *Sociaal-demografische variabelen.* De sociaal-demografische variabelen die werden verkregen waren leeftijd, geslacht en werkomgeving (namelijk wel of geen privépraktijk).

Werklast. Door de volgende vragen te stellen werden drie variabelen van werkdruk gemeten: [1] 'Hoeveel werkdruk ervaar je op je huidige werk?' (werkdruk), [2] 'Hoe belastend voelen de taken die je uitvoert op het werk?' (stressvolle taken), en [3] 'Hoe belastend voelt de hoeveelheid werk die je moet doen?' (stressvolle hoeveelheid werk). Deelnemers beoordeelden de vragen met behulp van een elfpunts likertschaal variërend van 0 ('niet') tot 10 ('zeer'). De werklast werd berekend als het gemiddelde van de gemiddelde score op deze drie variabelen.

Mentale gezondheid. Vijf variabelen van mentale gezondheid werden gemeten door de volgende vragen te stellen: [1] 'Hoeveel stressklachten ervaar je door je werk?' (stressklachten), [2] 'Hoeveel angstklachten ervaar je door je werk?' (angstklachten), [3] 'Hoeveel somberheidsklachten ervaar je door je werk?' (depressieklachten), [4] 'Hoeveel cognitieve klachten ervaar je als gevolg van je werk?' (cognitieve klachten), en [5] 'Is je energieniveau nog in balans na een dag werken?' (energiebalans). Deelnemers scoorden de vragen met behulp van een elfpunts likertschaal, variërend van 0 ('niet') tot 10 ('zeer'). De mentale gezondheid werd berekend als het gemiddelde van de gemiddelde scores op de vijf variabelen.

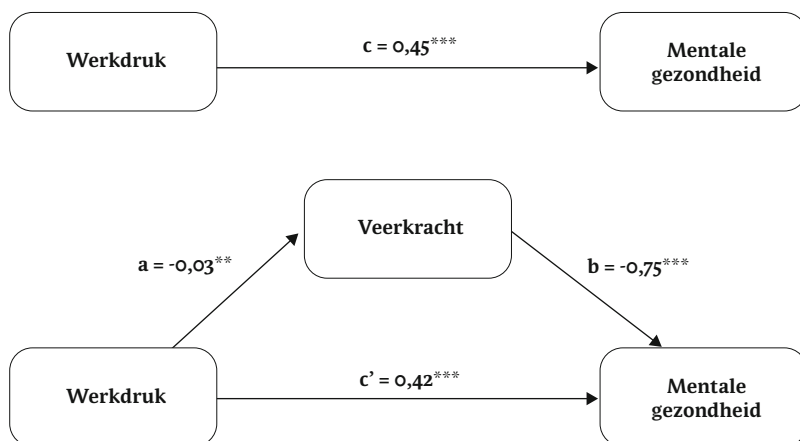
Veerkracht. Op het moment van de online enquête waren er niet veel vragenlijsten beschikbaar om het concept veerkracht te meten. In het onderzoek is de vragenlijst 'Hoe veerkrachtig ben jij?' gebruikt, ontwikkeld door professor Al Siebert, hoogleraar psychologie aan de Portland State University (VS) en oprichter van het Al Siebert Resilience Center (Siebert, 2010). De variabele veerkracht werd gemeten op basis van de volgende tien items: [1] 'Ik pas me snel aan. Ik herstel me snel na moeilijkheden', [2] 'Ik stel prioriteiten en handel daarnaar. Ik zeg nee tegen dingen waar ik geen tijd voor heb', [3] 'Ik ben optimistisch, zie problemen als tijdelijk. Ik verwacht dat ik er weer bovenop kom en dat alles goed zal komen', [4] 'Tijdens een crisis kalmeer ik mezelf en concentreer ik me op het ondernemen van nut-

tige acties', [5] 'Ik ben goed in het logisch analyseren van problemen', [6] 'Ik verzin creatieve oplossingen. Ik vertrouw op mijn intuïtie', [7] 'Ik ben speels, heb humor, kan om mijzelf lachen', [8] 'Ik ben nieuwsgierig en stel vragen. Ik wil graag weten hoe dingen werken en experimenteer graag', [9] 'Ik leer constant van mijn ervaringen en van die van anderen', en [10] 'Ik ben erg flexibel. Ik kan omgaan met tegenstrijdige gevoelens, zoals vertrouwen en wantrouwen, gulheid en zelfzucht, optimisme en pessimisme.' Deelnemers beoordeelden de vragen aan de hand van een elfpunts likert-schaal variërend van 0 ('niet') tot 10 ('zeer'). De veerkracht werd berekend als de het gemiddelde van de gemiddelde scores op alle items.

Werkgerelateerde aspecten die de werkdruk verhogen en/of verlagen. De mate waarin bepaalde werkgerelateerde aspecten door MGP's werden ervaren, zoals een toenemende of juist verminderde werkdruk, werd onderzocht door de respondenten de volgende twee vragen voor te leggen: [1] 'Wat in je werk geeft jou de meeste (werk)druk?', en [2] 'Wat vermoed jij dat kan bijdragen aan het verminderen van de werkdruk in de ggz?' Bij de eerste vraag werden 20 werkgerelateerde aspecten als optie voorgelegd en bij de tweede vraag 11 aspecten. Aan de deelnemers werd gevraagd aan te geven welke van de genoemde aspecten op hen van toepassing waren.

Data-analyse Data-analyses werden uitgevoerd met behulp van het Statistisch Pakket voor de Sociale Wetenschappen Versie 29. Eerst werden de gegevens gecontroleerd op *outliers*, ontbrekende variabelen en normaliteit.

Onafhankelijke *t*-tests en ANOVA's werden gebruikt om groepsverschillen te testen op vlak van mentaal welbevinden, werkdruk en veerkracht. Pearsoncorrelaties werden berekend op demografische kenmerken, en op werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht. Vervolgens werd de impact van werkdruk op de mentale gezondheid berekend door de mogelijke medierende factor van veerkracht te testen (voor een visuele representatie, zie figuur 1). We gebruikten de benadering van mediatie van Baron en Kenny (1986), die stelt dat er sprake is van een mediërend effect wanneer: het effect van de werklust op veerkracht significant is (pad a); veerkracht op mentale gezondheid significant is (pad b); de werkdruk op de mentale gezondheid significant is (pad c); en het directe effect van werkdruk op de mentale gezondheid (pad c') dicht bij nul ligt dan het indirecte effect (pad c). Daarom zijn er drie (afzonderlijke) regressieanalyses gedaan om het medierende effect te testen: [1] een regressieanalyse van werklust naar veerkracht (pad a); [2] een twee-regressieanalyse van werklust en veerkracht naar mentale gezondheid (pad b en pad c'); en [3] een regressieanalyse van werkdruk naar mentale gezondheid (pad c). Ten slotte werden Pearsoncorrelaties berekend om te onderzoeken welke werkgerelateerde aspecten door de deelnemers werden ervaren als werkdrukverhogend en welke als werkdrukverlagend. Het significantieniveau werd vastgesteld op 0,05.



