

50/
1366

SZW

Ministerie van Sociale Zaken
en Werkgelegenheid

De praktijk van de medische — aanstellingskeuring in 1988 en 1992

Een herhaling van het enquête-onderzoek
onder Nederlandse bedrijven en artsen in 1988

**E.C.M.P. Lourijsen
S.G. van den Heuvel
P.G.W. Smulders**

De praktijk van de medische aanstellingskeuring in 1988 en 1992

Een herhaling van het enquête-onderzoek onder
Nederlandse bedrijven en artsen in 1988

E.C.M.P. Lourijsen
S.G. van den Heuvel
P.G.W. Smulders

Nederlands Instituut voor
Arbeidsomstandigheden NIA
bibliotheek-documentatie-informatie
De Boelelaan 30, Amsterdam-Buitenveldert

ISN-nr. 16275
plaats 50-366
datum

Nederlands Instituut voor
Arbeidsomstandigheden NIA

Afd. BDI

De Boelelaan 32
1083 HJ AMSTERDAM
Tel. 020 - 5498611

**Onderzoek verricht door het NIPG/TNO in
opdracht van het Ministerie van Sociale
Zaken en Werkgelegenheid.**

juni 1993

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Louijisen, E.C.M.P.

De praktijk van de medische aanstellingskeuring in 1988 en

1992 : een herhaling van het enquête-onderzoek onder

Nederlandse bedrijven en artsen in 1988 / E.C.M.P.

Louijisen, S.G. van den Heuvel, P.G.W. Smulders. —

's-Gravenhage : Ministerie van Sociale Zaken en

Werkgelegenheid ; 's-Gravenhage : VUGA [distr.]

Met lit. opg.

ISBN 90-5250-475-X

NUGI 695

Trefw.: medische keuringen ; Nederland.

Verkoop

VUGA Uitgeverij B.V.

Postbus 16400, 2500 BK 's-Gravenhage

Telefoon 070-3 61 40 11. Telefax 070-3 63 23 38

INHOUD

	pagina
Samenvatting	i
1. DOEL VAN HET ONDERZOEK	1
1.1 Achtergrond van het onderzoek	1
1.2 Vraagstelling	4
1.3 Opbouw van het rapport	4
2. METHODE VAN ONDERZOEK	6
2.1 Opzet van het onderzoek in 1992	6
2.2 De steekproef in 1992	6
2.2.1 Steekproef van de bedrijven	7
2.2.2 Steekproef van de artsen	8
2.3 De vragenlijsten voor bedrijven en artsen in 1992	9
2.4 Veldwerk en respons	12
2.4.1 Het veldwerk	12
2.4.2 De respons van de bedrijven	13
2.4.3 De respons van de artsen	14
2.4.4 De respons in vergelijking met de non-respons van de bedrijven	15
2.4.5 De respons in vergelijking met de non-respons van de artsen	17
2.5 Opzet van de analyses	17
3. RESULTATEN BIJ DE BEDRIJVEN	19
3.1 Het aantal bedrijven dat aanstellingskeuringen laat verrichten	19
3.2 Thema's uit het kabinetsstandpunt	22
3.2.1 Functies waarvoor gekeurd wordt	22
3.2.2 Het doel van de aanstellingskeuring	23
3.2.3 De rechtspositie van de keurling	26
3.2.4 Invloed van andere keuringen	29
3.3 Uitgangswaarden ten behoeve van een periodieke evaluatie van de TAV	29
3.3.1 Het aantal keuringen en geschikt verklaringen	30
3.3.2 De grondslag van de keuring	32
3.3.3 Maatregelen in verband met de TAV	32
3.4 Eerder gedane aanbevelingen op het gebied van de aanstellingskeuring	34

