

ZVJ
1120

H.S. Merens-Riedstra

AANPASSING AAN EEN ARBEIDSLOOS BESTAAN

Verslag van een vooronderzoek

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE TNO

LEIDEN

maart 1973

INHOUD

	blz.
VOORWOORD	2
 INLEIDING	
I ALGEMEEN	4
II UITVOERING VAN HET VOORONDERZOEK	6
III BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOEKSGROEP	7
 ONDERZOEKSRESULTATEN	
Hoofdstuk 1. HET NIET-WERKEN	12
1.1 Verveling	12
1.2 Bezigheden	13
1.3 Sociale relaties	15
1.4 Gemis van het werk - negatief	16
1.5 Gemis van het werk - positief	18
1.6 Algemene waardering van het niet-werken	19
Hoofdstuk 2. DE HANDICAP	20
2.1 Lichamelijke afhankelijkheid	20
2.2 (On)tevredenheid met de behandelende artsen	20
2.3 Aanvaarding van de handicap	22
2.4 Ziekte-communicatie	23
2.5 Identificatie met gehandicapten	23
2.6 Algemene waardering van de handicap	24
Hoofdstuk 3. DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID	25
3.1 Het grootste probleem: de handicap of het niet-werken?	25
3.2 Stigmatisering	26
3.3 Waardering van de sociale verzekeringsuitkering	28
3.4 (On)tevredenheid met het GAK en de GMD	28
3.5 Gevoel van isolatie	30
3.6 Veranderingen in het gezin	30
3.7 "Persoonlijkheids"veranderingen	31
3.8 Het meest positieve en het meest negatieve aspect van arbeidsongeschiktheid	32
3.9 Algemene waardering van de arbeidsongeschiktheid	33
Hoofdstuk 4. SAMENVATTING EN DISCUSSIE	34
4.1 Korte samenvatting	34
4.2 Discussie	36
 BIJLAGE	

VOORWOORD

De vele mensen die mij bij de voorbereiding en uitvoering van dit vooronderzoek behulpzaam zijn geweest ben ik zeer erkentelijk. Gaarne dank ik met name

- A.A. Oostenbrink, J.G.J.E. Josten en J.A. Weijel voor de hulp bij de opzet van het onderzoek en de bemiddeling bij de directie van de GMD.
- deze directie en H. Doeleman, medisch adviseur van het GAK. Zij gaven toestemming de archieven van de GMD- en GAK-kantoren te Leiden in te zien en de daar geadministreerde patienten te benaderen.
- A.B. Leuveling Tjeenk voor zijn introductie bij de GMD te Leiden.
- alle verzekeringsgeneeskundige en arbeidsdeskundige medewerkers van het GAK en de GMD in Leiden, die de noodzakelijke hulp boden bij het verzamelen van namen en adressen van ZW- en WAO-belanghebbenden en bij het wegwijs raken in beide organisaties; in het bijzonder de arbeidsdeskundige J. Poelstra, die zeer veel tijd en aandacht heeft besteed aan mijn vorming tot onbezoldigd p.a.d.
- de secretaresses en typistes van het NIPG/TNO die een deel van de uitwerking van de interviews en al het typewerk voor hun rekening namen.

Tenslotte ben ik grote dank verschuldigd aan de 27 ZW- en WAO-belanghebbenden, die tot een interview bereid waren. Zij hebben mij veel geleerd.

INLEIDING

I ALGEMEEN

Het projekt "aanpassing aan een arbeidsloos bestaan" heeft vanaf het moment, dat de eerste gedachten over dit onderwerp in het kader van de projektgroep "Alternatieven voor Arbeid" (nu: Arbeid in de toekomst) werden ontwikkeld, tot doel gehad de beschrijving van de objectieve gevolgen voor het individu van (plotselinge en onvrijwillige) uittreding uit het arbeidsproces en zijn reactie daarop.

Als belangrijkste objectief gevolg van het wegvallen van het werk wordt beschouwd de noodzaak zich te oriënteren op een bestaan, waarin men met andere dan arbeidsbezigheden de tijd op bevredigende wijze moet leren doorbrengen. De aandacht zal in het onderzoek dan ook in eerste instantie gericht zijn op de manier waarop men het nieuwe bestaan met nieuwe bezigheden gestalte geeft.

De meer subjectieve gevolgen van het niet-werken, dat wil zeggen de psycho-sociale problemen die het met zich mee kan brengen, zullen hierbij vanzelfsprekend ter sprake komen, echter expliciet niet als het centrale object van studie.

Gezien het bovenstaande zal duidelijk zijn dat met dit onderzoek naar de aanpassing aan een arbeidsloos bestaan bij arbeidsongeschikten geen volledige beschrijving van de individuele problematiek van het arbeidsongeschikt zijn wordt beoogd. Arbeidsongeschiktheid is immers niet het primaire onderzoeksobject: het is de ingang die gekozen is om het "niet-werken" te kunnen bestuderen*).

Het terrein van onderzoek, de reactie op het niet-werken, is, zeker als men de sociale en psychologische aspecten daarvan even buiten beschouwing laat, nog onontgonnen. Over de wijze waarop men bezigheden ontwikkelt, die kunnen bijdragen tot een bevredigende bestaansvulling, is vrijwel niets bekend.

Het ontbreken van, voor een verantwoorde opzet van het onderzoek onmisbare, basisinformatie maakte een oriënterend vooronderzoek noodzakelijk.

De belangrijkste vragen die deze voorstudie zou moeten beantwoorden betreffen enerzijds de inhoud van het onderzoek en anderzijds de uitvoering ervan.

*)) Arbeidsongeschiktheid is verkozen boven werkloosheid en pensionering als oorzaak van niet-werken, omdat, naar mijn overtuiging, bij arbeidsongeschiktheid de noodzaak tot een oriëntatie op een arbeidsloos bestaan het sterkst is, en daardoor de aanpassing het best waarneembaar (zie nota "Arbeid in de Toekomst", p. 8/9).

Wat betreft de inhoud zou uit het vooronderzoek moeten blijken welke factoren men, om een goed inzicht te krijgen in de situatie van onvrijwillige arbeidsloosheid en de aanpassing daaraan, in het eigenlijke onderzoek zou moeten betrekken. Met name werd gedacht aan het arbeidsethos van het individu, de reactie van de omgeving, de gezinsomstandigheden, de aandoening etc. (zie voor het totaal van mogelijk belangrijke factoren de bijlage).

Men zou kunnen zeggen dat het vooronderzoek een inventarisatie beoogde van alles, wat met het niet-werken van arbeidsongeschikten samen zou kunnen hangen, zonder nu precies na te gaan hoe die samenhang is. Met betrekking tot de uitvoering van het (eigenlijke) onderzoek zou, uitgaande van de beslissing dat met interviews gewerkt moet worden, de voorstudie duidelijk moeten maken:

- hoe het onderzoek opgezet dient te worden wat betreft steekproef-trekking, moment van interview, aanvulling van de interviews met de arbeidsongeschikten door gesprekken met bijvoorbeeld artsen, familieleden, (ex)werkgevers e.d.
- hoe de verschillende op te nemen variabelen het best kunnen worden gemeten: door middel van welke vragen, schaaltes of testjes.

Nu het vooronderzoek is beëindigd, kan worden gesteld dat het aan zijn doel heeft beantwoord: zowel omtrent de inhoudelijke als de methodisch-technische aspecten van het projekt "aanpassing aan een arbeidsloos bestaan" heeft het zeer bruikbare informatie opgeleverd. In het nu volgende onderzoeksverslag zal deze informatie en de wijze waarop zij is verzameld, worden besproken, echter alleen voor zover het de inhoudelijke aspecten betreft. De gegevens omtrent de uitvoeringsaspecten zullen niet aan de orde komen; zij worden vanzelfsprekend verwerkt in de definitieve projektopzet en een aparte bespreking ervan lijkt weinig interessant.

Dit verslag is als volgt ingedeeld:

- uitvoering van het vooronderzoek (paragraaf II)
- beschrijving van de onderzoeksgroep (paragraaf III)
- inhoudelijke resultaten (hoofdstukken 1, 2, 3 en 4)

II UITVOERING VAN HET VOORONDERZOEK

1. Bij de selectie van arbeidsongeschikten^{*)} uit de administraties van het kantoor van het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor (GAK) en de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) te Leiden werden de volgende criteria gebruikt:

a) de handicap^{**)} qua aard en zichtbaarheid; b) het vroegere beroep; c) de leeftijd en d) de duur van de arbeidsongeschiktheid. Dit werden belangrijke variabelen geacht, waarmee ten aanzien van de problematiek van het niet-werken rekening gehouden moest worden.

In de periode september-december 1972 werd een aantal namen en adressen verzameld van ZW- en WAO-belanghebbenden, zo dat zij met betrekking tot de selectiefactoren redelijk waren verdeeld.

Dit was een vrij willekeurige selectie, de 27 resulterende arbeidsongeschikten zijn geenszins als steekproef van, of als representatief voor "alle" arbeidsongeschikten waar dan ook te beschouwen.

2. In dezelfde periode werd alle 27 geselecteerden een interview afgenomen. De gesprekken duurden meestal 1-1½ uur en waren grotendeels ongestructureerd (of niet-voorgestructureerd): de respondent werd zoveel mogelijk vrij gelaten om zijn gedachten over zijn ziekte of handicap en het niet-werken op zijn eigen wijze en in een door hem gekozen volgorde te formuleren. Deze gespreksvorm werd gekozen, teneinde zoveel mogelijk informatie te krijgen over die aspecten van arbeidsongeschiktheid, die de mensen zelf belangrijk vinden. Om echter enige lijn in de gesprekken te houden, dat wil zeggen globaal toch steeds dezelfde onderwerpen aan de orde te stellen, werd gebruik gemaakt van een interview-handleiding, waarin de belangrijkste topics stonden vermeld (zie de bijlage).

*) In de termeh van de sociale verzekeringswetten spreekt men meestal van arbeidsverzuim, zolang dat nog minder dan een jaar duurt, en van arbeidsongeschiktheid pas na 1 jaar niet werken. Voor het gemak zal hier steeds de laatste term worden gebruikt.

***) De term handicap zal steeds worden gebruikt ter aanduiding van het gevolg van de aandoening, dat wil zeggen van de hinder die men in het dagelijks leven van de aandoening ondervindt. De term handicap geeft zowel zeer lichte als zware stoornissen aan; men denke niet alleen aan ernstige invaliditeit.