Figuur 1 Mediatiemodel van veerkracht in relatie tot werkdruk en mentale gezondheid ($^{**}p < ,01$; $^{***}p < ,001$ (2-zijdig))

Resultaten

Beschrijvende statistieken Tabel 1 geeft de kenmerken van de respondenten weer en de beschrijvende statistieken van de demografische variabelen, waaronder gemiddelden en standaarddeviaties. De leeftijd van de respondenten varieerde van 25 tot 75 jaar, met een gemiddelde van 43,19 jaar ($SD = 11,44$). Het grootste deel van de respondenten was vrouw (89,3%, $n = 635$), had geen eigen praktijk, en was werkzaam in een poliklinische, deeltijdse of klinische setting (83,0%, $n = 590$).

Een gemiddelde score van 6,95 ($SD = 1,68$) werd gevonden voor werkdruk, bestaande uit de drie variabelen die het ervaren niveau maten van werkdruk ($M = 7,16$, $SD = 1,77$), stressvolle taken ($M = 6,48$, $SD = 1,79$) en stressvolle hoeveelheid werk ($M = 7,21$, $SD = 1,95$). Verder werd een gemiddelde score van 3,90 ($SD = 1,49$) gevonden voor mentale gezondheid, bestaande uit de variabelen stress ($M = 5,87$, $SD = 2,14$), angst ($M = 3,10$, $SD = 2,52$), depressie ($M = 2,59$, $SD = 2,36$), cognitieve klachten ($M = 3,44$, $SD = 2,63$) en energiebalans ($M = 4,52$, $SD = 2,27$). Tot slot is er een gemiddelde score van 3,80 ($SD = 0,48$) gevonden voor veerkracht, bestaande uit tien items die het volgende meten: het vermogen om zich aan te passen aan veranderingen ($M = 3,85$, $SD = 1,72$), prioriteiten te stellen en grenzen te trekken ($M = 3,20$, $SD = 0,93$), om optimistisch te zijn en problemen te overwinnen ($M = 3,81$, $SD = 0,85$), om gefocust te zijn tijdens een crisis ($M = 3,82$, $SD = 0,79$), het logisch analyseren van problemen ($M = 4,07$, $SD = 0,79$), om tot creatieve oplossingen te komen ($M = 3,80$, $SD = 0,83$), speels en humoristisch zijn ($M = 3,84$, $SD = 0,91$), om nieuwsgierig te zijn en graag te experimenteren ($M = 3,97$, $SD = 0,81$), te leren van

Tabel 1 *Demografische variabelen*

Variabelen	Totaal	Mentale gezondheid		Werkdruk		Veerkracht	
	M (SD) / n (%)	M (SD)	t/F	M (SD)	t/F	M (SD)	t/F
<i>Leeftijd</i>	43,19 (11,44) ^a		1,05		2,32 ^{**}		0,91
<i>Geslacht</i>			0,19		1,41		-2,79 ^{**}
Vrouw	635 (89,8) ^b	3,91 (1,49)		6,98 (1,63)		3,78 (0,47)	
Man	72 (10,2) ^b	3,87 (1,47)		6,68 (2,05)		3,95 (0,47)	
<i>Eigen praktijk^c</i>			1,07		36,08 ^{***}		0,85
Ja	121 (17,0) ^b	3,61 (1,51)		6,00 (2,20)		3,78 (0,53)	
Nee	590 (83,0) ^b	3,96 (1,48)		7,14 (1,48)		3,78 (0,46)	
<i>Werkdruk</i>	6,95 (1,68) ^a						
Werkdruk	7,16 (1,77) ^a						
Stressvolle taken	6,48 (1,79) ^a						
Hoeveelheid stressvol werk	7,21 (1,95) ^a						
<i>Mentale gezondheid</i>	3,90 (1,49) ^a						
Stressklachten	5,87 (2,14) ^a						
Angstklachten	3,10 (2,52) ^a						
Depressieve klachten	2,59 (2,36) ^a						
Cognitieve klachten	3,44 (2,63) ^a						
Energiebalans	4,52 (2,27) ^a						
<i>Veerkracht</i>	3,80 (0,48) ^a						
Aanpassen aan veranderingen	3,85 (0,72) ^a						
Prioriteiten en grenzen stellen	3,20 (0,93) ^a						
Optimistisch en problemen verhelpen	3,81 (0,85) ^a						
Gefocust zijn tijdens crisis	3,82 (0,79) ^a						
Logisch problemen analyseren	4,07 (0,79) ^a						
Met creatieve oplossingen komen	3,80 (0,83) ^a						
Speels en humoristisch zijn	3,84 (0,91) ^a						
Onderzoekend en willen experimenteren	3,97 (0,81) ^a						
Leren door ervaring	4,12 (0,74) ^a						
Kunnen dealen met conflicterende gevoelens	3,49 (0,80) ^a						

^{**} $p < ,01$; ^{***} $p < ,001$ (2-zijdig); ^a gemiddelde waarden (standaarddeviatie); ^b aantallen (%)

ervaringen ($M = 4,12$, $SD = 0,74$) en in staat om met tegenstrijdige gevoelens om te gaan ($M = 3,49$, $SD = 0,80$).

Significante verschillen met betrekking tot leeftijd werden gevonden in werkbelasting ($F = 2,32$, $p < ,001$), waarbij deelnemers met een hogere leeftijd lager scoorden op werkdruk (dat wil zeggen, werkdruk en stressvolle hoeveelheid werk; zie ook tabel 2). Verder is er een significant verschil gevonden voor geslacht op veerkracht ($t = -2,79$, $p < ,05$), waarbij mannen hoger scoorden dan vrouwen. Ook werden significante verschillen gevonden met betrekking tot privépraktijk en werkdruk ($F = 36,08$, $p < ,001$). Deelnemers die (tevens) werkten in een privépraktijk scoorden lager op werkdruk dan deelnemers die werkzaam waren in een poliklinische, deeltijdse of klinische setting.