4.	RESULTATEN BIJ DE ARTSEN	36
4.1	Het aantal artsen dat aanstellingskeuringen verricht en enkele achtergrondkenmerken	36
4.2	Thema's uit het kabinetsstandpunt	38
4.2.1	Functies waarvoor gekeurd wordt	38
4.2.2	Het doel van de aanstellingskeuring	40
4.2.3	De inhoud van de keuring	43
4.2.4	De rechtspositie van de keurling	46
4.2.5	Invloed van andere keuringen	51
4.3	Uitgangswaarden ten behoeve van een periodieke evaluatie van de TAV	53
4.3.1	Het aantal keuringen en geschiktverklaringen	53
4.3.2	Maatregelen in verband met de TAV	57
4.4	Eerder gedane aanbevelingen op het gebied van de aanstellingskeuring	58
5.	DE SITUATIE VAN 1992 VERGELEKEN MET DIE VAN 1988: EEN SAMENVATTING	60
5.1	De resultaten bij de bedrijven	60
5.2	De resultaten bij de artsen	64
6.	ENKELE KANTTEKENINGEN BIJ HET HERHALINGSONDERZOEK, CONCLUSIES EN UITGANGSWAARDEN VOOR DE TOEKOMST	71
6.1	Kanttekeningen bij het herhalingsonderzoek	71
6.2	Conclusies	72
6.2.1	Conclusies met betrekking tot het aantal keurende bedrijven en artsen	72
6.2.2	Conclusies met betrekking tot het kabinetsstandpunt inzake de medische aanstellingskeuring	73
6.2.3	Conclusies met betrekking tot de eerder gedane aanbevelingen inzake de medische aanstellingskeuring	81
6.3	Uitgangswaarden ten behoeve van een periodieke evaluatie van de TAV	82
	LITERATUUR	87
	BIJLAGEN	89

SAMENVATTING

In dit rapport wordt verslag gedaan van de resultaten van een enquête-onderzoek naar de praktijk van de medische aanstellingskeuring in Nederland, uitgevoerd in 1992. Het betreft een herhaling van het enquête-onderzoek onder Nederlandse bedrijven en artsen in 1988. In dit onderzoek heeft de vraag centraal gestaan of de huidige keuringspraktijk is veranderd ten opzichte van de eerder onderzochte situatie in 1988. Tevens was de vraag of eventuele veranderingen in de periode 1988-1992, in de richting gaan van het kabinetsstandpunt inzake de aanstellingskeuring. Verder zijn in dit onderzoek zogenaamde 'uitgangswaarden' vastgelegd om in de nabije toekomst ontwikkelingen in de keuringspraktijk als gevolg van de wet Terugdringing Arbeidsongeschiktheidsvolume (TAV) te kunnen volgen.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek kan over de huidige praktijk van de aanstellingskeuring het volgende worden geconcludeerd:

* Er lijkt nauwelijks sprake van veranderingen in de wijze van uitvoering van de aanstellingskeuring bij bedrijven en artsen ten opzichte van de eerder onderzochte situatie in 1988. Op sommige punten is wel sprake van veranderingen/ontwikkelingen in de richting van de uitgangspunten uit het kabinetsstandpunt. Echter, de huidige keuringspraktijk wijkt op een aantal punten - evenals in 1988 - nog belangrijk af van de gewenste situatie zoals geformuleerd in het kabinetsstandpunt.

Zo blijken de meeste bedrijven die keuringen laten verrichten geen onderscheid te maken in de functies waarvoor gekeurd wordt. Ook de meeste artsen geven aan bij alle soorten functies keuringen te verrichten. Dit terwijl het kabinetsstandpunt stelt dat aanstellingskeuringen alleen zouden moeten plaatsvinden als er medische eisen aan de functie verbonden zijn.

Verder zijn bedrijven en artsen weliswaar van mening dat het accent van de keuring ligt op het beoordelen van de medische geschiktheid van een sollicitant voor een functie, echter het begrip medische geschiktheid wordt -evenals in 1988- op velerlei wijzen ingevuld. Deze geschiktheid kan bijvoorbeeld betrekking hebben op de risico's van de nieuwe functie voor de gezondheid van de keurling, maar ook op de (financiële) risico's voor de werkgever (bijvoorbeeld toekomstig ziekteverzuim).