3. Alle gesprekken werden door de onderzoeker zelf gevoerd en uitgewerkt; dit laatste 25x op basis van de opname van het gesprek op de band (2 respondenten weigerden opname). Deze werkwijze heeft als groot voordeel dat de gesprekken onderling goed vergelijkbaar zijn. Een nadeel was echter dat het oorspronkelijk geplande grotere aantal interviews (\pm 60) wegens tijdgebrek niet haalbaar was (het is echter de vraag of zoveel meer interviews ook veel meer informatie zouden hebben opgeleverd).

III BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOEKSGROEP

1. In de vorige paragraaf zijn sub 1 de factoren genoemd die bij de selectie van de 27 respondenten een rol speelden. Voor elk van deze factoren werd de onderzoekspopulatie in twee of drie groepen onderverdeeld.

Hieronder worden deze onderverdelingen weergegeven met het aantal respondenten per categorie.

- a) 1. de aard van de handicap: bewegingsstoornissen (13)
algemene stoornissen (14)

Als bewegingsstoornissen werden aangemerkt: hernia (= h.n.p.), multiple sclerose, rheuma, spierdystrofie, heupdislocatie, beenbreuk en beenamputatie.

Als algemene aandoeningen: nierinsufficiëntie, levercirrhose, maagzweer, oververmoeidheid en overspanning, een tranend oog en chronische hoofdpijn in verband met vaatvernauwing in de hersenen.

2. de zichtbaarheid van de handicap: zichtbaar (14)
onzichtbaar (13)

- b) het vroegere beroep: hoofdarbeid (10)
handarbeid (17)

Onder de hoofdarbeiders werden zonder enig probleem gerekend: de bankfiliaalhouder, N.V. directeur, jurist, geoloog, electrotechnicus en de boekhouders en na enig wikken en wegen ook de goudsmid-juwelier en scheepswerktuigkundige.

Onder de handarbeiders werden gevat: de machineleiders, timmerlieden, matrozen en bakkers; de schilder, metselaar, monteur, stratenmaker, bloemenventer, offsetdrukker, meubelspuitter, kwekersassistent en de orthopedisch instrumentmaker

- c) de leeftijd: jongeren 20-35 jaar (7)
ouderen 36-50 jaar (20)

- d) de verzuimduur: 4 weken-3 maanden (5)
 3-12 maanden (9)
 12 maanden-6 jaar (13)

De verdeling van de respondenten over deze factoren tezamen ziet er als volgt uit:

Schema 1: Verdeling van respondenten over de gecombineerde selectiefactoren

	aandoening	beroep	Algemeen				Beweging				totaal
			hoofd		hand		hoofd		hand		
			jong	oud	jong	oud	jong	oud	jong	oud	
		verzuimduur in maanden									
zichtbaar	≤ 3								x	1	
	3-12		xx			x		x	x	5	
	>12		x		xxx	x	x		xx	8	
onzichtbaar	≤ 3			x	xxx					4	
	3-12							xx	xx	4	
	>12	x	xx		x		x			5	
totaal			1	5	1	7	2	2	3	6	27

2. Naast de selectie-criteria zijn voor een omschrijving van de onderzoekspopulatie ook de volgende factoren van belang.

- a) de ernst van de handicap, dat wil zeggen de mate waarin men in het dagelijks leven hinder van de aandoening ondervindt, verdeeld in twee categorieën: ernstig (15)
 niet-ernstig (12)

Een hard criterium voor dit onderscheid was moeilijk te vinden, vooral bij algemene stoornissen. Bij de beslissing werd het oordeel zowel van de verzekeringsarts, als van de arbeidsongeschikte gehanteerd.

- b) het beroepsniveau, binnen de hoofd- en handarbeid, voornamelijk vastgesteld op basis van de vereiste opleiding; gebruikt als tweedeling (1=hoog, 2=laag):

hoofd 1 (6)
 2 (4)
hand 1 (12)
 2 (5)

c) de "creativiteit" van het vroegere werk, dat wil zeggen het bepaald zijn van het werk door variatie, gebruik van eigen inzicht en initiatief, onafhankelijkheid etc. (in tegenstelling tot routine, opdrachten uitvoeren, etc.),

In de creativiteit werden drie niveaus aangebracht (die niet per se met de indeling hoofd/handarbeid samenhangt):

 creatief (7)
 half creatief (11)
 niet creatief (9)

Voor de indeling van het werk van een bepaalde respondent in een van deze niveaus werd uitgegaan van de kennis van de onderzoeker omtrent dit werk, steeds aangevuld met inlichtingen van de betrokkene.

d) de mogelijkheid tot werkhervatting. Van alle respondenten was het zeker dat hun arbeidsongeschiktheid nog wel enige tijd zou voortduren; zij verschilden echter in de kans op beëindiging, wanneer dan ook, ervan. Volgens het oordeel van het GAK en GMD zou in 6 gevallen vrijwel zeker geen werkhervatting plaatsvinden en in 13 gevallen zeer waarschijnlijk wèl. Voor 8 mensen was het nog niet duidelijk.

In alle gevallen bleek de mening van de respondent zelf over zijn werkhervattingsmogelijkheden overeen te stemmen met dit oordeel. Werkhervatting was bij hoofdarbeid waarschijnlijker dan bij handarbeid.

ONDERZOEKSRESULTATEN

In de volgende hoofdstukken wordt verslag gedaan van de inventarisatie van factoren, die direct of meer indirect verband houden met het, naar zijn wezen door het niet-werken ten gevolge van een handicap gekenmerkte, verschijnsel arbeidsongeschiktheid.

Zoals reeds in de inleiding van dit rapport (paragraaf I) is vermeld, moet men in dit verslaggedeelte geen alomvattende beschrijving verwachten van "de arbeidsongeschiktheid".

In de eerste plaats zullen de te bespreken factoren grotendeels als van elkaar onafhankelijk worden behandeld. Wanneer zij met elkaar in verband worden gebracht^{*)} (in de tekst aangeduid met a, b, etc. en een korte regelaafstand) dient dit slechts een beter inzicht in hun betekenis en niet de constructie van een totaalbeeld van arbeidsongeschiktheid.

In de tweede plaats ontbreken in het volgende de meer (sociaal-)psychologische factoren, die voor een volledige beschrijving van arbeidsongeschiktheid onmisbaar zouden zijn. De reden hiervoor is, dat zij voor het kernprobleem, het niet-werken en de aanpassing daaraan, niet direct relevant werden geacht^{**)}.

In vele gevallen zal de verdeling van de aantallen arbeidsongeschikten ten aanzien van de desbetreffende factor worden aangegeven. Dat deze aantallen niet altijd de som van 27 zullen opleveren, komt voort uit het feit dat, als gevolg van de vrije interviewmethode, niet bij alle respondenten dezelfde onderwerpen op dezelfde wijze aan de orde zijn gekomen. Hierdoor is er ten aanzien van een aantal onderwerpen soms géén, of door interpretatieverschillen niet met andere gegevens te combineren, informatie verkregen.

*) Het leggen van verbanden is zowel op impressionistische wijze gebeurd (d.w.z. aan de hand van de indrukken uit de gesprekken) als door middel van simpele kruistabellen, waar kwantificering van de gegevens mogelijk was. Er is geen enkele vorm van statistische toetsing toegepast.

***) Uit de gesprekken bleek dit een niet geheel juiste veronderstelling te zijn, zodat in het definitieve onderzoek meer plaats voor de psychologie zal worden ingeruimd (zie paragraaf 4.2.1).

Hoofdstuk 1. HET NIET-WERKEN

In dit hoofdstuk zullen de volgende factoren worden besproken (als zij met andere in verband worden gebracht zal dit zijn aangeduid met a, b, etc.):

- 1.1 verveling a) slaap
 b) bezigheden
- 1.2 bezigheden a) verveling
 b) vroeger werk
 c) handicap
 d) duur
- 1.3 sociale relaties a) vroeger werk
 b) duur
 c) verveling
 d) isolatie
- 1.4 gemis van het werk - negatief
- 1.5 gemis van het werk - positief
- 1.6 algemene waardering van het niet-werken.
 a) werkhervatting

1.1 Verveling

Een zeer belangrijk gevolg van het niet werken is de grote hoeveelheid "vrije" tijd die men heeft. Door het wegvallen van het werk is het aantal uren dat men naar eigen inzicht vullen kan, sterk toegenomen. Men ervaart dit niet altijd positief; 13 respondenten hebben er dikwijls moeite mee: de dagen vallen hen soms lang en zij vervelen zich regelmatig. 14 mensen hebben hier echter geen moeite mee, zij vervelen zich niet en hun dagen gaan redelijk snel voorbij.

Het ligt voor de hand zich af te vragen op welke wijze de mensen hun tijd doorbrengen, teneinde wellicht daaruit de verveling te kunnen verklaren.

- a) In eerste instantie kunnen we dan het aantal uren slaap per dag in ogenschouw nemen. 11 respondenten gaan vroeg naar bed, staan laat op en rusten 's middags enige tijd, zodat zij dikwijls 12 uur of soms nog langer slapen. Zoals enigszins te verwachten is vervelen deze mensen zich minder dan de kort-slapers: ze hebben immers minder uren wakend te besteden.
- b) Interessanter is echter de verveling te bekijken in het licht van de bezigheden die men zoal overdag verricht. Dit kan worden gedaan nadat eerst een overzicht is gegeven van de wijze waarop deze bezigheden zijn bestudeerd.

1.2 Bezigheden

gevraagd is naar de vrijetijdsbestedingen die men vroeger naast het werk verrichtte, en naar de tijdsbestedingen tijdens de werkloze periode. Er werd vooral gelet op

- 1) het aantal bezigheden tijdens arbeidsongeschiktheid
- 2) de mate waarin de bezigheden als actief dan wel als passief zijn te karakteriseren
- 3) de hoeveelheid nieuw ondernomen bezigheden versus het aantal oude bezigheden dat niet meer verricht werd
- 4) de inventiviteit van de respondenten bij het vinden van nieuwe bezigheden

ad 1) Het aantal bezigheden varieerde van 2 tot 6, meestal ging het echter om 3 of 4 activiteiten. Hierbij moet aangetekend worden dat de respondent gevraagd is de bezigheden die hij regelmatig verricht zo volledig mogelijk weer te geven. Bij een aantal van bijvoorbeeld 2 bezigheden, zeg wandelen en lezen, betekent dit niet dat hij nooit iets anders heeft gedaan, bijvoorbeeld afwassen, maar dat wandelen en lezen vrijwel iedere dag van toepassing zijn en afwassen niet.