Verband tussen werkdruk, mentale gezondheid, veerkracht en demografische variabelen Bivariate correlaties tussen werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht zijn weergegeven in tabel 2. Uit de resultaten blijkt dat werkdruk en mentale gezondheid positief correleerden ($r = 0,50$, $p < ,01$), wat aangeeft dat hogere scores op werklust geassocieerd zijn met hogere scores op mentale klachten. Alle drie variabelen van werklust waren significant positief gecorreleerd met stress, angst, depressie en cognitieve klachten, en negatief met de energiebalans (zie tabel 2; alle $p < ,01$), wat aangeeft dat hogere niveaus van ervaren werkdruk, stressvolle taken en stressvolle hoeveelheid werk worden geassocieerd met hogere scores van stress, angst, depressie en cognitieve klachten, en met een lagere energiebalans. Verder waren werklust en veerkracht negatief gecorreleerd ($r = -0,10$, $p < ,05$), wat aangeeft dat hogere niveaus van werkdruk worden geassocieerd met lagere niveaus van veerkracht. Kijkend naar de items van werklust, was alleen het item stressvolle taken significant gecorreleerd met veerkracht ($r = -0,16$, $p < ,01$), wat aangeeft dat hogere niveaus van stressvolle taken zijn geassocieerd met een lager niveau van veerkracht. Tot slot waren veerkracht en mentale gezondheid negatief gecorreleerd ($r = -0,29$, $p < ,01$), wat aangeeft dat hogere niveaus van mentale klachten werden gerapporteerd door MGP's die lagere niveaus van veerkracht rapporteerden. Veerkracht was negatief gecorreleerd met stress, angst, depressie en cognitieve klachten, en positief met de energiebalans (zie tabel 2; alle $p < ,01$), wat aangeeft dat hogere niveaus van stress, angst, depressie en cognitieve klachten en lagere niveaus van energiebalans werden gerapporteerd door MGP's die lagere niveaus van veerkracht rapporteerden. Verder was hogere leeftijd ($r = -0,12$, $p < ,01$) en werken in een privépraktijk ($r = -0,09$, $p < ,05$) significant gecorreleerd met minder mentale klachten. Ook waren hogere leeftijd ($r = -0,12$, $p < ,01$) en werken in een privépraktijk ($r = -0,21$, $p < ,01$) gecorreleerd met lagere werkdruk. Ten slotte bleken mannelijk geslacht ($r = 0,12$, $p < ,01$) en werken in een privépraktijk ($r = 0,09$, $p < ,05$) significant gecorreleerd te zijn met meer veerkracht.

Tabel 2 *Correlaties tussen studievariabelen*

Totale scores van werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht						
	1	2	3	4	5	6
Leeftijd	-					
Geslacht	-0,14**	-				
Eigen praktijk ¹	0,40**	-0,12**	-			
Werkdruk	-0,12**	0,03	-0,21**	-		
Mentale gezondheid	-0,12**	0,01	-0,09*	0,50**	-	
Veerkracht	0,04	-0,12**	0,09*	-0,10*	-0,29**	-

Gespecificeerd naar de items van werkdruk en mentale gezondheid												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Leeftijd	-											
Geslacht	-0,14**	-										
Eigen praktijk ¹	0,40**	-0,12**	-									
Werkdruk	-0,13**	0,10*	-0,25**	-								
Taken	-0,06	-0,03	-0,15**	0,63**	-							
Hoeveelheid werk	-0,16**	0,03	-0,19**	0,77**	0,60**	-						
Stress	-0,14**	0,08*	-0,18**	0,62**	0,59**	0,57**	-					
Angst	-0,14**	0,05	-0,04	0,29**	0,41**	0,28**	0,56**	-				
Depressie	-0,08*	0,02	-0,03	0,35**	0,50**	0,32**	0,61**	0,64**	-			
Cognitieve klachten	-0,13**	0,04	-0,12**	0,38**	0,42**	0,38**	-0,57**	0,52**	0,58**	-		
Energiebalans	0,13**	-0,13**	0,15**	-0,29**	-0,32**	-0,28**	-0,35**	-0,20**	-0,29**	-0,30**	-	
Veerkracht	0,04	-0,12**	0,09*	-0,08	-0,16**	-0,05	-0,22**	-0,30**	-0,28**	-0,22**	0,14**	-

* $p < ,05$; ** $p < ,01$ (2-zijdig); ¹ of deelnemers wel of niet een eigen praktijk hadden

Veerkracht als mediator in de relatie tussen werkdruk en mentale gezondheid Vervolgens is getest of veerkracht de relatie tussen werkdruk en mentale gezondheid medieert (zie tabel 3). De resultaten laten zien dat de relatie tussen werkdruk en veerkracht (pad a; zie figuur 1) negatief en significant was ($\beta = -0,03$, $t = -2,70$, $p = ,007$). De relatie tussen veerkracht en mentale gezondheid (pad b; zie figuur 1) was negatief en significant

($\beta = -0,76, t = -6,95, p < ,001$). Verder is het totale effect van werkdruk op mentale gezondheid (pad c; zie figuur 1) significant ($\beta = 0,45, t = 14,15, p < ,001$). De algemene bevindingen toonden een positieve en significante impact op de werkdruk en op de mentale gezondheid (pad c'; zie figuur 1) door veerkracht ($\beta = 0,42, t = 13,46, p < ,001$). Kortom, uit de resultaten blijkt dat aan alle eisen voor mediatie is voldaan: de effecten a, b en c zijn

Tabel 3 Mediatieanalyses

Direct effect model					
Predictor		Uitkomst = M (veerkracht)			
		B	SE	t	p
X (werkdruk)	a	-0,03	0,12	-2,70	,007**
Leeftijd		-0,00	0,00	-1,15	,249
Geslacht		-0,16	0,06	-2,57	,010*
Eigen praktijk ¹		0,06	0,06	1,06	,291
Constante	i ₁	4,24	0,14	30,51	< ,001***
Direct effect model					
Predictor		Uitkomst (mentale gezondheid)			
		B	SE	t	p
X (werkdruk)	c'	0,42	0,03	13,46	< ,001***
M (veerkracht)	b	-0,76	0,11	-6,95	< ,001***
Leeftijd		-0,01	0,01	-1,30	,194
Geslacht		-0,24	0,17	1,44	,151
Eigen praktijk ¹		0,22	0,16	-1,44	,150
Constante	i ₂	4,30	0,60	7,27	< ,001***
Totaal effect model					
Predictor		Uitkomst = Y (mentale gezondheid)			
		B	SE	t	p
X (werkdruk)	c	0,45	0,32	14,15	< ,001***
Leeftijd		-0,00	0,01	-0,88	,381
Geslacht		-0,10	0,17	-0,58	,565
Eigen praktijk ¹		0,23	0,16	1,45	,149
Constante	i ₃	0,982	0,38	2,61	,009**

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$ (2-zijdig); SE = standard error; ¹ of deelnemers wel of niet een eigen praktijk hadden

allemaal statistisch significant, en het directe effect van werkdruk op mentale gezondheid c' is gelijk aan 0,42 en bevindt zich dus dicht bij nul dan het totale effect ($c = 0,45$). Aangezien zowel c als c' significant zijn, medeert veerkracht gedeeltelijk het effect van werkdruk op mentale gezondheid (dat wil zeggen: het vermindert het effect, maar doet het niet helemaal teniet).