Voorts blijken de meeste artsen tijdens de keuring te vragen naar het ziekteverleden en het psychiatrisch verleden van de keurling, hetgeen in strijd is met het kabinetsstandpunt, waarin gesteld wordt dat in de keuring geen plaats is voor dergelijke vragen.

Een beperkt aantal artsen geeft te kennen dat het resultaat van een pensioenkeuring weleens leidt tot afwijzing voor een functie, waarvoor de kandidaat medisch geschikt bevonden is, hetgeen eveneens in strijd is met het kabinetsstandpunt.

Enkele veranderingen in positieve zin -sinds 1988- zijn de volgende:

- a. Bedrijfsartsen informeren de keurling nu vaker over de inhoud van de keuring dan in 1988.
- b. Er zijn nu vrijwel geen bedrijfsartsen meer die zeggen dat ze weleens een HIV-test doen bij de keuring.

- c. Bedrijfsartsen verschaffen nu minder vaak dan in 1988, informatie aan de opdrachtgever over de psychische gesteldheid van de kandidaat.
- d. Huisartsen gebruiken de keuring nu vaker om de belastbaarheid van de kandidaat te beoordelen dan in 1988.
- e. Huisartsen kijken nu minder vaak naar het te verwachten ziekteverzuim en/of het risico op ziekte, invaliditeit of dood.
- f. Kandidaten krijgen nu vaker inzage in de keuringsgegevens, indien zij dat wensen.

Om op termijn eventuele ontwikkelingen als gevolg van de invoering van de TAV-wet te kunnen volgen, zijn in dit onderzoek onder meer de volgende 'uitgangswaarden' vastgelegd:

- * De aanstellingskeuring maakt in het algemeen onderdeel uit van de individuele arbeidsovereenkomst en/of is vastgelegd in een CAO-bepaling. Voor een minderheid van de bedrijven is de keuring een onderdeel van het contract met de BGD of het pensioenfonds dan wel vastgelegd in wettelijke bepalingen.
 - * Op basis van de (over het peiljaar 1991) gerapporteerde keuringsaantallen door de bedrijven en artsen, alsmede gegevens over het percentage keurende bedrijven en artsen in dit onderzoek, is berekend dat het totaal aantal aanstellingskeuringen rond de 250.000 per jaar ligt. In vergelijking met 1988 - toen het geschatte aantal aanstellingskeuringen 325.000 bedroeg - is dit een afname van 23%. Deze afname lijkt voor een deel samen te hangen met de verminderde economische bedrijvigheid in Nederland, hetgeen zich uit in een afname van het gemiddeld aantal keuringen per bedrijf. Daarnaast speelt een rol dat minder grote bedrijven dan voorheen keuringen laten verrichten (dit geldt vooral voor de overheid en overige dienstverlening) en dat er sprake is van een gewijzigde samenstelling van de bedrijfspopulatie, waardoor er relatief minder overheidsbedrijven in de populatie zitten, terwijl het percentage keurende bedrijven met name daar hoog was in 1988.
 - * Bedrijven en artsen geven aan dat -in 1991- circa 1-2% van de kandidaten beperkt is goedgekeurd en 2-3% van de kandidaten is afgekeurd.
 - * De meeste bedrijven zeggen - als gevolg van de invoering van de TAV-wet - maatregelen genomen te hebben (of te gaan nemen) ter verbetering van de verzuimbegeleiding. Verder zijn als maatregelen genoemd: het doorvoeren van arbeidsplaatsverbeteringen en het verscherpen van de verzuimcontrole. Een strengere medische selectie, het verplicht stellen van aanstellingskeuringen en/of het formuleren van nieuwe medische eisen per functie, wordt door een minderheid van de bedrijven als maatregelen genoemd.
- De bevindingen bij de bedrijfsartsen lijken hier goed bij aan te sluiten. Huisartsen zijn veelal onbekend met de genomen maatregelen.