De volgende bezigheden werden genoemd (erachter is het aantal desbetreffende respondenten aangegeven):

lezen, vooral kranten en tijdschriften	18
huishoudelijke karweitjes	11
wandelen	8
naar muziek luisteren	7
knutselen, zowel uit hobbyisme als kleine reparaties e.d.	6
"handwerk", dat wil zeggen kleden knopen, emailleren, houtsnijwerk etc.	6
naar radio luisteren en TV kijken	5
op bezoek gaan bij kennissen en, vooral, familieleden	5
puzzelen	4
vogels en vissen verzorgen en erover lezen	4
hengelen	3
orgel spelen	2
orgelles geven	1
talencursus volgen	2
clubhuis leiden	1
naar buiten kijken	1

ad 2) Bezigheden die door passiviteit gekenmerkt worden, zijn bijvoorbeeld TV kijken, naar de radio luisteren, naar buiten kijken, het lezen van "ontspannende" tijdschriften etc.

Activiteit is aanwezig in wandelen, knutselen, op bezoek gaan

etc. Een middencategorie is noodzakelijk voor twijfelgevallen, zoals puzzelen, en lezen over een bepaald onderwerp (bijvoorbeeld aquaria). Men zou kunnen zeggen dat de mate van activiteit aangeeft in welke mate enige lichamelijke en/of geestelijke inspanning met de bezigheden gemoeid is.

Volgens deze driedeling waren er 7 voornamelijk actieve mensen, 6 voornamelijk passieve en 14 met beide soorten of "midden" bezigheden.

ad 3) Slechts 3 mensen hebben na het eerste arbeidsverzuim geen nieuwe bezigheden ontwikkeld. Bij de anderen varieerde het nieuwe van huishoudelijke karweitjes tot het aanschaffen van en het lezen over vogels. Het aantal nieuwe bezigheden liep van 1 tot 4. 9 respondenten hadden geen oude bezigheden hoeven laten vallen; 8 moesten afzien van 1 vroegere activiteit en 8 van 2 of 3. Hiervan werd steeds de handicap als reden gegeven, behalve door 3 respondenten die zeiden dat de geschrapte bezigheden te duur waren geworden in verband met hun inkomensdaling (tennissen, postzegels verzamelen en weekend-uitstapjes).

ad 4) Inventiviteit bij het vinden van nieuwe bezigheden werd aanwezig geacht, als men activiteiten had ontwikkeld die niet zo alledaags en bekend zijn als o.a. lezen, wandelen en huishoudelijke karweitjes. Bijvoorbeeld het volgen van een cursus, het kopen van een wrak, teneinde er weer een boot van te maken, getuigen in deze visie van vindingrijkheid. Ook hier werden de activiteiten in drie groepen ingedeeld naarmate ze wel (7x), niet (13x) of van matige (7x) inventiviteit blijk gaven.

Verschillende van deze bezigheidsaspecten kunnen met elkaar of met andere factoren in verband worden gebracht.

- a) het moeten afzien van geen enkele oude bezigheid, of slechts van 1 of 2, betekent niet dat minder nieuwe activiteiten ontwikkeld worden; echter wel dat de nieuwe bezigheden van minder inventiviteit getuigen.
- b) Mensen met een ernstiger handicap hebben meer oude bezigheden moeten laten schieten dan mensen die minder door hun handicap gehinderd worden. Bovendien zijn ze inventiever wat betreft hun nieuwe bezigheden. Dit laatste komt wellicht doordat, bij ernstige handicaps, de meer voor de hand liggende en bekende bezigheden onmogelijk worden. Men is dan min of meer gedwongen om echt nieuwe mogelijkheden te exploreren.

- c) De aard van de handicap bepaalt in zekere mate, vooral bij bewegingsstoornissen, de soort bezigheden die men kan verrichten: het spreekt vanzelf dat men met een ernstige beenbreuk bijvoorbeeld niet kan wandelen. Bovendien hangt de aard van de handicap samen met de mate van activiteit die in de bezigheden wordt weerspiegeld: algemeen gehandicapten zijn iets actiever.
- d) Er zijn aanwijzingen dat mensen met non-creatief werk weinig inventiviteit tentoonspreiden bij hun latere bezigheden. Opvallend is dat mensen met creatief werk niet noodzakelijk wel inventief zijn. De richting van de eerste relatie is niet duidelijk: het is mogelijk dat non-creatief werk zo afstompert dat iedere eventueel aanwezige oorspronkelijkheid wordt uitgeblust; men kan echter ook veronderstellen dat alleen niet-creatieve mensen niet-creatief werk doen.
- e) Inventieve mensen zijn vooral te vinden onder degenen die reeds lang arbeidsongeschikt zijn. Een enigszins voor de hand liggende verklaring is dat men langer de tijd heeft gehad om "bijzondere" bezigheden te verzinnen. Mogelijk is echter ook dat op de lange duur de "gewone" bezigheden minder voldoen als tijdsvulling. Ditzelfde argument is wellicht van toepassing op het feit dat men bij een grotere verzuimduur over het algemeen actiever is. Interessant is in ieder geval (zie f) dat de verveling minder is bij langere arbeidsongeschiktheid.
- f) Het aantal bezigheden en de inventiviteit die eruit blijkt hebben in deze onderzoeksgroep geen samenhang met verveling; het actieve dan wel passieve karakter ervan echter wel. Mensen met meer actieve bezigheden vervelen zich over het algemeen minder dan voornamelijk passieve mensen.

1.3 Sociale relaties

Als een van de bezigheden is "op bezoek gaan" genoemd. Dit werd vooral onderbreking van de dagelijkse sleur, gewaardeerd als doordat men van huis weggaat: "het is iets anders". De contacten met andere mensen zijn echter ook op andere wijze dan als bezigheid ter sprake gekomen.

De respondenten werd verzocht aan te geven hoe vaak ze familie, kennissen en vrienden zagen en/of spraken (eventueel telefonisch) en hoeveel verschillende mensen dit betrof. Meestal bleek dit parallel te lopen, dat wil zeggen veel mensen betekende over het algemeen ook veel contacten. Daarom werd één indeling gemaakt naar de mate van contact: veel (vrijwel iedere dag "aanloop", op bezoek of telefonisch contact, 9x gemiddeld (2 tot 3x in de week contact), 5x weinig (1x in de week en/of soms een tijdlang géén contact), 13x

- a) Opvallend is dat het aandeel van de familie in het totaal der sociale relaties vooral bij handarbeiders domineerde (9x) en niet bij hoofdarbeiders (2x). Dit verschijnsel is in veel literatuur over "de arbeiderscultuur", "blue-collar workers" etc. terug te vinden. Handarbeiders hebben echter niet minder contacten dan hoofdarbeiders: de aantallen familieleden en kennissen gecombineerd zijn bij beiden ongeveer gelijk.
- b) De duur van de arbeidsongeschiktheid blijkt grote invloed te hebben op het aantal contacten, echter niet wanneer mensen met verschillende arbeidsongeschiktheidsduren met elkaar vergeleken worden ten aanzien van hun contacten, maar wanneer men bij iedere respondent terugkijkt in het verleden. Ongeacht het aantal contacten op het moment van interview, blijken dan namelijk bij vrijwel iedereen de relaties in het begin van de arbeidsongeschiktheid intensiever dan daarna. Alle respondenten spraken lovend over de belangstelling die zij vlak na het eerste verzuim mochten ontvangen, maar hadden ervaren dat dit snel minder werd naarmate de tijd vorderde. Sommigen vonden dit heel begrijpelijk en aanvaardbaar; er was echter ook een aantal respondenten, die de daling in bezoek en telefoontjes zeer betreurden. Dit betrof vooral degenen, die zeiden veel steun en troost uit hun contacten te hebben geput. Men vond het moeilijk aan te geven na hoeveel tijd de belangstelling verminderde; er was geen plotselinge maar een geleidelijke overgang. De indrukken varieerden van een paar dagen tot een paar weken na het begin van het verzuim (of na thuiskomst uit het ziekenhuis).
- c) Het aantal contacten bleek geen samenhang te vertonen met verveling; als men ze belangrijk vond, dan kennelijk niet als tijdvulling.
- d) De respondenten die weinig contacten hebben, zeiden, in vergelijking met de contactrijke mensen, relatief vaak het gevoel te hebben dat ze geïsoleerd zijn, enigszins buiten de maatschappij staan (zie hiervoor ook paragraaf 3.5.c). Het ontbreken van een telefoon droeg in een aantal gevallen zeker bij tot dit gevoel.

1.4 Gemis van het werk - negatief

Voor alle arbeidsongeschikten betekent het wegvallen van het werk het plotseling wegvallen van een vertrouwde tijdsbesteding, met de daaruit voortvloeiende noodzaak tot vervangende bezigheden. Daarnaast kan het gemis van werken in het algemeen en/of het eigen werk in het bijzonder echter ook meer specifieke, en voor verschillende gehandicapten soms uiteenlopende, betekenissen hebben.

Over het algemeen brachten de respondenten deze bijzondere betekenis-

sen in de interviews ^(zelf) ter sprake; enkele malen is er ook naar gevraagd met vragen als: "Wat mist U van Uw werk het meest" of "Wat vindt U het vervelendst van het niet-werken"?

Allereerst miste vrijwel iedereen het werk als gewoonte, in de zin van het "weggaan en thuiskomen". Het de hele, of in ieder geval grote gedeelten van de, dag thuis zitten is ongewoon, doorbreekt het vertrouwde ritme en is daardoor niet helemaal prettig.

Ten tweede betekende het niet-werken voor velen niet alleen iets onprettigs, maar ook iets abnormaals, en eigenlijk verwerpelijks. Hierin komt tot uiting de gedachte dat werken "normaal en goed" is en niet-werken "abnormaal en slecht", voortvloeiend uit de nog wijd verspreide arbeidsmoraal, die leert dat een goed mens hard behoort te werken, zowel voor zichzelf en zijn gezin, als voor de samenleving als geheel. Het niet-werken betekent dan een falen in deze opdracht.

Ten derde is er nog een aantal specifieke vormen van werk-gemis die, in tegenstelling tot de bovenstaande, veel meer afhankelijk zijn van persoonlijke eigenschappen, van wat het individu in zijn leven en werk belangrijk vindt.

1) de in-activiteit

6 mensen misten het bezig-zijn met een bepaalde taak, het verrichten van iets met een bepaald doel, het moeten afmaken van iets. Het "niets hoeven doen" en het vrijblijvende van de niet-werk-activiteiten werd negatief gewaardeerd.

2) plichtsverzaking

3x bleek men het gevoel te hebben dat men het werk, waarvoor een duidelijke eigen verantwoordelijkheid bestond, moreel gezien, niet aan anderen kon overlaten. Dat dit, noodgedwongen, toch gebeurd was, betekende dat men die anderen er mee "opzadelde". Men voelde zich hierover nogal schuldig.

3) het gemis van externe prikkels

Doordat het werk, niet alleen voor de man zelf, maar ook voor zijn gezin, dikwijls de belangrijkste brug met de buitenwereld vormt, betekent het wegvallen van het werk een sterke vermindering in informatie over het "buitengebeuren".