Werkgerelateerde aspecten en perceptie van MGP's op de werkdruk Tot slot is onderzocht: [1] in welke mate bepaalde werkgerelateerde factoren door MGP's werden ervaren als oorzaak van toenemende werkdruk, en [2] wat naar hun mening kan bijdragen aan het verminderen van de werkdruk in de ggz. Voor een gedetailleerde beschrijving van de resultaten verwijzen we naar tabel 4.

Discussie

De geestelijke gezondheid van MGP's wordt wereldwijd een steeds belangrijker onderwerp. Hoewel de mentale gezondheid van MGP's over het algemeen wordt beschouwd als een van de hoekstenen van professionele effectiviteit, gezondheid en geluk (Eley et al., 2013), is er in de afgelopen decennia in de klinische praktijk minder aandacht besteed aan dit vraagstuk. Uit onderzoek is gebleken dat de mentale gezondheid van MGP's onwenselijk laag is, en dat emotionele uitputting en uitval onder MGP's hoog is (van den Broek & de Vroege, 2023a). Dit gegeven kan negatieve gevolgen hebben voor de duurzame inzetbaarheid van MGP's, die onder druk staan als gevolg van ervaren hoge werkdruk, een toenemend capaciteitsprobleem en uitval door mentale klachten (van den Broek et al., 2023). Howard en collega's (2019) zagen veerkracht als een tegengif voor een minimaal gevoel van mentale gezondheid, voor het omgaan met stressoren, tegenslagen en negatieve ervaringen op de werkvloer, en als een buffer bij het omgaan met complexe situaties. Met deze kennis lijkt het voor de hand te liggen om aandacht te besteden aan (het onderhouden van) mentale veerkracht. Onderzoek onder MGP's naar de relatie tussen waargenomen werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht is schaars. Het huidige onderzoek richtte zich vooral op de relatie tussen ervaren werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht, en met name of de relatie tussen ervaren werkdruk en mentale gezondheid werd gemedieerd door veerkracht. Daarnaast waren we geïnteresseerd in welke factoren volgens MGP's bijdragen aan het ervaren van hoge werkdruk en welke aspecten volgens hen kunnen bijdragen aan het verlagen van de werkdruk in de geestelijke gezondheidszorg.

Ten eerste toonden de resultaten van het huidige onderzoek aan dat werkdruk en mentale gezondheid positief geassocieerd zijn. Dit betekent dat een hoge ervaren werkdruk gerelateerd is aan hoge(re) psychische problemen. Meer specifiek, alle drie variabelen van werklast (werkdruk, stressvolle taken en stressvolle hoeveelheid werk) waren significant posi-

Tabel 4 *Werkgerelateerde aspecten geassocieerd met werkdruk*

40

Variabele	n(%)
Aspecten die gezien worden als veroorzakers van werkdruk	
Te weinig tijd voor niet-declarabele taken	422 (59,3)
Toenemende ernst van problemen van cliënten	414 (58,1)
Administratieve last	399 (56,0)
Eigen karakter	345 (48,5)
Oplopende productienormen	343 (48,2)
Wachtlijsten	286 (40,2)
Personeels-/capaciteitstekort	262 (36,8)
Verloop van personeel	225 (31,6)
Samenwerking met management	189 (26,5)
Grote caseload als regiebehandelaar	187 (26,3)
Organisatorische druk, te weinig steun vanuit management	181 (25,4)
Langdurige ziekte bij collega	119 (16,7)
Scholing en/of nascholing niet goed gefaciliteerd	113 (15,9)
Supervisie en/of intervisie niet goed gefaciliteerd	88 (12,4)
Weinig autonomie hebben	85 (11,9)
Samenstelling van het team	71 (10,0)
Samenwerking met collega's	59 (8,3)
Crisisdienst draaien	39 (5,5)
Langdurige afwezigheid van collega's	34 (4,8)
Aspecten die werkdruk kunnen verminderen volgens de participanten	
Inbouwen van ontspanning op de werkvloer	347 (48,8)
Sociale steun vergroten op de werkvloer	221 (31,1)
Mentale klachten door werkdruk bespreekbaar maken (destigmatisatie)	217 (30,5)
Mogelijkheid tot supervisie en/of intervisie	200 (28,1)
Cliënten informeren over steun van lotgenoten	198 (26,4)
Zelfmanagement van stress (monitoren van de eigen stressbalans)	167 (23,4)
Mogelijkheid tot (bij)scholing	145 (20,4)
Opzetten van ondersteuningssysteem binnen het werk (bijvoorbeeld buddy's of supportafdeling)	129 (18,1)
Psycho-educatie over mentale zelfzorg en preventieplan voor medewerkers	93 (13,1)
Meer sociale steun buiten de werkomgeving	57 (8,0)

tief gecorreleerd met stress, angst, depressie en cognitieve klachten, en negatief gecorreleerd met energiebalans (dat wil zeggen, met minder energie). Dit is in lijn met eerder vergelijkbaar onderzoek van van den Broek en collega's (2023), dat suggereerde dat de duurzame inzetbaarheid van zorgmedewerkers onder druk staat door de hoge werkdruk en impactvolle gebeurtenissen (zoals de COVID-19-pandemie), die tot een toename hebben geleid in psychische problemen en ziekteverzuim, en door de verstoorde werk-privébalans tot een verandering in visie op het werk.