1. DOEL VAN HET ONDERZOEK

1.1 Achtergrond en doel van het onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

Veel werknemers, zowel in het particuliere bedrijfsleven als bij de overheid, worden medisch gekeurd voordat een aanstelling in een nieuwe baan plaatsvindt. Deze keuringen - doorgaans de laatste stap in het proces van werving en selectie - vormen vaak de eerste stap in de zorg voor de gezondheid van werknemers. De medische aanstellingskeuringen zijn de laatste jaren in de belangstelling gekomen vanwege de mogelijke bijdrage ervan aan het voorkómen van schade aan de gezondheid van betrokkene (of derden, zoals collega's en cliënten) enerzijds en van een hoog ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid anderzijds. Daarbij staan in het bijzonder het testen op seropositiviteit voor HIV (Aids-test), onderzoek naar erfelijke aanleg en het controleren van aspirant-werknemers op het gebruik van alcohol of drugs, ter discussie. Daar komt bij dat de aanstellingskeuring een belangrijke belemmering kan betekenen voor de reïntegratie van mensen met een WAO-verleden, gedeeltelijk arbeidsongeschikten en/of mensen met een ziekteverleden (zoals een psychiatrisch ziekteverleden). Immers, de in de wet Terugdringing Arbeidsongeschiktheidsvolume (TAV) voorgestelde premiedifferentiatie bij de Ziektewet en het bonus-malussysteem bij de arbeidsongeschiktheid, kunnen ertoe leiden dat de aanstellingskeuring een onbedoelde en ongewenste manier van (financiële) risicowering wordt.

Door het gebruik van zogenaamde HIV-testen in de keuring zijn in de tachtiger jaren door de Tweede Kamer vragen gesteld over de toelaatbaarheid van dergelijk medisch onderzoek in het kader van selectie van sollicitanten. De toenmalige staatssecretaris van SZW heeft daarop in 1989 de Interdepartementale Werkgroep Aanstellingskeuringen (IWA) ingesteld. Deze werkgroep heeft in het rapport "Goed gekeurd?" (1989) een aantal conclusies neergelegd, onder meer ten aanzien van: de plaats van de aanstellingskeuring in de selectieprocedure, de inhoud van de keuringen, de relatie met andere keuringen bij indiensttreding zoals de pensioenkeuring en de rechtspositie van betrokkenen. Het kabinet heeft in het Kabinetsstandpunt (1989/1990) met betrekking tot de aanstellingskeuring een aantal van deze conclusies onderschreven, te weten:

- Een medische beoordeling dient alleen plaats te vinden als er in redelijkheid, gelet op de aard en de inhoud van de functie, gezondheidseisen kunnen worden gesteld.
- De aanstellingskeuring mag uitsluitend dienen ter beoordeling van de medische geschiktheid van de sollicitant voor de beoogde functie. De medische geschiktheid houdt daarbij in

dat de betrokkene de werkzaamheden kan verrichten zonder dat zulks schade oplevert voor de eigen gezondheid en/of veiligheid of die van derden. Met andere woorden: de belastbaarheid van de keurling dient beoordeeld te worden in relatie tot de belasting in de functie.

- De inhoud van de keuring dient daarop afgestemd te zijn: er is geen plaats voor routinematige vragen en onderzoek zoals naar ziekteverleden en alcoholgebruik. HIV-testen en erfelijkheidsonderzoek dienen achterwege te blijven.
- De uitslag van andere keuringen (bijvoorbeeld een pensioenkeuring), die ten tijde van de aanstellingskeuring worden uitgevoerd, mogen niet van invloed zijn op de beoordeling van de medische geschiktheid van de sollicitant voor een bepaalde functie.
- De rechtspositie van de keurling moet daarbij adequaat geregeld zijn, conform de opvattingen in het rapport "Goed Gekeurd?" (IWA, 1989).