3 respondenten hadden hier vrij veel last van: "Je hoort niet zoveel meer", "je hebt veel minder gespreksonderwerpen" en dergelijke opmerkingen gaven dit weer. Belangrijk, en onplezierig, vond men ook

dat men geen andere ervaringen meer opdeed dan de echtgenote - beiden waren nu meestal thuis, maakten ongeveer hetzelfde mee en konden daardoor geen "huiselijke" tegen "maatschappelijke" ervaringen meer uitwisselen. Dit maakte het leven thuis wel enigszins saai.

4) het gemis van contacten in het werk

Dit hangt gedeeltelijk met het vorige punt samen. Behalve als informatiebron zijn contacten met bedrijfsgenoten echter ook van belang qua gezelligheid en vriendschap. De mogelijkheden tot bevredigende intermenselijke relaties werden, in ieder geval volgens de waardering van 5 arbeidsongeschikten, door de werkverlating, te plotseling beperkt.

5) het gemis van specifieke werkaspecten

De variëteit van het werk, de vaardigheden die men erbij moest gebruiken (zowel intellectueel als fysiek) en onafhankelijkheid zijn bijvoorbeeld aspecten die een aantal malen werden genoemd als de factoren die in het werk vroeger gewaardeerd werden.

De vaak genoemde monotonie van het bestaan thuis, het gebrek aan mogelijkheden om de vaardigheden thuis te gebruiken, de afhankelijkheid, die dikwijls het gevolg is van de handicap (zie ook paragraaf 2.1), zijn daardoor niet alleen op zichzelf al weinig plezierig, maar maken het niet-werken extra voelbaar.

1.5 Gemis van het werk - positief

In de vorige paragraaf is een aantal negatief-gewaardeerde aspecten van het wegvallen van het werk genoemd. Er bleken echter ook een paar kenmerken van de werkkring te zijn die men gaarne miste:

1) de tijdsdruk

Het werken met tijdslimieten, werkoverlast etc. (3x genoemd). Het wegvallen hiervan betekende grote verlichting.

2) De te hoge eisen die aan de eigen capaciteiten werden gesteld (2x).

Het verdwijnen van deze druk nam de frustratie van "het niet aankunnen" weg.

3) de onprettige kanten van de werkinhoud (2x)

In iedere baan is wel een vervelende taak te herkennen. Bij twee

mensen verminderde deze in zo grote mate het werkplezier, dat het wegvallen ervan weldadig werd gevonden. 1x gold dit de monotonie van het werk en 1x het feit dat leidinggeven tot de werkzaamheden behoorde.

1.6 Algemene waardering van het niet-werken

Een positieve of negatieve waardering van een aantal facetten van het niet-werken betekent natuurlijk niet dat het niet-werken in z'n totaliteit zo wordt gewaardeerd.

Gevraagd naar de mening over dit nieuwe leven, alle aspecten van het arbeidsloze bestaan bij elkaar genomen, gaf slechts 1 respondent te kennen dat hij het leven zo plezieriger vond dan in zijn werkzame periode. Dit was echter een bijzonder geval - deze man had reeds jaren zeer veel last van asthma, maar voelde de morele verplichting er mee door te blijven werken, hoewel hij zich chronisch ellendig voelde. Toen werkbeëindiging onvermijdelijk was geworden, verminderde de angst voor zware aanvallen van benauwdheid, omdat ze niet meer werkverstorend waren (hij had er nu de tijd voor), hetgeen een grote opluchting was.

Alle andere respondenten waren niet erg te spreken over het arbeidsloos leven. De mate waarin zij hun situatie onplezierig vonden varieerde natuurlijk, voor een groot deel afhankelijk van de mate waarin men zich verveelde en van de specifieke betekenis die het niet-werken en het gemis van een aantal werk-aspecten voor hen had.

Dit laatste houdt in dat het negatief waarderen van de werkloosheid niet automatisch betekent dat men het liefst zo snel mogelijk weer aan het - oude - werk zou gaan (als dat zou kunnen): het werk heeft immers ook zijn onplezierige kanten en het wordt dan de vraag wat zwaarder weegt. De meerderheid van de respondenten zou wel graag snel willen hervatten, maar een aantal wist dat eigenlijk niet zo zeker: "thuis zitten is wel niet alles, maar werken toch ook niet". Als ze op een bepaald moment zouden moeten kiezen, zouden ze, op één na, echter toch wel de voorkeur aan het werk geven.

Dat de drang om weer aan het werk te gaan niet bij allen even groot is blijkt ook uit de mate waarin men activiteiten ten aanzien van werkhervatting ontplooit, zoals sollicitaties, gesprekken met oude werkgever, her en der informeren etc. 12 respondenten hadden tot op het

moment van interview dergelijke pogingen ondernomen.

- a) Vergelijkt men deze met de niet-actieve respondenten met betrekking tot hun werkhervattingskansen, dan blijkt het volgende. Voor de actieven is werkhervatting 7x zeker en 5x problematisch, maar belangrijker is dat in 75% van de gevallen zeker ander werk gevonden zal moeten worden en in 25% van de gevallen zeer waarschijnlijk ander werk. Voor de niet-actieven is hervatting 5x onmogelijk, 3x problematisch en 7x zeker. Van deze laatste 10 respondenten zou 50% zeker z'n oude werk hervatten, 40% zeker ander werk en 10% waarschijnlijk ander werk. Gesteld kan dus worden dat men actiever is als werkhervatting, zij het niet in het oude werk, mogelijk is.

Hoofdstuk 2. DE HANDICAP

In dit hoofdstuk zullen de factoren besproken worden die voornamelijk op de handicap betrekking hebben:

- 2.1 lichamelijke afhankelijkheid
- 2.2 (on)tevredenheid met de behandelende artsen
 - a) vroeger werk
 - b) duur
 - c) handicap
- 2.3 aanvaarding van de handicap
 - a) duur
 - b) leeftijd
- 2.4 ziektecommunicatie
 - a) handicap
 - b) duur
 - c) leeftijd
- 2.5 identificatie met gehandicapten
 - a) handicap
 - b) werkhervatting
 - c) leeftijd
- 2.6 algemene waardering van de handicap

2.1 Lichamelijke afhankelijkheid

Dit is vooral bij bewegingsstoornissen een dikwijls onvermijdelijk gevolg van de aandoening. Het kan vanzelfsprekend variëren van de noodzaak tot hulp bij het vastmaken van schoenveters tot bijstand bij wassen, aankleden, verplaatsing binnen- en buitenshuis etc. 5 respondenten waren licht afhankelijk, 5 vrij volledig en 17 helemaal niet.

De afhankelijkheid werd, begrijpelijk, in alle gevallen negatief gewaardeerd, de intensiteit van de negatieve waardering varieerde echter; onder andere in samenhang met de mate, waarin de man de maatschappelijke norm aanhing, dat hij zelfstandig, stoer en dus mannelijk door het leven dient te gaan.

Bovendien beïnvloedde de mate waarin men vóór de arbeidsongeschiktheid, in het werk, prijsstelde op onafhankelijkheid de moeite die men met de latere noodzakelijke hulp had.

2.2 (On)tevredenheid met de behandelende artsen

13 respondenten hadden duidelijke bezwaren tegen de behandeling die zij van huisarts en/of specialist (hadden) genoten. Behalve één, van wie het gebroken been in eerste instantie fout gezet was, hadden zij geen

kritiek op de medisch-technische handelingen van de artsen - zij achtten zich niet competent daarover een oordeel te vellen. De ontevredenheid betrof in alle gevallen de arts-patient relatie, die vooral wat betreft "het praten" volgens deze groep mankementen vertoonde.

Het meest geuite bezwaar was dat de arts te weinig uitleg gaf over de aard van de aandoening, de vermoedelijke prognose, het hoe en waarom van medicijnen en andere voorschriften etc. met als gevolg dat de patient in grote onzekerheid verkeerde.

Daarnaast was men van mening dat de arts veel meer aandacht zou moeten besteden aan de niet-specifiek medische aspecten van de aandoening; de patient zou zo graag praten over allerlei problemen, vragen en angsten rond gezinsomstandigheden, werkherstellingsmogelijkheden etc.etc. De 13 respondenten zeiden allen dat zij aan dit soort gesprekken nooit waren toegekomen, en dat de arts er evenmin initiatief toe had ontplooid.

3 respondenten waren furieus over de behandeling die zij in het ziekenhuis hadden genoten: ze werden als willoze wezens beschouwd, waaraan door allerlei verschillende artsen en anderen "iets" gedaan moest worden. Nooit werd uitgelegd wie wie was, waaruit zijn taak bestond en waarom een bepaalde handeling werd verricht; in het bijzijn van de patienten werd door de geneesheren overleg gepleegd in een voor de betrokkene onbegrijpelijk vakjargon. Eén respondent zei bijna tot een operatie gedwongen te zijn, waarvan hem werd meegedeeld dat het geen enkel praktisch succes zou hebben, maar voor de artsen zo interessant zou zijn.

De weergave van deze klachten beoogt niet het te doen voorkomen alsof ze uniek zijn - in de tegenwoordige discussies over de gezondheidszorg hoort men ze wel vaker. Ze zijn hier voornamelijk genoemd om het belangrijke gevolg van de als gebrekkig ervaren arts-patient relatie, namelijk de grote onzekerheid, te illustreren, die sterker is dan een eventuele boosheid.

Bovengenoemde kritiek werd in alle gevallen spontaan geuit op de weinig specifieke vraag "bent U wel tevreden met Uw huisarts en de specialist?". Bovendien werd zij altijd vergezeld van wedervragen, om de zekerheid rond een aantal problemen op te heffen. De interviewster diende steeds weer als vraagbaak omtrent onderwerpen die tijdens de contacten met de artsen niet ter sprake waren gekomen.

- a) Van de 13 over de artsen ontevreden respondenten hadden er 8 een handberoep en 5 een hoofdberoep (gelijk verdeeld over beide niveaus). Daar dit zowel van alle hand- als alle hoofdarbeiders + 50% is, kan men zeggen dat beide beroepsgroepen evenveel bezwaren tegen de artsen hadden.
- b) Ontevreden respondenten waren over het algemeen nog niet zo lang arbeidsongeschikt als hun meer tevreden lotgenoten. Dit zou kunnen voortkomen uit het feit dat men in het begin van de arbeidsongeschiktheid meestal meer met de behandelende artsen te maken heeft dan later, wanneer de aandoening niet meer zoveel medische zorg vereist.
- c) De kritiek op de behandeling door de artsen was niet afhankelijk van de aard of de ernst van de aandoening en evenmin van de leeftijd van de respondent.