Aansluitend werd in het huidige onderzoek gevonden dat de algeheel ervaren werkdruk en veerkracht negatief correleren. Dit betekent dat een hogere mate van ervaren werkdruk geassocieerd is met een lagere mate van veerkracht. Meer specifiek was één item van werklast – stressvolle taken – significant negatief gecorreleerd met veerkracht, wat betekent dat een hogere mate van ervaren belasting door stressvolle taken geassocieerd is met een lagere mate van veerkracht. Karadaş en Duran (2021) onderzochten de mediërende rol van veerkracht in het effect van ervaren sociale steun op werkstress bij zorgprofessionals. Zij vonden een statistisch negatieve correlatie tussen werkstress en ervaren werkdruk en veerkracht.

Bovendien waren veerkracht en mentale gezondheid negatief gecorreleerd, wat betekent dat er een hogere mate van ervaren mentale klachten gerapporteerd werd door MGP's met een lagere mate van veerkracht. Meer specifiek was veerkracht negatief gecorreleerd met stress, angst, depressie en cognitieve klachten, en positief gecorreleerd met energiebalans. Dit houdt in dat er een hogere mate van stress, angst, depressie en cognitieve klachten, en een lagere mate van energiebalans gerapporteerd werden door MGP's met een lagere mate van veerkracht. In verschillende onderzoeken wordt veerkracht gerapporteerd als een kritische factor bij het handhaven van de energiebalans en de algehele mentale gezondheid van MGP's. Veerkracht zou omgekeerd evenredig zijn met burn-out en psychische problemen (angst, depressie) (Castillo-González et al., 2024).

Binnen het huidige onderzoek meldden MGP's met een hogere leeftijd en diegenen werkzaam in een privépraktijk minder mentale klachten. De resultaten van het onderzoek geven aan dat oudere MGP's die werkzaam zijn in een privépraktijk minder werkdruk ervaren ten opzichte van de rest van de respondenten. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn: meer levenservaring (met behoud van interesse, toegenomen ontwikkeling van het zelfbewustzijn en acceptatie van persoonlijke beperkingen), betere rolwaardering en meer balans en prioritering (bijvoorbeeld het inplannen van pauzes), autonomie over praktijkmanagement en op tijd ondersteunende relaties opbouwen (denk aan positieve persoonlijke relaties, effectieve professionele relaties en goede communicatie met collega's) (Jensen et al., 2008), en een aantal persoonlijkheidseigenschappen, zoals volwassenheid en het vermogen om verantwoordelijkheden aan te pakken (Eley et al., 2013).

In het onderzoek werd bovendien een verschil tussen mannen en vrouwen gevonden: mannelijke MGP's werkzaam in een privépraktijk rappor-

teerden meer veerkracht. Eerdere studies suggereren dat mannen en vrouwen over het algemeen anders reageren op werkdruk, waarbij mannen over het algemeen hogere scores rapporteren op veerkracht dan vrouwen. Een crosssectionele studie uitgevoerd door Lowe en collega's (2021) in New York toonde aan dat vrouwelijke gezondheidsprofessionals kwetsbaarder zijn voor de psychologische gevolgen van stress, zoals symptomen van depressie, angst en posttraumatische stressklachten. Dit is in lijn met een studie van Teo en collega's (2024) onder beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg in Singapore. Zij ontdekten dat mannen significant hoger scoorden op veerkracht dan vrouwen. Hetzelfde resultaat werd gevonden in een crosssectionele studie van Elkudssiah Ismail en collega's (2022) onder mannelijke huisartsen en apothekers in Maleisië, die hogere veerkrachtscores rapporteerden dan hun vrouwelijke collega's. Als mogelijke verklaring hiervoor stelden Hirani en collega's (2016) dat werkende vrouwen vaak ook huishoudelijke en gezinsgerelateerde verantwoordelijkheden dragen, terwijl de rollen van mannen voornamelijk verband houden met extern werk en besluitvorming.

Zoals verondersteld, bleek uit het huidige onderzoek dat het verband tussen werkdruk en mentale gezondheid werd gemedieerd door veerkracht. Dit houdt in dat MGP's die hoog scoren op werkdruk een grotere kans hebben op een hogere score op mentale klachten. Interessant is dat veerkracht deze relatie gedeeltelijk verklaart. MGP's die meer werkdruk ervaren, rapporteren een lagere score op veerkracht, wat leidt tot een toename van gemelde psychische problemen. Dit is in lijn met de uitkomsten van de systematische review van Howard en collega's (2019), die aangeven dat persoonlijke veerkracht essentieel is voor de mentale gezondheid, werking en duurzame inzetbaarheid van MGP's – allemaal factoren die het hun mogelijk maken om hun cliënten op gepassioneerde wijze zorg te kunnen leveren.

Tot slot blijkt uit de respons op de verkennende vragen over welke werkgerelateerde zaken werkdruk veroorzaken dat bijna 60% van de respondenten aangeeft veel te weinig tijd te hebben voor niet-declarabele taken, zoals telefonisch overleg met verwijzers, administratieve taken (bijvoorbeeld ontslagbrieven en verslagen schrijven) en overleg met collega's. Meer dan de helft van de respondenten gaf aan dat de toenemende complexiteit van de problemen van cliënten en de administratieve lasten oorzaak zijn van toename van de werkdruk. Verder geeft ongeveer de helft van de MGP's aan dat werkdruk wordt veroorzaakt door toenemende productienormen, wachtlijsten, personeels- en/of capaciteitstekort en omzet. Ongeveer een kwart van de MGP's was van mening dat de samenwerking met het management, hun grote caseload als regiebehandelaar, organisatorische druk en te weinig steun van het management de werkdruk verhogen. Verder noemden MGP's langdurige ziekte van collega's, onvoldoende middelen (zoals niet goed gefaciliteerde (bij)scholing, supervisie en/of interview), weinig autonomie, samenstelling van het team, samenwerking met collega's, crisisdienst draaien en langdurig verlof van collega's als factoren

die een negatieve invloed hebben op de ervaren werkdruk. Deze bevindingen zijn in lijn met de studie van Howard en collega's (2019), die als oorzaken van stress noemen: een te hoge werkdruk, functie- en opleidingseisen, ontoereikende middelen, slechte supervisie, lange werkdagen (vanwege capaciteitsproblemen, ontoereikende faciliteiten en een gebrek aan ondersteuning door collega's of management). Deze aspecten leiden tot ontevredenheid en spijt over de carrièrekeuze, personeelsverloop (Yanchus et al., 2017) en een gebrek aan empathie voor cliënten (Kealy et al., 2016).