Het kabinetsstandpunt wordt door het Directoraat-Generaal van de Arbeid (DGA) gehanteerd als kader waarbinnen de praktijk rond de aanstellingskeuring zich moet afspelen. Uit het onderzoeksproject inzake de medische aanstellingskeuring in Nederland - dat in de periode 1987-1991 door het NIPG-TNO is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van SZW - bleek echter dat de praktijk rond de aanstellingskeuring zich dikwijls niet conform dit kader afspeelt (Lourijzen e.a. 1991). Ook komt uit het onderzoek naar voren dat de technische mogelijkheden voor het vaststellen van de belastbaarheid van een kandidaat beperkt zijn en dat de uniformiteit in de gehanteerde keuringsprocedures gering is. Bovendien bleek dat, als keuringsgegevens worden voorgelegd aan ervaren bedrijfsartsen, de onderlinge overeenkomst in hun oordeel over de geschiktheid van de kandidaat gering is. Ook de mogelijke invloed van de aanstellingskeuring op vroege uitval (dat wil zeggen binnen zeven jaar na de aanstellingskeuring) wegens blijvende arbeidsongeschiktheid, bleek gering (De Kort, 1993). Naar aanleiding van de resultaten van de verschillende deelonderzoeken werd geconcludeerd dat de waarde van de aanstellingskeuring als selectie-instrument gering is.

De resultaten van bovengenoemde onderzoeken maken dat het ministerie van SZW zeer terughoudend is in het gebruik van de mogelijkheid om een keuring op te leggen voor bepaalde beroepsgroepen op grond van artikel 24 en 25 van de Arbwet. Ten aanzien van aanstellingskeuringen die op basis van onderlinge afspraken tussen sociale partners worden uitgevoerd (al dan niet vastgelegd in CAO's) is in het kabinetsstandpunt uit 1990 vastgelegd dat de aandacht vooralsnog op zelfregulering wordt gelegd; daarbij wordt de praktijk rond de aanstellingskeuring overgelaten aan

betrokkenen zelf, zijnde werkgevers, aspirant-werknemers en keurend artsen. Als de ontwikkeling in de praktijk, als gevolg van zelfregulering, een andere is dan beoogd - dat wil zeggen niet conform de uitgangspunten zoals in het kabinetsstandpunt neergelegd - wordt nadere regelgeving door het kabinet overwogen.

Doel van dit herhalingsonderzoek

Om te kunnen beoordelen of er sprake is van ontwikkelingen in de keuringspraktijk in de richting van de uitgangspunten uit het kabinetsstandpunt, heeft het ministerie van SZW het NIPG verzocht het vragenlijstonderzoek uit 1988 onder Nederlandse bedrijven en artsen (Lourijzen e.a. 1989) te herhalen. Het betreft een deelonderzoek dat in het kader van het genoemde onderzoeksproject is uitgevoerd door het NIPG. In het vragenlijstonderzoek van 1988 is in brede zin aandacht besteed aan de praktijk van de aanstellingskeuring, inclusief aan de elementen uit het kabinetsstandpunt. Het herhalingsonderzoek heeft tot *doel* tot conclusies te komen over geconstateerde ontwikkelingen/veranderingen in de verschillende onderzochte aspecten van de medische aanstellingskeuring, ten opzichte van de eerder onderzochte situatie.

Op basis van het herhalingsonderzoek, waarover hier gerapporteerd wordt, wil het ministerie van SZW antwoord kunnen geven op de volgende twee beleidsvragen:

1. Heeft het huidige beleid, waarbij de praktijk rond de aanstellingskeuring - voor zover niet bij wet voorgeschreven - wordt overgelaten aan betrokkenen zelf (werkgevers, aspirant-werknemers en keurende artsen), het beoogde effect, dat wil zeggen een praktijk conform de uitgangspunten uit het kabinetsstandpunt (1989/1990)?

Beantwoording van deze beleidsvraag moet het ministerie van SZW mogelijk maken een beoordeling te kunnen maken over de vraag of de ingezette beleidslijn, waarbij de praktijk rond de aanstellingskeuring aan het proces van zelfregulering wordt overgelaten, gehandhaafd kan worden, of dat nadere overheidsbemoeienis (eventueel door regelgeving) gewenst is.