2.3 Aanvaarding van de handicap

Dit is een bijzonder moeilijk begrip, vooral omdat men er niet rechtstreeks naar kan vragen; het is alleen te destilleren uit opmerkingen naar aanleiding van andere onderwerpen.

Toch is het een zeer belangrijk begrip: in veel literatuur over de gevolgen van en reacties op ziekte wordt aangegeven dat aanvaarding (veelal voorafgegaan door ontkenning, vlucht etc.) de enige mogelijkheid is om op een redelijke manier met de handicap te leren leven. Uitgaande van de hierop gebaseerde veronderstelling dat aanvaarding van de handicap een belangrijke voorwaarde is voor de aanpassing aan het niet-werken, is gepoogd de mate ervan bij de respondenten te schatten.

Op grond van opmerkingen als "ik heb ermee leren leven"; "het is nu eenmaal zo, ik moet ermee verder"; "er is niets aan te doen" of juist "ik wil het niet weten"; "ik kan het maar niet geloven"; "ik durf er niet aan te denken" etc. kan men veronderstellen dat 15 respondenten de handicap aanvaard hadden, 4 van hen (nog) ontkenden en 8 in een tussenfase verkeerden.

- a) De mate waarin de handicap is aanvaard blijkt in de drie duur-categorieën ongeveer gelijk. Soms is er wel sprake van een zekere gewenning na verloop van tijd, maar dit gaat lang niet altijd gepaard met acceptatie van de handicap als een blijvend verschijnsel.
- b) De oudere respondenten hadden iets minder moeite met de aanvaarding van de handicap dan de jongere.

Naast de algemene indruk van de mate van aanvaarding is het interessant twee verschijnselen te bekijken, die gedeeltelijk kunnen worden opgevat als een uiting van al-dan-niet-aanvaarden en die wat "harder" meetbaar zijn, te weten de ziekte-communicatie (paragraaf 2.4) en de identificatie met gehandicapten (paragraaf 2.5).

Men kan immers veronderstellen dat de bereidheid om over de aandoening te praten mede door de mate van aanvaarding wordt beïnvloed: hoe groter deze bereidheid, des te groter ook de waarschijnlijkheid dat men de aandoening heeft aanvaard.

Evenzo kan men veronderstellen dat degene, die zich voornamelijk met gehandicapten, in plaats van met "gezonden", identificeert, waarschijnlijk wel de aandoening en haar gevolgen aanvaard zal hebben.

2.4 Ziekte-communicatie

Hieronder wordt verstaan de bereidheid van de respondent om, al dan niet op verzoek, over de aandoening te praten, zowel met bekenden als onbekenden. 7 respondenten wilden er best over praten; 7 deden het liever niet op grond van schaamtegevoelens en 12 niet om andere redenen (bijvoorbeeld "dan wordt het alleen maar erger" of "het is altijd sensatiezucht, geen echte belangstelling").

- a) Zowel de respondenten met bewegings- en algemene stoornissen als de ernstig en niet-ernstig gehandicapten zijn in gelijke mate bereid om over de aandoening te praten.
- b) Ook de respondenten die verschilden in de duur van de arbeidsongeschiktheid waren gelijkelijk tot communicatie bereid. Er was echter wel een aantal, dat zei, na verloop van tijd, door gewenning, iets gemakkelijker over de handicap te kunnen spreken.
- c) Jongeren spreken makkelijker over hun aandoening dan ouderen; zij schamen zich er ook minder vaak voor. Gecombineerd met het feit dat jongeren hun aandoening minder aanvaarden (paragraaf 2.3 b) betekent dit dat ziektecommunicatie en aanvaarding waarschijnlijk niet zo gerelateerd zijn als hierboven verondersteld werd.

2.5 Identificatie met gehandicapten

De respondenten is gevraagd aan te geven of zij zich tot de zieken en gehandicapten voelden behoren, of bij "normale gezonde" mensen.

3 deelden zichzelf in bij de gehandicapten, 19 hoorden bij de gezonden en 5 twijfelden.

Hoewel geen duidelijke verbanden aanwijsbaar zijn, vanwege het over-

grote aantal "niet-identificeerders", lijkt het erop dat:

- a) identificatie meer voorkomt bij ernstige dan bij niet-ernstige handicaps, evenals bij mensen voor wie werkher-
vatting zeker niet meer mogelijk is. Is hervatting twij-
felachtig of wel mogelijk, dan rekent men zich vaker tot de gezonden.
- b) leeftijd wel met identificatie samenhangt: alleen respon-
denten boven de 35 jaar rekenen zich tot de gehandicapten. ~~Samen met paragraaf 2.3 b steunt dit de veronderstelling~~
dat degenen, die zich met gehandicapten identificeren, de
aandoening aanvaard hebben.

2.6 Algemene waardering van de handicap

Het spreekt vanzelf dat geen enkele respondent het hebben van een aan-
doening en de lichamelijke beperkingen die daar het gevolg van zijn,
prettig vond. In deze negatieve waardering was iedereen gelijk. Men
verschilde echter in de mate, waarin men de handicap als een schrijnend
probleem ervoer; zie voor een aanduiding daarvan de bespreking van de
aanvaarding van de handicap (paragraaf 2.3).

Hoofdstuk 3. DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

De in dit hoofdstuk te bespreken factoren hebben in gelijke mate betrekking op de niet-werk en de handicap-aspecten van arbeidsongeschiktheid:

- 3.1 het grootste probleem: de handicap of het niet-werken?
- a) duur
 - b) werkhervatting
 - c) handicap
- 3.2 stigmatisering
- a) zichtbaarheid
 - b) handicap
 - c) ziektecommunicatie
- 3.3 waardering van de sociale verzekeringsuitkering
- 3.4 (on)tevredenheid met het GAK en de GMD
- a) duur
 - b) vroeger werk, handicap, leeftijd
- 3.5 gevoel van isolatie
- a) vroeger werk, leeftijd, handicap
 - b) duur
 - c) sociale relaties
- 3.6 veranderingen in het gezin
- 3.7 "persoonlijkheids"veranderingen
- a) verveling
 - b) gemis van het werk
 - c) isolatie
 - d) bezigheden
 - e) duur
 - f) leeftijd
- 3.8 het meest positieve en het meest negatieve aspect van arbeidsongeschiktheid
- 3.9 algemene waardering van de arbeidsongeschiktheid

3.1 Het grootste probleem: de handicap of het niet-werken?

Gevraagd is wat men als voornaamste probleem van het huidige bestaan zag: het lijden aan lichamelijke beperkingen, of meer het gevolg daarvan, het niet-werken, zo men dit zou kunnen scheiden.

8x werd de aandoening als grootste probleem genoemd, 12x het niet-werken en 5x waren beide problemen even belangrijk. Bij 2 respondenten was het antwoord niet duidelijk.

- a) Verondersteld werd dat in het begin van de arbeidsongeschiktheid de handicap belangrijker zou worden gevonden en later het niet-werken. Deze veronderstelling werd gesteund door de opmerkingen van vele respondenten, dat zij bij het voortduren van de arbeidsongeschiktheid een dergelijke verschuiving hadden ervaren. Bij vergelijking van respondenten in de verschillende duur-categorieën, bleek echter niet dat de nog slechts kort arbeidsongeschikten de handicap belangrijker vonden en de reeds lang verzuimers het niet-werken.
- b) Wanneer volledig zeker was dat werkhervatting niet meer plaats zou kunnen vinden, vond men de handicap vaker belangrijk dan het niet-werken. Waarschijnlijk wordt dit veroorzaakt door het feit dat in deze groep de aandoening vrijwel altijd ernstig is, dus veel moeilijkheden oplevert (zie ook c).
- c) Naarmate de aandoening minder ernstig is noemt men het niet-werken vaker als belangrijkste probleem.

3.2 Stigmatisering

In de literatuur over afwijkend gedrag wordt, kort gezegd, onder stigmatisering verstaan het proces, waarbij men iemand, op grond van één bepaald, niet algemeen gangbaar, kenmerk, als gehele persoon als afwijkend gaat beschouwen. Men verbindt daaraan dan de conseqventie, dat men die persoon anders dan "normaal" tegemoet treedt en dikwijls ook ander dan "normaal" gedrag van hem verwacht. Belangrijk hierbij is, dat, als men een dergelijk afwijkend kenmerk niet aanwezig acht (bijvoorbeeld een hartinfarct), het daarbijbehorende gedrag (het rustig-aan-doen) juist niet verwacht, en vaak zelfs niet geaccepteerd wordt.

Er zal hier niet verder worden ingegaan op de algemene theoretische en praktische betekenis van het begrip stigmatisering; in het volgende wordt slechts aangegeven hoe het in dit onderzoek is gebruikt. De respondenten is gevraagd of zij het gevoel hadden

- 1) dat zij ten gevolge van de handicap anders werden benaderd dan vroeger, zowel door bekenden als onbekenden; dat wil zeggen dat zij medelijdend werden behandeld, werden "nage(g)aapt", dat alles hen uit handen genomen werd etc.
- 2) dat de omgeving het niet-werken gek, abnormaal, onjuist of ongrijpelijk vond; dat wil zeggen dat men hem zielig vond, omdat hij niet kon werken, aan de ene kant of hem een profiteur achtte aan de andere kant.

Behalve het onderscheid in de handicap of het niet-werken als oorzaak van stigmatisering is ook onderscheid gemaakt tussen subjectief veronderstelde en min of meer objectief waargenomen stigmatisering. In het laatste geval zijn de respondent (of zijn vrouw) bijvoorbeeld vragen gesteld, heeft men medelijden uitgesproken etc., terwijl in het eerste geval de respondent geen concrete aanwijzingen voor stigmatisering heeft, maar het toch "voelt".

De verdeling van de antwoorden op vraag 1 en 2 is als volgt:

7x geen stigmatisering

6x stigmatisering wat betreft de handicap, waarvan 4x subjectief

6x stigmatisering wat betreft het niet-werken, waarvan 1x subjectief en waarbij het profiteurs-idee centraal stond.

Over het algemeen vond men de handicap-stigmatisering nogal vervelend; van de werkstigmatisering trok men zich echter niet veel aan. Daar het eerste dikwijls subjectief gevoeld wordt en het tweede objectief waargenomen, is dit nogal opvallend, maar gezien het volgende misschien wel te verklaren. Wat betreft de handicap blijkt de subjectief gevoelde stigmatisering samen te hangen met schaamtegevoelens; men projekteert wellicht de eigen ideeën over de "abnormaliteit" op de ander.

Wat betreft het niet-werken heeft men tegenover zichzelf meestal de zekerheid dat men er niets aan kan doen: de handicap voelt men als de legitieme oorzaak en wat anderen daarvan vinden doet er dan waarschijnlijk niet zoveel toe.