Met betrekking tot aspecten die de werkdruk zouden kunnen verminderen, rapporteert ongeveer de helft van de respondenten het inbouwen van ontspanning op de werkvloer. Een derde stelde voor om de sociale steun op de werkvloer te vergroten, mentale klachten als gevolg van werkdruk te bespreken, en de mogelijkheid tot supervisie en/of intervisie te integreren. Een kwart van de respondenten stelde voor om cliënten te informeren over de mogelijkheid tot ondersteuning door lotgenoten, om het eigen stressmanagement te verbeteren (de eigen energiebalans te monitoren) en om op dit vlak mogelijkheden tot (bij)scholing te creëren. De laatste aanbevelingen betroffen het opzetten van een ondersteuningssysteem binnen het werk (bijvoorbeeld met buddy's), het realiseren van terugkerende psycho-educatie voor werknemers over mentale zelfzorg en preventieactiviteiten, en het verhogen van de sociale steun buiten de werkomgeving.

Deze bevindingen zijn in lijn met eerdere reviews van De Sio en collega's (2020) over de doeltreffendheid van preventieve maatregelen tegen werkgerelateerde stress en tegen psychische klachten bij zorgprofessionals. De auteurs vonden dat verschillende maatregelen effectief waren, zoals collectieve interventies (bijvoorbeeld steungroepen), individueel gerichte interventies (bijvoorbeeld mentorschap en fysieke activiteiten tijdens werktijd) en op mindfulness gebaseerde strategieën (bijvoorbeeld counselingprogramma's). Ze concludeerden echter ook dat er nog steeds geen consensus is over wat de meest effectieve preventieve maatregelen zijn. Een aanbeveling uit een review van Howard en collega's (2019) betrof het ontwikkelen van een evidencebased interventie gericht op bevorderen van veerkracht. Het regelmatig volgen van zulke trainingen tijdens werktijd zou gefaciliteerd moeten worden. Een ondersteunende en op samenwerking gerichte werkomgeving, met frequente trainingen gericht op stressvermindering en zelfmanagement, is essentieel om het niveau van mentale gezondheid te verhogen. Toekomstig onderzoek is nodig om vast te stellen welke interventies doeltreffend zijn voor MGP's.

Naast het voorgaande is het van belang om de rol van de overheid en de maatschappij hierin niet te vergeten. Het feit dat zorgprofessionals in toenemende mate een hoge werkdruk en een groeiende administratieve last ervaren, heeft een directe impact op hun welzijn, met daarmee een verhoogd risico op mentale klachten, zoals stress, burn-out en demotivatie. Het concept van veerkracht speelt hierbij een cruciale rol. Veerkracht helpt zorgprofessionals om te gaan met deze uitdagingen, maar het versterken

ervan vraagt om een structurele ondersteuning vanuit zowel de werkgever als de overheid. Hoewel zorgprofessionals veel intrinsieke motivatie en toewijding hebben, is veerkracht geen oneindige bron. Zonder voldoende steun en middelen kunnen zelfs de meest veerkrachtige zorgverleners uitgeput raken. Daarom pleiten we naast het hiervoor beschreven preventieve aanbod, dat gericht is op het bevorderen van de individuele veerkracht van zorgprofessionals, voor een aanpak die gestuurd wordt vanuit de werkgever en de overheid. Dat is noodzakelijk ter bescherming en versterking van de zorgprofessionals.

De overheid kan zich hierbij richten op vermindering van de administratieve werklast. Een groot deel van de werkdruk komt voort uit de hoeveelheid administratief werk die zorgverleners moeten verrichten. Door beleid te ontwikkelen dat hun administratieve verplichtingen vereenvoudigt of vermindert, kan de overheid zorgprofessionals direct ontlasten. Dit kan bijvoorbeeld door te investeren in efficiënte ICT-systemen, onnodige rapportages te schrappen, en vertrouwen terug te brengen door minder controle- en verantwoordingsmechanismen te eisen. Wat tevens op zijn plaats zou zijn, is een gerichte investering met middelen die worden vrijgemaakt ten behoeve van programma's die de mentale gezondheid van zorgprofessionals ondersteunen. Hierbij kan gedacht worden aan subsidies voor mentale coaching en training in veerkracht, toegang tot laagdrempelige en anonieme psychologische hulp, en implementatie van herstelperioden of sabbaticals voor zwaar belaste professionals.

Bovendien zijn er structurele oplossingen nodig om de werkdruk te verminderen. Het aanpakken van personeelstekorten is essentieel, bijvoorbeeld door meer opleidingsplaatsen te creëren en betere arbeidsvoorwaarden te bieden. Daarnaast kunnen flexibele werkmodellen zorgverleners helpen om hun werkdruk te reguleren, zoals deeltijds of hybride werken. Verder kan de overheid maatschappelijke waardering stimuleren, wat de motivatie en veerkracht van zorgprofessionals kan vergroten. Dit kan door middel van bewustwordingscampagnes, waarderingsacties en publieke steun. Dit kan ook bijdragen aan het creëren van realistische verwachtingen als het gaat om wachttijden of de beperkingen van zorgsystemen. Door op die manier begrip te tonen en te vertrouwen op het vakmanschap van zorgprofessionals, kunnen die zich gesteund voelen, in plaats van onder druk gezet. Tot slot kunnen preventieve overheidsmaatregelen gericht op het bevorderen van een gezonde levensstijl de druk op het zorgsysteem verminderen, wat zorgprofessionals meer ruimte biedt om te focussen op complexe casussen.

Sterke punten en beperkingen Deze huidige studie richt zich op een onderwerp uit de geestelijke gezondheidszorg dat nauwelijks is onderzocht. Een behoorlijke steekproef werd verzameld onder gedragstherapeuten die door heel Nederland werkten in verschillende beroepsomgevingen. Tezamen vormden zij een goede weerspiegeling van het werkveld van MGP's.