Daarnaast dient het onderzoek zogenaamde 'uitgangswaarden' op te leveren om eventuele ontwikkelingen als gevolg van de TAV-maatregelen te kunnen volgen. Met ontwikkelingen wordt hier geduid op ontwikkelingen in: aantallen keurende bedrijven en artsen, aantallen uitgevoerde aanstellingskeuringen (voor zowel kleine, middelgrote en grote bedrijven), de grondslag van de keuring (bijvoorbeeld wettelijke bepalingen, CAO-bepalingen, individuele arbeidsovereenkomsten) en eventuele maatregelen die bedrijven hebben genomen -of nog gaan nemen- als gevolg van invoering van de TAV. Dit heeft te maken met de tweede beleidsvraag die het ministerie van SZW - op termijn - wil kunnen beantwoorden, namelijk:

2. Welke ontwikkelingen doen zich voor in de praktijk op het terrein van de medische selectie bij de aanstelling, als gevolg van de invoering van de TAV.

Uit een recent onderzoek van het KNOV blijkt bijvoorbeeld dat meer dan 50% van de onder-
vraagde werkgevers aangeeft verscherpt medisch te gaan selecteren als gevolg van de TAV-
maatregelen (KNOV, 1992).

1.2 Vraagstelling

In het herhalingsonderzoek staan dus de volgende twee vragen centraal:

1. Is er - anno 1992 - sprake van een ontwikkeling/verandering in de verschillende onder-
zochte aspecten van de medische aanstellingskeuring bij bedrijven en artsen ten opzichte
van de eerder onderzochte situatie in 1988?
2. Gaan eventuele ontwikkelingen/veranderingen in de onderzochte aspecten van de medische
aanstellingskeuring in de richting van de uitgangspunten uit het kabinetsstandpunt?

Het begrip 'onderzochte aspecten' verwijst onder meer naar zaken als: het doel en de inhoud van
de medische aanstellingskeuring, de relatie met andere keuringen ten tijde van de aanstel-
lingskeuring en de rechtspositie van de betrokkenen bij de aanstellingskeuring. In hoofdstuk 2
wordt uitgebreider ingegaan op de aspecten die in het onderzoek van 1988 en 1992 zijn onder-
zocht.

Daarnaast dient het onderzoek zogenaamde 'uitgangswaarden' op te leveren om eventuele ontwik-
kelingen als gevolg van de TAV-maatregelen te kunnen volgen. Het gaat daarbij om ontwikkelin-
gen in: aantallen keurende bedrijven en artsen, aantallen uitgevoerde aanstellingskeuringen, de
grondslag van de keuring en eventuele maatregelen die bedrijven hebben genomen -of nog gaan
nemen- als gevolg van invoering van de TAV.

1.3 Opbouw van het rapport

In hoofdstuk 2 zal de methode van onderzoek worden besproken, waarin de opzet van het huidige
onderzoek alsmede de onderzoekspopulatie en de inhoud van de vragenlijsten aan bod komen.
Tevens wordt in dit hoofdstuk ingegaan op het veldwerk en de respons. Het hoofdstuk besluit met
een korte toelichting op de gebruikte analyses. Hoofdstuk 3 en 4 behandelen de resultaten van het
onderzoek onder respectievelijk Nederlandse bedrijven en artsen. Hoofdstuk 5 geeft een samen-

gevatte vergelijking van de resultaten uit 1988 en 1992. Hoofdstuk 6 tenslotte bevat de belangrijkste conclusies van dit onderzoek.

2. METHODE VAN ONDERZOEK

2.1 Opzet van het onderzoek in 1992

Omdat de vragenlijsten die in het kader van het onderzoek in 1988 aan de artsen en de bedrijven zijn voorgelegd, inhoudelijk goed aansluiten bij de thema's uit het kabinetsstandpunt, werd beantwoording van de twee onderzoeksvragen (paragraaf 1.2), op basis van een herhaling van het vragenlijst-onderzoek uit 1988 - zowel wat betreft inhoud als opzet - mogelijk geacht. Aldus zouden ontwikkelingen/veranderingen kunnen worden vastgesteld en gespiegeld aan de uitgangspunten uit het kabinetsstandpunt.