- a) De zichtbaarheid van de handicap houdt op tweeërlei wijze verband met de stigmatisering. Enerzijds komt bij een zichtbare handicap subjectief veronderstelde handicap-stigmatisering vaker voor (men voelt zich opvallend). Anderzijds gaat een onzichtbare handicap vaker met objectieve niet-werk stigmatisering gepaard (de omgeving ziet (letterlijk) geen reden tot niet-werken).
- b) Bij ernstige en bewegingsstoornissen ondervindt men meer handicap -, bij niet-ernstige en algemene stoornissen meer niet-werk stigmatisering. Dit vloeit waarschijnlijk voort uit het feit dat de eerstgenoemde handicaps vaker gekenmerkt worden door zichtbaarheid, de laatstgenoemde door onzichtbaarheid.
- c) De subjectief gevoelde handicap-stigmatisering hangt samen met de ziekte-communicatie; dat wil zeggen men praat er in dit geval, uit schaamte, liever niet over. Het is echter de vraag wat oorzaak en wat gevolg is.

3.3 Waardering van de sociale verzekeringsuitkering

Op de vraag hoe men tegenover de ZW en de WAO stond antwoordden 6 respondenten dat ze veel liever zelf echt kostwinner zouden zijn, 5 dat het fijn was dat ze bestonden voor noodgevallen, 3 dat het verzekeringen zijn, die, net als alle andere, uitbetalen als het nodig is (maar waarvoor ze toch wel dankbaar zijn) en 3 dat ze zich een beetje profiteur voelen (ze leefden immers "op de zak van de gemeenschap"). Ze waren het er wel over eens dat Nederland in dit opzicht een gezegend land is. Slechts 1 respondent was van mening dat hij recht op uitkering had, en daarvoor dan ook niet dankbaar hoefde te zijn.

3.4. (On)tevredenheid met het GAK en de GMD

Dit onderwerp werd ter sprake gebracht door de vraag "Wat vindt U van het GAK en/of de GMD?". 8 respondenten antwoordden hierop dat ze er geen problemen mee hadden: alles was best; 4 hadden geen mening: alles was gegaan zoals het gegaan was, niet goed en niet slecht.

De rest had minder prettige ervaringen òf met de instanties als geheel, qua administratie en organisatie, òf met individuele medewerkers ervan. De punten waarop de kritiek zich richtte, zullen hieronder worden aangegeven, geïllustreerd met wat opmerkingen.

Ten aanzien van het GAK betroffen de bezwaren voornamelijk de medewerkers, in casu artsen:

- 1) controle: "Ze zitten er niet voor jou, maar voor de wet - ze controleren je", "ze doen net of je simulant bent", "ze willen je alleen maar zo snel mogelijk aan het werk sturen".
- 2) uitleg: "Ze leggen niets uit", niet hoe ernstig de aandoening is, niet hoe lang het zal duren, niet wat er allemaal gaat gebeuren, bijvoorbeeld bij overgang naar de WAO. "Ze luisteren niet naar je".
- 3) wachttijden, zowel bij spreekuur, als wat betreft de volgende beoefenis van de GAK-arts: "Ze doen niks, ze laten je maar wachten zonder dat je weet waarom".

Ten aanzien van de GMD laten de bezwaren zich als volgt groeperen:
A. Wat betreft de medewerkers, in casu artsen of arbeidsdeskundigen (p.a.d.'s)

- 1) uitleg over a. vaststelling arbeidsongeschiktheidspercentage: "hoe komen ze dan tot dat percentage", "waarom ben ik nou voor 80-100% afgekeurd"

b. werkhervattingsmogelijkheden: "hij (de arts) zei dat ik wel licht werk kon doen, maar wat is nou licht werk"

c. uitkeringsproblemen: in verband met bijverdienen of hervatten en weer verzuimen etc.

- 2) belangstelling: "ze letten helemaal niet op wat jij wil", "hij (de arts) luistert helemaal niet naar je", "hij praat niet met je, maar onderzoekt je alleen maar".

B. Wat betreft de organisatie:

- 1) wachttijden a. van de overgang naar de WAO tot het eerste contact met iemand van de GMD. Bij een respondent was dit 2 jaar: "ik voelde me verwaarloosd", "ik wist niet wat ze allemaal konden doen"

b. tussen de keuring en de uitslag ervan; tussen de uitslag en het bezoek van de p.a.d.; tussen dit bezoek en het resultaat: het toekennen en afleveren van de toegezegde voorzieningen (zoals telefoonkostenvergoeding, rolstoel etc.).

- 2) ondoorzichtigheid: het wordt niet duidelijk waarop men aanspraak kan maken, wat er allemaal gaat gebeuren en hoe. De indruk bestaat bij een aantal respondenten dat "de p.a.d.'s al die pietluttige regels ook niet eens precies weten": toezeggingen blijken soms ineens niet gehonoreerd te kunnen worden.
- 3) het gewicht van de mening van de arts ten opzichte van die van de arbeidsdeskundige. Het oordeel van de arts, en dus de medisch vaststelbare eigenschappen van de respondent geeft, volgens de respondenten tenminste, dikwijls ontzacht, de doorslag bij de beslissingen, bijvoorbeeld over omscholing en voorzieningen: "van hem (de p.a.d.) mocht het wel, maar de dokter vond het niet nodig, ja, maar die heeft me maar één keer een half uur gezien".

Wil men deze kritiekpunten op het GAK, de GMD en hun medewerkers globaal karakteriseren, dan kan men stellen dat zij grotendeels de gevoelde onmacht van de arbeidsongeschikte weergeven; hij zou zo graag meer aandacht willen krijgen voor zijn problemen en vragen en inzicht willen hebben in de gang van zaken rond zijn persoon.

- a) Hoe langer de arbeidsongeschiktheid reeds duurt, hoe ontevredener men met het GAK en de GMD is: hoe langer men met ze te maken heeft gehad, hoe meer teleurstellingen, onzekerheden en moeilijkheden men te verwerken heeft gekregen (de lezer herinnere zich het hieraan tegengestelde verband tussen de duur en de tevredenheid met de behandelende artsen, paragraaf 2.2).

- b) De kritiek was niet afhankelijk van het beroep, de leeftijd of de aard en ernst van de aandoening.

3.5 Gevoel van isolatie

Zowel door de handicap als door het niet-werken krijgt men dikwijls het gevoel buiten de maatschappij te staan. Men is als gevolg van de handicap vaak minder mobiel, gaat minder frequent uit en ziet daarvoor minder van de buitenwereld. Ook als gevolg van het niet-werken staat men meer aan-de-rand-van dan in de maatschappij - het eerder genoemde, daarmee verbandhoudende gemis van externe prikkels en sociale contacten (paragraaf 1.4) kan worden opgevat als de oorzaak van de gevoelens van uitstoting, van niet meer meedoen. Deze isolatie-ervaringen werden 7x spontaan genoemd tijdens de interviews en ook nog enkele malen nadat de interviewer het onderwerp noemde.

- a) Het gevoel buiten de maatschappelijke stroom te staan, komt bij alle beroeps- en leeftijdsgroepen voor en eveneens bij alle aandoeningen.
- b) Isolatie wordt over het algemeen sterker gevoeld naarmate men langer arbeidsongeschikt is
- c) en naarmate men minder sociale contacten heeft (zie ook paragraaf 1.3).

3.6 Veranderingen in het gezin

11 respondenten gaven aan min of meer ingrijpende veranderingen in het gezinsleven te hebben doorgemaakt ten gevolge van hun arbeidsongeschiktheid. De veranderingen varieerden van het verrichten van wat meer huishoudelijke karweitjes door de man tot het overnemen van de administratie van het eigen bedrijfje door de vrouw en het laten vervallen van alle gezamenlijke activiteiten met de kinderen.

De vraagstelling was helaas niet specifiek genoeg, zodat vooral de wat kleinere wijzigingen waarschijnlijk niet altijd zijn vermeld. Hierdoor bleef ook onduidelijk hoe men de veranderingen waardeerde; men uitte zich daar nogal neutraal over.

3.7 "Persoonlijkheids"veranderingen

Een aantal malen bracht een respondent uit zichzelf naar voren dat hij in bepaalde opzichten "een ander mens" geworden was na de werkverlating. Er is ook, zo weinig mogelijk suggestief, naar gevraagd. Alle respondenten bleken zichzelf wel veranderd te vinden (door de echtgenotes werd dit meestal bevestigd), hetzij qua "temperament", hetzij qua belangstelling voor verschillende dingen.

Vrijwel iedereen rapporteerde een grotere prikkelbaarheid en agressiviteit dan vroeger. Er was wel niet altijd laaiende ruzie, maar kleinere rimpelingen en uitvallen waren wel frequenter geworden. Een reden hiervoor was niet steeds aan te geven.

- a) Men weet het wel aan de verveling en aan de lichamelijke afhankelijkheid. "Als je iets zelf wilt doen en het lukt niet, raak je al geirriteerd, en als je dan nog hulp moet vragen ook, helemaal.

Naast verhoogde prikkelbaarheid noemde men als "temperament"-verandering ook, en soms tegelijkertijd, een grotere rust of geringere gespannenheid.

- b) Dit werd steeds verklaard door het wegvallen van de druk van het werk wat betreft tijdslimieten, veeleisendheid ten aanzien van capaciteiten en energie e.d. De grotere rust werd wel prettig gevonden, behalve enkele malen, waar het te veel op apathie ging lijken.

Een derde persoonsverandering betrof de verminderde belangstelling voor bepaalde onderwerpen en de buitenwereld. 4 respondenten noemden deze verandering; het leek alsof een soort "wereldverkleining" was opgetreden: men had minder interesse in de politiek, in verenigingen waar men vroeger lid van was geweest, in kennissen soms en ook in de gang van zaken bij de oude werkkring.

- c) Men bracht deze wereldverkleining zelf in verband met de isolatie (zie paragraaf 3.5): als je niet meer mee doet is het niet zo boeiend meer.

Twee van deze 4 respondenten vertelden zoveel met zichzelf, met de handicap en alle gevolgen vandien bezig te zijn, dat er geen "ruimte" overbleef voor andere dingen; een verschijnsel dat ook in de literatuur over de gevolgen van langdurige ziekte wordt vermeld. Men vond de verminderde belangstelling niet allemaal vervelend; men verbaasde zich er echter wel over.

- d) De interessevernaauwing werd niet weerspiegeld in het aantal bezigheden dat de 4 respondenten verrichtten, maar wel in een geringe mate van inventiviteit.