Deze studie kent echter ook verschillende beperkingen. Ten eerste het ontbreken van een duidelijke operationele definitie van veerkracht. Op basis van de huidige beschikbare literatuur over dit onderwerp hebben we geprobeerd het concept 'veerkracht' op de best mogelijke manier te peilen. Vanwege het crosssectionele design konden we de factoren werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht slechts op één enkel tijdstip meten, waardoor we niet in staat waren om de dynamische veranderingen in de loop van de tijd van met name veerkracht vast te leggen. Om die reden kunnen geen conclusies worden getrokken met betrekking tot causaliteit. Dit staat in contrast met de definitie van veerkracht van van Harmelen (2022) en Ioannidis en collega's (2020), die veerkracht omschrijven als 'een complex dynamisch proces van positieve aanpassing aan stress die zich in de loop van de tijd voordoet en ontvouwt, en verschilt van persoon tot persoon en na verloop van tijd'. Gekozen is voor de combinatie van samengestelde vragenlijsten en het gebruik van een likertschaal om de perceptie van respondenten van werkdruk en mentale gezondheid te meten, evenals veerkracht. Deze verkennende vragenlijsten misten echter validatie. Nadere studies moeten worden uitgevoerd om met behulp van gevalideerde instrumenten de relatie tussen werkdruk, mentale gezondheid en psychologische veerkracht te beoordelen. Aangezien veerkracht een complex construct is, waarvan binnen de wetenschap verschillende definities worden genoemd, hebben we een keuze gemaakt en besloten om de vragenlijst van Al Siebert (2010) te benutten. Mogelijk is deze vragenlijst niet allesomvattend en zijn niet alle mogelijke factoren in dit onderzoek meegenomen. Andere beïnvloedende factoren, zoals mentale en medische comorbiditeit, zouden de score op het concept 'veerkracht' mede bepaald kunnen hebben. Ten slotte: hoewel deze studie kan worden gegeneraliseerd naar andere MGP's, is externe validiteit vereist voor verder onderzoek. Professionele rollen en functies kunnen verschillen tussen de respondenten in deze steekproef en van collega's van andere beroepsverenigingen, hetgeen de generaliseerbaarheid van de bevindingen enigszins beperkt.

Klinische implicaties Deze studie draagt bij aan beter begrip van de relatie tussen ervaren werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht, en de mediërende rol van veerkracht in relatie tot ervaren werkdruk en mentale gezondheid onder MGP's in Nederland. De bevindingen benadrukken de noodzaak voor een proactieve aanpak van het probleem van lage veerkracht onder MGP's in de geestelijke gezondheidszorg.

In navolging van dit onderzoek zouden interventies gericht op het vergroten van de veerkracht onder MGP's kunnen worden verkend. Deze interventies kunnen zich richten op hun werkgebied, bijvoorbeeld op het opbouwen van ontspanning, het vergroten van het sociale draagvlak op de werkvloer, het bespreken van mentale klachten door werkdruk, het creëren van een mogelijkheid tot supervisie en/of intervisie, en het informeren van cliënten over steun van lotgenoten – allemaal zaken die kunnen leiden tot vermindering van de druk op de professional. Interventies met betrekking

tot persoonlijke ontwikkeling kunnen bestaan uit regelmatige aandacht voor zelfbewustzijn, reflectie en zelfzorgvaardigheden gedurende en na de opleiding. Wat betreft aandachtspunten buiten werktijd zou gepleit kunnen worden voor het bespreekbaar maken van het op tijd opnemen van vrije dagen, evenals voor een goede werk-privébalans en steun vragen aan partner of familie. Bovendien wordt het belang van autonomie met betrekking tot flexibele werkregelingen en het plannen van de eigen agenda gesuggereerd, naast een cultuur van voortdurende aandacht voor het bevorderen van veerkracht op de werkplek. Om de effectiviteit van mogelijke interventies beter te kunnen evalueren, is onderzoek op dit gebied noodzakelijk.

Hoewel veerkracht een complex concept is, blijkt het een mediërende rol te spelen bij het omgaan met ervaren werkdruk en de eventuele mentale klachten die daaruit kunnen voortvloeien. Veerkracht bevorderen door het implementeren van de nodige strategieën is absoluut wenselijk om een gezonde, effectieve en plezierige werkomgeving binnen de ggz te realiseren. Regelmatige aandacht voor veerkracht en training ervan bevorderen de capaciteiten om werkdruk te kunnen hanteren, wat een positieve invloed heeft op de mentale gezondheid van zorgprofessionals. De veerkracht van zorgprofessionals is een waardevolle, maar niet onuitputtelijke bron. Naast individuele acties gericht op bevordering van veerkracht, zijn ook werkgevers en de overheid aan zet. Het verminderen van werkdruk en administratieve lasten, gecombineerd met steun voor mentale gezondheid, is namelijk niet alleen een investering in de zorgsector, maar in de samenleving als geheel.

Onze waardering gaat uit naar Coen Horstman en Floor van Dun van de sectie Werk en Gezondheid van de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën (VGCT). Zij hebben het initiatief genomen om een enquête te houden onder VGCT-leden en stelden de auteurs in staat om de gegevens te verwerken. Tot slot willen we alle respondenten bedanken die de tijd hebben genomen om de enquête in te vullen.

De auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben met betrekking tot de publicatie van dit artikel.

Lilach Shaul is werkzaam bij GGz Breburg in Breda.

Lars de Vroege en **Anneloes van den Broek** zijn eveneens verbonden aan GGz Breburg in Tilburg/Breda, en zijn verder verbonden aan departement Tranzo van Tilburg University.

Correspondentieadres: Anneloes van den Broek, GGZ Breburg, Poolseweg 190, 4818CG Breda. E-mail: a.vandenbroek@ggzbreburg.nl

Summary

Dealing with workload and stress complaint: The impact of resilience

Mental health professionals (MGPs) are under pressure and their mental well-being is decreasing. The aim of this research is to gain insight into the relationship between

work pressure, mental well-being and resilience among MGPs. This is a cross-sectional study among 711 behavioral therapists, all members of the VGct. It was shown that the relationship between workload and mental well-being is partly mediated by resilience. Respondents cite insufficient time for indirect/non-billable tasks, increase in the number of clients with complex problems and administrative burden as causes of their increased workload. Respondents advocate leisure activities integrated in the workplace to reduce the workload. Our findings highlight the importance of promoting resilience to prevent absenteeism and mental health issues, and reduce the perceived workload. It is recommended to develop, evaluate and monitor resilience programs within mental health care and during the (post)graduate training.

