

Boekbespreking

König-Zahn, C., Furer, J.W., Tax, B.; *Het meten van de gezondheidstoestand. Deel 2: Lichamelijke gezondheid, sociale gezondheid. Assen, van Gorcum, 1994. ISBN 90 2322 758 1. prijs f 37,50.*

Dit boek is het tweede deel van de drie waarin vragenlijsten worden beschreven en geëvalueerd die de gezondheidstoestand beogen te meten. Deel 1 is in dit tijdschrift reeds besproken. De auteurs maken hierbij gebruik van een ordeningsschema met twee ingangen: gezondheidsdimensie en specificiteit. Ieder van deze ingangen kent vier aspecten. De vier gezondheidsdimensies omvatten de somatische, psychische, sociale en algemene gezondheid. De specificiteit kent een zekere hiërarchische ordening van algemeen naar specifiek van één itemschaal, via een wat weinig gedifferentieerde 'thermometerschaal' naar specifiek eenschalig en specifiek meerschallig. In het eerste deel werden de vragenlijsten over algemene gezondheidsdimensies behandeld, in het derde deel komen de psychische gezondheidsdimensies aan de orde. In dit tweede deel passeren vragenlijsten over de somatische en sociale dimensie van gezondheid de revue. Eén itemsvragenlijst zijn daarbij niet aangetroffen, een specifieke 'thermometer' voor sociale gezondheid evenmin. In het kleine dozijn hier gepresenteerde vragenlijsten vallen voor de arbo-deskundige direct de Vragenlijst Arbeid en Gezondheid (VAG) en de Vragenlijst Periodiek Bedrijfsgezondheidkundig Onderzoek (PBGGO). Over de conclusie over de bruikbaarheid van de PBGO-lijst heerst in de vakwereld brede consensus: bruikbaar om werkproblemen op te sporen en een handig, maar uitgebreid gezondheidkundig anamnese-instrument, doch weinig geschikt voor consistent (wetenschappelijk) onderzoek. Niet zonder reden wordt daarom hard gewerkt aan een nieuw modulair PBGO met een hogere standaard. De beoordeling van de VAG-lijst verwondert me wat waar het de lage specificiteit betreft die er aan toegeschreven wordt.

Ik denk dat velen die deze lijst gebruiken van mening zullen zijn dat de VAG een goede ingang biedt naar herkenning van vrij specifieke werkgerelateerde problemen. De reden van deze discrepantie is me niet geheel duidelijk. Mogelijk moeten we hiervoor teruggrijpen naar de problematiek rond de conceptualisering van gezondheid, zoals die in deel 1 uitgebreid aan de orde is gekomen. Misschien zijn in het uitgebreide traject van de 'positieve gezondheidsdefinitie' ook wel vele factoren op individueel niveau onderling compenserend, zodat meting vanuit een verder weg gelegen gezondheidsconcept, dat de auteurs noodzakelijkerwijs genomen hebben voor hun totale project, hierover te weinig informatie verschaft. Of ligt het probleem in de mogelijke contaminatie van vragenlijsten met wenselijke/gewenste concepten op het gebied van de arbeidsorganisatie. In dat geval betreft het een conceptuele lacune, iets waarvan de auteurs op grote gebieden van de gezondheidstoestand melding maken. Ik kom er niet zo goed uit.

De andere lijsten (Cornell Medical Index en een aantal lijsten over chronische somatische aandoeningen en beperkingen en over sociale activiteiten en beperkingen) lijken op het eerste gezicht minder relevant voor de arbo-praktijk. Deze schijn bedriegt echter, omdat steeds meer nadruk komt te liggen op arbeidsparticipatie van mensen met beperkingen. Hierdoor is een genuanceerde inventarisatie en taxatie van beperkingen en problemen in dit 'reservoir van arbeidskracht' meer van belang dan in de periode waarin het uitkeringsregime minder gedifferentieerd was. Wel is het zo dat kennisneming van dit boek van minder belang is voor de arbo-practicus dan voor de staf- en beleidsmedewerkers die te maken hebben met de ontwikkeling en evaluatie van instrumenten, met name op het gebied van de tertiaire preventie. Zij kunnen hun bestaande instrumenten nog eens houden tegen de concepten van de hier behandelde vragenlijsten. Een nuttig hulpmiddel dus, maar voor een beperkte gebruikersgroep.

A.I.F. Vernooij