- e) Al deze persoonlijkheidsveranderingen werden duidelijker naarmate de duur van de arbeidsongeschiktheid groter was. Dit is een belangrijk gegeven, vooral wat betreft de interessevernaauwing, wanneer men zich met revalidatie, verbetering van de levensomstandigheden en/of werkhervatting bezighoudt: hoe langer men wacht hoe moeilijker het zal zijn de mensen weer te activeren. Een respondent zei zelf: "ik weet niet wat het is, maar hoe langer je thuis zit, hoe minder fut je hebt om weer iets te gaan doen". (Men duidt dit probleem ook wel aan met de term "invaliderende invaliditeit".)
- f) Respondenten ouder dan 45 jaar vonden de veranderingen in zichzelf dikwijls vrij groot; de jongeren (<45 jaar) meldden slechts geringe veranderingen.

3.8 Het meest positieve en het meest negatieve aspect van arbeidsongeschiktheid

Zowel in dit, als in de vorige twee hoofdstukken, is een aantal gevolgen van de handicap en het niet-werken genoemd, die men op verschillende wijze kan waarderen. Om hierin een soort rangorde aan te brengen is gevraagd wat men nu, alles bij elkaar genomen, de belangrijkste prettige en nare kanten van het arbeidsongeschikt zijn vond.

De antwoorden aan de positieve zijde waren:

- het wegvallen van de druk van het werk (3x)
- meer aandacht mogelijk voor de kinderen (2x)
- (gedwongen) grotere zelfstandigheid van de kinderen (1x)
- een verbeterde verhouding met de echtgenote (1x)
- "je bent een ervaring rijker", "je denkt anders over je leven" (2x)

De meeste andere respondenten konden in het geheel geen positieve kanten aan hun situatie ontdekken (10); de overige 8 hadden geen mening.

De antwoorden aan de negatieve zijde waren:

- je bent uitgeteld, doet niet meer mee, het is afgelopen (4x)
- verveling (3x)
- onzekerheid over de toekomst (3x) onder andere wat betreft lichamelijke capaciteiten
- het binnen zitten (2x)
- afhankelijkheid (2x)
- isolatie (2x)
- de aandoening (2x)
- daling in het inkomen (1x)
- het feit dat je niet zelf je geld verdient (1x)
- het gevoel dat niemand zich om je bekommert (1x).

6 respondenten vonden verschillende van bovenstaande zaken vervelend, maar konden niet aangeven wat het ergst was.

3.9 Algemene waardering van de arbeidsongeschiktheid

Evenals bij de bespreking van de waardering van het niet-werken (paragraaf 1.6) kan hier worden opgemerkt dat slechts één respondent zeer tevreden is met zijn nieuwe bestaan en dat één ander het in ieder geval even plezierig vindt als zijn werkzame periode.

De intensiteit van de waardering van het arbeidsongeschikt zijn varieert natuurlijk ook, maar dan onder invloed van een groter aantal factoren dan dat, welke de mening over het niet-werken bepaalt. De mate waarin men moeite heeft met de handicap speelt hierbij immers een rol, evenals de mate waarin stigmatisering, isolatie, persoonlijkheidsveranderingen etc. problemen opleveren.

Het vaststellen van het relatieve gewicht van al deze factoren ten opzichte van de algemene waardering van het arbeidsongeschikt zijn, was in het kader van deze voorstudie onmogelijk.

Naast deze weinig specifieke aanduiding van de waarde-betekenis van de arbeidsongeschiktheid is ook op een andere manier gepoogd een beeld te krijgen van deze betekenis. Er is namelijk gevraagd of men het gevoel had, alles bij elkaar genomen, het zwaar te verduren te hebben (gehad). (De hoeveelheid pijn, die de handicap veroorzaakte, werd hierbij wel betrokken, maar uitdrukkelijk als minder belangrijk facet van de arbeidsongeschiktheid.)

11 respondenten beantwoordden deze vraag bevestigend, 9 ontkennend en 7 twijfelden. Het spreekt vanzelf, dat het ontkennen van een zwaar lijden niet betekent dat men zijn lot wel plezierig vindt; aan de andere kant kan men echter zeggen, dat de mening het zwaar te verduren te hebben (gehad) wel impliceert dat men het lot als onplezierig ervaart.

- a) Degenen van wie werkhervatting onmogelijk is, voelen zich vaker door een zwaar lot getroffen dan degenen voor wie een arbeidzaam leven (misschien) nog wel haalbaar is.
- b) De respondenten met een ernstige handicap verwoorden eveneens vaker het gevoel het zwaar te verduren te hebben dan de minder ernstig gehandicapten.

Hoofdstuk 4. SAMENVATTING EN DISCUSSIE

4.1 Korte samenvatting

Aangezien in het begin van ieder hoofdstuk een overzicht van de daarin besproken factoren is weergegeven is het niet zinvol hier nogmaals een opsomming van het behandelde te geven.

De volgende, puntsgewijze samenvatting zal daarom beperkt blijven tot de, in ieder geval naar de mening van de onderzoeker, meest interessante bevindingen. In de kantlijn zullen de paragrafen worden aangegeven, waarin deze bevindingen in eerste instantie werden vermeld.

1.2 Aan de bezigheden, die de respondenten verrichtten, is een viertal aspecten onderscheiden. Daarvan heeft de inventiviteit, door haar samenhang met andere factoren, de meeste betekenis gekregen. Een grotere mate van inventiviteit bleek aanwezig wanneer men 1. meer oude bezigheden had moeten laten vallen en 2. langer arbeidsongeschikt was. Minder inventief waren de mensen die vroeger niet-creatief werk hadden verricht.

Respondenten, die voornamelijk actief waren in hun bezigheden, verveelden zich minder dan de meer passieve arbeidsongeschikten; het aantal bezigheden hield geen verband met verveling.

1.4 Het wegvallen van het werk bleek verschillende betekenissen te hebben.
1.5 Vrijwel iedereen miste het werken als gewoonte en als de "normale" dagvulling. Daarnaast betreurden velen het gemis van externe prikkels en sociale contacten in hun arbeidsloos bestaan. Ten derde bleek het gemis van verschillende aspecten van de eigen werkinhoud en -omgeving, zowel positief als negatief, gewaardeerd te kunnen worden.

1.6 Er bestond enige variatie in de mate waarin men het niet-werken vervelend vond; bij een eventuele noodzakelijke en mogelijke keuze tussen werken en niet-werken zou men echter allen, op één na, het eerste kiezen. Het is nog onduidelijk welke betekenis van het (gemis van) werk (zie 1.4 en 1.5) hieraan debet is.

2.2 De helft van de respondenten had grote bezwaren tegen de behandeling die zij van de behandelende artsen (hadden) genoten. Zij

misten vooral enige persoonlijke belangstelling voor een aantal met de handicap samenhangende problemen en uitleg van de aard van de handicap, de behandelwijze etc. Het gebrek hieraan had vooral grote onzekerheid tot gevolg.

De bezwaren werden vooral geuit door degenen die nog niet lang arbeidsongeschikt waren (en waarschijnlijk nog intensief contact hadden met de behandelende artsen).

- 3.4 De bezwaren van 15 respondenten tegen de sociale verzekeringsinstanties en haar medewerkers weerspiegelden voornamelijk een gebrek aan inzicht in en gevoelens van onmacht jegens de wettelijke en administratieve gang van zaken rond hun persoon. In tegenstelling tot de kritiek op de behandelende sector namen deze bezwaren juist toe, naarmate men langer arbeidsongeschikt was (en dus meestal meer met het GAK en de GMD te maken had gekregen).
- 3.1 Verondersteld werd dat in het begin van de arbeidsongeschiktheid de handicap het grootste probleem zou vormen en dat verloop van tijd een verschuiving zou optreden naar het niet-werken als belangrijkste probleem. Het is nog niet duidelijk of deze veronderstelling juist is of niet. Wel is gebleken dat het niet-werken belangrijker wordt gevonden door degenen wier handicap minder ernstig is.
- 3.2 Stigmatisering ten opzichte van de handicap of het niet-werken werd 12x vermeld; respectievelijk meestal subjectief gevoeld (negatief gewaardeerd) en objectief waargenomen (neutraal gewaardeerd). Met de subjectief veronderstelde handicap-stigmatisering ging dikwijls gepaard het niet bereid zijn over de handicap te praten op grond van schaamtegevoelens. De zichtbaarheid van de handicap is bij stigmatisering van groot belang.
- 1.3 Gevoelens van isolatie, van buiten de maatschappij te staan,
3.5 werden door ongeveer 10 respondenten geuit. Dit waren voornamelijk mensen, die reeds lang arbeidsongeschikt waren en die weinig sociale relaties hadden. De reden voor dit isolatiegevoel is waarschijnlijk het gemis van het werk als deelname aan de maatschappij en het feit dat men door de handicap veelal aan huis gekluisterd is.

3.7 Een belangrijke, hoewel niet de meest genoemde, "persoonlijkheidsverandering" is de vermindering van belangstelling of "wereldverkleining", die sterker lijkt plaats te vinden naarmate men langer arbeidsongeschikt is. Er is een aanwijzing dat het samenhangt met isolatiegevoelens en een geringe inventiviteit ten aanzien van nieuwe bezigheden.

3.8 9 respondenten konden een meest positief aspect van de arbeids-
3.9 ongeschiktheid aangeven. 4 van hen noemden een verandering in het gezin en 3 het wegvallen van de druk van het werk. Over het meest negatieve aspect (genoemd door 21 respondenten) bestond minder overeenstemming: 10 uiteenlopende zaken werden vermeld.

4.2 Discussie

4.2.1 In de inleiding van dit verslag is het doel van deze voorstudie uiteengezet: het inventariseren van die factoren, die men bij het onderzoek naar de aanpassing aan een arbeidsloos bestaan, in ogenschouw moet nemen.

De vraag die nu gesteld kan worden betreft het welslagen van de inventarisatie-poging: kunnen we redelijkerwijs veronderstellen dat het probleemveld door de waargenomen factoren volledig wordt bestreken? Deze vraag is met opzet zo geformuleerd, daar algehele garantie op de volledigheid onmogelijk is: zoals bij ieder nieuw onderzoeks-terrein kunnen de uitkomsten van deze voorstudie immers niet getoetst worden aan reeds bestaande gegevens.

Het antwoord kan mijns inziens bevestigend zijn. De interviewhandleiding was samengesteld op grond van een uitgebreide literatuurstudie en vroegere ervaringen met arbeidsongeschikten en tijdens de gesprekken werd vrij veel ruimte gelaten aan spontane opmerkingen van de respondenten; een werkwijze die de zekerheid geeft dat zo niet alle, dan toch wel de belangrijkste, met niet-werken en de reactie daarop in verband te brengen onderwerpen naar voren zijn gekomen.