Keywords *resilience, workload, stress complaints, well-being, behavioral therapists*

Referenties

- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *The Annals of Family Medicine*, 12, 573-576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Bray, L., Meznikova, K., Crampton, P., & Johnson, T. (2023). Sustainable healthcare education: A systematic review of the evidence and barriers to inclusion. *Medical Teacher*, 45, 157-166. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2110052>
- Castillo-González, A., Velando-Soriano, A., De La Fuente-Solana, E. I., Martos-Cabrera, B. M., Membrive-Jiménez, M. J., Lucía, R. B., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2024). Relation and effect of resilience on burnout in nurses: A literature review and meta-analysis. *International Nursing Review*, 71(1), 160-167. <https://doi.org/10.1111/inr.12838>
- De Sio, S., Buomprisco, G., Perri, R., Bruno, G., Mucci, N., Nieto, H. A., Trovato Battagliola, E., & Cedrone, F. (2020). Work-related stress risk and preventive measures of mental disorders in the medical environment: An umbrella review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 24, 821-830.
- Doleman, G., De Leo, A., & Bloxsome, D. (2023). The impact of pandemics on healthcare providers' workloads: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 79, 4434-4454. <https://doi.org/10.1111/jan.15690>
- Eley, D. S., Cloninger, C. R., Walters, L., Laurence, C., Synnott, R., & Wilkinson, D. (2013). The relationship between resilience and personality traits in doctors: Implications for enhancing wellbeing. *PeerJ*, 1, e216. <https://doi.org/10.7717/peerj.216>
- Elkudssiah Ismail, N., Hui, W. M., Goh, K. W., Jimam, N. S., Hermansyah, A., & Ming, L. C. (2022). Resilience among Malaysian community pharmacists and general medical practitioners using the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): The first national survey. *Behavioral Sciences*, 12, Article 272. <https://doi.org/10.3390/bs12080272>
- Fitzgerald, K., Yates, P., Bengier, J., & Harris, A. (2017). The psychological health and well-being of emergency medicine consultants in the UK. *Emergency Medicine Journal*, 34, 430-435. <https://doi.org/10.1136/emermed-2015-205246>
- Frenkel, M. O., Pollak, K. M., Schilling, O., Voigt, L., Fritzsche, B., Wrzus, C., Egger-Lampl, S., Merle, U., Weigand, M. A., & Mohr, S. (2022). Stressors faced by healthcare professionals and coping strategies during the early stage of the COVID-19 pandemic in Germany. *PloS one*, 17, e0261502. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261502>
- Hirani, S., Lasiuk, G., & Hegadoren, K. (2016). The intersection of gender and resilience. *Journal of Psychiatric and*

- Mental Health Nursing*, 23, 455-467.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12313>
- Howard, R., Kirkley, C., & Baylis, N. (2019). Personal resilience in psychiatrists: Systematic review. *BJPsych Bulletin*, 43, 209-215. <https://doi.org/10.1192/bjb.2019.12>
- Ioannidis, K., Askelund, A. D., Kievit, R. A., & van Harmelen, A. (2020). The complex neurobiology of resilient functioning after childhood maltreatment. *BMC Medicine*, 18, Article 32. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1490-7>
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 1-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x>
- Jensen, P. M., Trollope-Kumar, K., Waters, H., & Everson J. (2008). Building physician resilience. *Canadian Family Physician*, 54, 722-729.
- Karadaş, A., & Duran, S. (2021). The effect of social support on work stress in health workers during the pandemic: The mediation role of resilience. *Journal of Community Psychology*, 50, 1640-1649. <https://doi.org/10.1002/jcop.22742>
- Kealy, D., Halli, P., Ogrodniczuk, J. S., & Hadjipavlou, G. (2016). Burnout among Canadian psychiatry residents: A national survey. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61, 732-736. <https://doi.org/10.1177/0706743716645286>
- Kramar, R. (2014). Beyond strategic human resource management: Is sustainable human resource management the next approach? *The International Journal of Human Resource Management*, 25, 1069-1089. <https://doi.org/10.1080/09585192.2013.816863>
- Lowe, S. R., Hennein, R., Feingold, J. H., Peccoralo, L. A., Ripp, J. A., Mazure, C. M., & Pietrzak, R. H. (2021). Are women less psychologically resilient than men? Background stressors underlying gender differences in reports of stress-related psychological sequelae. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 83, 21br14098. <https://doi.org/10.4088/JCP.21br14098>
- McAllister, M., & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: A critical review of the literature. *Nurse Education Today*, 29, 371-379. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.10.011>
- Nagel, C., & Nilsson, K. (2022). Nurses' work-related mental health in 2017 and 2020 – A comparative follow-up study before and during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, Article 15569. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315569>
- Shaul, L., de Vroege, L., & van den Broek, A. (2024). Dealing with workload and stress complaints: The impact of resilience. *Psychology*, 15, 1455-1473. <https://doi.org/10.4236/psych.2024.159086>
- Siebert, A. (2010). *Survivor personality: Why some people are stronger, smarter, and more skillful at handling life's difficulties and how you can be, too*. Penguin Press.
- Teo, C. W., Ong, P. W., Low, L. L., Seah, S. S. Y., Leong, D. Q. X., & Tan, C. Y. F. (2024). Psychological resilience in post-acute care: A cross-sectional study of health care workers in Singapore community hospitals. *Journal of the American Medical Directors Association*, 25, Article 105029. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105029>
- van den Broek, A., & de Vroege, L. (2023a). Don't postpone! Mental health of healthcare professionals needs attention! *Exploratory Research and Hypothesis in Medicine*, 9, 170-174. www.xiahepublishing.com/2472-0712/ERHM-2023-00006
- van den Broek, A., & de Vroege, L. (2023b). Post-pandemic self-reported mental health of mental healthcare professionals in The Netherlands compared to during the pandemic – an online longitudinal follow-up study. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 1221427. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1221427>
- van den Broek, A., van Dam, A., Bongers, I., Stikkelbroek, Y., Bachrach, N., & de Vroege, L. (2022). Alarmerend beeld onder personeel ggz: Uitputting, angst en somberheidsklachten, met mogelijk vertrek uit de ggz als gevolg. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 100, 107-111. <https://doi.org/10.1007/s12508-022-00353-y>

- van den Broek, A., van Hoorn, L., Tooten, Y., & de Vroeghe, L. (2023). The moderating effect of the COVID-19 pandemic on the mental wellbeing of health care workers on sustainable employability: A scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 1067228. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1067228>
- van der Klink, J. J., Bültmann, U., Burdorf, A., Schaufeli, W. B., Zijlstra, F. R., Abma, F. I., Brouwer, S., & van der Wilt, G. J. (2016). Sustainable employability – Definition, conceptualization, and implications: A perspective based on the capability approach. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 42, 71-79. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3531>
- van Harmelen, A. L. (2022). *Veerkracht bestaat niet*. Universiteit Leiden. <https://hdl.handle.net/1887/3567352>
- Yanchus, N. J., Periard, D., & Osatuke, K. (2017). Further examination of predictors of turnover intention among mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24, 41-56. <https://doi.org/10.1111/jpm.12354>