In de hoofdstukken 1, 2 en 3 zijn de meeste van deze onderwerpen aan de orde gekomen, doch niet allemaal: slechts die factoren waaraan tijdens de interviews ruime aandacht werd besteed en waarover meer dan alleen vage indrukken en vermoedens bestonden, zijn besproken.

Daarnaast zijn nog 3 andere factoren aan het licht gekomen, die voornamelijk vanwege vraagtechnische moeilijkheden niet diepgaand konden worden behandeld, maar van te veel belang lijken om onvermeld te blijven.

1. Gezinsomstandigheden

Voor de wijze waarop de man op het niet-werken (en de handicap) reageert en een nieuw bestaan tracht op te bouwen is de steun, die hij van zijn vrouw en eventuele kinderen ondervindt van groot gewicht.

Om daarop zicht te krijgen moet men weten in welke fase het gezin verkeert, dat wil zeggen of er kinderen zijn en zo ja, in welk groei-stadium ze verkeren, en informatie hebben over de gezinscohesie, de mate waarin men gewoon was gezamenlijk problemen op te lossen e.d. Dit was onvoldoende doordacht voor het begin van de interviewserie en het bleek daardoor niet mogelijk meer dan af en toe wat fragmentarische en oppervlakkige gegevens te verzamelen.

2. Psychologische kenmerken van de arbeidsongeschikte

In de inleiding van dit inhoudelijke verslaggedeelte wordt het niet besproken van (sociaal)psychologische variabelen beargumenteerd met de geringe relevantie ervan voor dit vooronderzoek. Dit argument werd tijdens de interviews onjuist bevonden. In de loop der gesprekken werd duidelijk dat factoren als psychische stabiliteit, stress-niveau, "soepelheid van geest" in de zin van creativiteit en frustratietolerantie, gevoel van eigenwaarde etc. (hoe ze ook precies geoperationaliseerd zouden moeten worden) zeker wel van belang zijn bij de aanpassing aan het arbeidsloos bestaan. Zij kunnen waarschijnlijk worden opgevat als eerste reacties op het niet-werken en ook als factoren die de latere vormgeving aan de nieuwe situatie mede bepalen.

3. "Zinvolheidservaring"

Een essentieel aspect van aanpassing aan het arbeidsloos bestaan is de waarde die men aan het nieuwe leven, zoals men dat gestalte geeft, hecht. Met deze waarde wordt niet bedoeld alleen de algemene waardering in positieve of negatieve zin, maar meer specifiek de ideeën die men heeft ten aanzien van de zinvolheid van het bestaan (die de algemene waardering in sterke mate zullen beïnvloeden). Zinvolheid is een moeilijk exact te definiëren begrip, maar tijdens

de interviews kwam er wel een beeld naar voren van de betekenis die het voor individuen kan hebben. Het blijkt voornamelijk een kenmerk te zijn van de wijze waarop men de dag doorbrengt: de bezigheden die men verricht worden als zinvol ervaren als men het gevoel heeft dat de eigen vaardigheden erin tot uiting kunnen komen, dat er enige inspanning (intellectueel of lichamelijk) mee gemoeid is, dat ze door anderen gewaardeerd worden, dat men voor anderen nog iets kan betekenen etc. Vooral dit laatste lijkt van belang: als men bezigheden niet helemaal alleen verricht, maar als contact met anderen er deel van uitmaakt, vindt men ze dikwijls bevredigender dan de solitaire activiteiten.

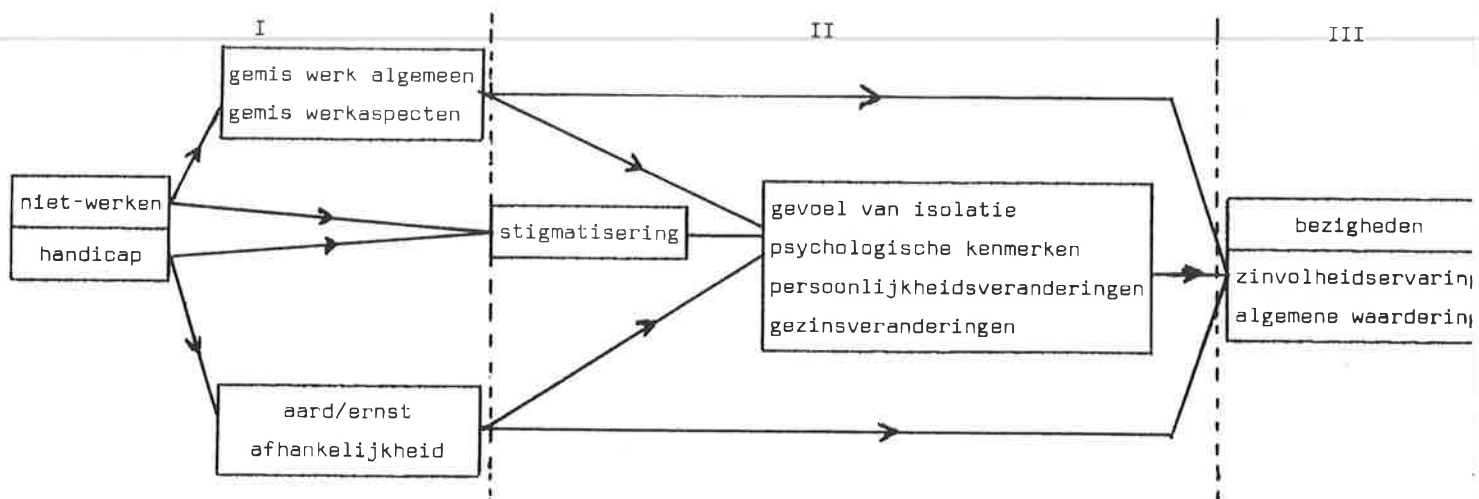
4.2.2 Uit deze voorstudie is een aantal factoren naar voren gekomen, die direct of indirect betrekking hebben op de probleemstelling van het definitieve onderzoek. Deze probleemstelling luidt: "welke aanpassing vindt men aan het arbeidsloos bestaan en welke factoren spelen daarbij een rol?"; het is duidelijk dat hierbij het niet-werken en de reactie daarop centraal staan. In het volgende zal worden aangegeven, hoe de factoren uit dit vooronderzoek, die ten aanzien van deze centrale vraagstelling het belangrijkst zijn, in een voorlopig en nog zeer globaal onderzoeksmodel kunnen worden ondergebracht. Hiertoe worden deze factoren in drie groepen onderscheiden, die respectievelijk betrekking hebben op:

- I. de probleemsituatie, in casu vooral a, het niet-werken, dat voor het individu een bepaalde betekenis heeft door het gemis van werken in het algemeen of van specifieke werkaspecten, en in de tweede plaats b, de handicap, gespecificeerd naar de aard, de ernst en de mate van afhankelijkheid.
- II. de consequenties van deze probleemsituatie, zowel direct voor het individu (gevoelens van isolatie, persoonlijkheidspsychologische en gezinsveranderingen) als via zijn omgeving (stigmatisering).
- III. het gevolg van I en II: a, de aanpassing aan het niet-werken, voornamelijk geïndiceerd door de bezigheden die men verricht en de waardering daarvan als zinvolle tijdsbesteding en b, de algemene waardering van het nieuwe bestaan, waarbij ook de handicap en haar gevolgen een rol spelen.

In termen van sociaal-wetenschappelijk onderzoek zijn de variabelen in groep III de te verklaren variabelen en die in I en II de verklarende variabelen.

Bovenstaande indeling is in schema als volgt weer te geven:

Schema 2: Voorlopig onderzoeksmodel



Wellicht ten overvloede wordt nogmaals gesteld dat dit schema slechts een voorlopig, globaal en onvolledig onderzoeksmodel weergeeft. Ten eerste zullen in het volledige model nog veel meer factoren betrokken moeten worden en ten tweede zullen de verschillende factoren niet zozeer per groep, maar ook ieder apart in hun vermoedelijke samenhang moeten worden aangegeven. Men zou bovenstaand schema als het skeletmodel kunnen opvatten, waarvan de "aankleding" voor de definitieve onderzoeksopzet zal plaatsvinden.

BIJLAGE

Interview-handleiding vooronderzoek

In eerste instantie was deze handleiding nog vrij gedetailleerd. De factoren die aan de orde moesten komen waren door middel van vele vragen uitgewerkt. Reeds na enkele gesprekken bleek echter dat vele van deze vragen, hetzij niet ter sprake hoefden komen, hetzij op geheel andere wijze gesteld moesten worden, als men de eigen inbreng en spontaniteit van de respondent zo min mogelijk wilde beknotten. Als gevolg hiervan werd bij alle latere gesprekken slechts een vrij globale interview-handleiding gebruikt die alleen de bredere terreinen aangaf die bestreken moesten worden en waarbij invulling daarvan overgelaten werd aan het min of meer spontane verloop van de interviews.

I. De aandoening

1. begin, verloop
2. duur arbeidsongeschiktheid
3. prognose
4. lichamelijke beperkingen
5. contact artsen
6. aanvaarding
7. identificatie met gehandicapten

II. Tijdsbesteding

1. bezigheden, oud en nieuw
2. vroegere bezigheden, die onmogelijk waren geworden
3. waardering van de bezigheden
 - a. alleen als tijdverdrijf
 - b. meer bevredigend als bestaansvulling

III. Veranderingen in het gezin

1. beslissingen wat betreft aankopen, uitgaan etc.
2. ruzie
3. aandacht voor kinderen
4. gezamenlijke activiteiten
5. financiële moeilijkheden

IV. Persoonlijkheidsveranderingen

1. belangstelling
2. gemoedstoestand (rust, agressie etc.)

V. Sociale relaties

1. familie of kennissen en vrienden
2. gespreksonderwerpen
3. frequentie (ook vergeleken met vroeger)
4. stigmatisering

VI. Wijdere omgeving

- * 1. bekendheid van de respondent met ZW- en WAO-belanghebbenden in zijn omgeving
- 2. stigmatisering
- 3. ziektecommunicatie

VII. Arbeid

- 1. vroegere werk-aard en satisfactie
- 2. opleiding
- * 3. veel werkwisseling in het verleden
- 4. gemis van werken in het algemeen en eigen werk in het bijzonder
- 5. graag weer snel hervatten

VIII. Algemene waardering

IX. Diversen

- * 1. geloof - steun?
- * 2. hoe lang woonachtig in zelfde plaats
- * 3. gezin van herkomst - activiteiten
- onderlinge verhoudingen
- * 4. sociale relaties vóór huwelijk
- 5. contacten met GAK en GMD

Over de met een * gemerkte punten werd niet voldoende informatie verkregen om er in het verslag aandacht aan te besteden. De indruk bestaat dat zij niet van groot belang zijn.