Ter beantwoording van de twee onderzoeksvragen heeft dan ook wederom een vragenlijstonderzoek onder Nederlandse bedrijven en een vragenlijstonderzoek onder artsen plaatsgevonden.

Opgemerkt dient te worden dat het onderzoek geen 'oorzakelijke' uitspraken toelaat over ontwikkelingen in de praktijk van de aanstellingskeuring als gevolg van het huidige overheidsbeleid. Daarvoor zou een meer experimentele onderzoeksopzet nodig geweest zijn met voor- en nameting en een experimentele- en controlegroep.

2.2 De steekproef in 1992

Om uitspraken te kunnen doen over ontwikkelingen in de praktijk van de aanstellingskeuring was het wederom nodig een omvangrijke en voor de Nederlandse situatie representatieve groep bedrijven en artsen te benaderen. Met representatief wordt in dit geval bedoeld dat de groep bedrijven en artsen in de steekproef een goede afspiegeling vormen van de Nederlandse bedrijven en artsen.

Er is voor gekozen om nieuwe steekproeven te trekken, conform de criteria in het onderzoek van 1988; dat wil zeggen dat dezelfde categorieën van bedrijven en artsen zijn geselecteerd met eenzelfde totale steekproefomvang van rond de 4000. Een herhaling van het onderzoek onder dezelfde bedrijven en artsen als in 1988 leek niet zinvol omdat:

- jonge bedrijven en jonge artsen dan niet in het onderzoek vertegenwoordigd zijn.

- bij de bedrijven sprake kan zijn van mutaties in het personeelsbestand waardoor bepaalde bedrijven ten opzichte van 1988 veranderen wat betreft grootte-klasse.
- bedrijven inmiddels opgeheven kunnen zijn en artsen gestopt, waardoor de oorspronkelijke doelpopulaties kleiner zijn dan gepland (hetgeen bij een gelijke non-respons als in 1988 tot te kleine aantallen zou leiden).

Door de keuze voor nieuwe steekproeven zijn uiteraard geen uitspraken mogelijk over ontwikkelingen op het niveau van het individuele bedrijf of de individuele arts. Echter, gezien het doel van het onderzoek, namelijk uitspraken te doen op het algemene niveau van Nederlandse bedrijven en artsen, werd dit ook niet nodig geacht.

2.2.1 Steekproef van de bedrijven

De steekproeftrekking heeft op dezelfde wijze als in 1988 plaatsgevonden. Uit het databestand van de Kamers van Koophandel in Nederland is een gestratificeerde meervoudige steekproef van bedrijven getrokken. Voor elke grootteklasse (te weten 2-9, 10-99 en 100-meer werkzame personen) is een aparte steekproef getrokken, gestratificeerd naar negen verschillende bedrijfstakken (exclusief overheid). Voor alle drie de steekproeven geldt dat de steekprofeenheden evenredig verdeeld zijn over de bedrijfstakken. Met andere woorden, de negen deelpopulaties zijn in verhouding tot hun grootte vertegenwoordigd in de drie afzonderlijke steekproeven. Hiervoor is voor de kleine bedrijven (2-9 werkzame personen) een steekproeffractie gehanteerd van 1:340, voor de middelgrote bedrijven (10-99 werkzame personen) een steekproeffractie van 1:70 en voor de grote bedrijven (100 of meer werkzame personen) een steekproeffractie van 1:6. Omdat in het bestand van de Kamers van Koophandel de overheidsbedrijven ontbreken is voor deze groep bedrijven op gelijke wijze (d.w.z. overeenkomende grootteklassen en steekproeffracties) een steekproef getrokken uit het adressenbestand van het DGA.

Op basis van de gehanteerde steekproeftrekking is het mogelijk uitspraken te doen over de kleine, de middelgrote en de grote bedrijven in Nederland omdat de betreffende steekproeven zelfwegend zijn.

De drie afzonderlijke steekproeven per grootteklasse (inclusief de overheid), bevatten op deze wijze een nagenoeg gelijk aantal steekprofeenheden, in casu vestigingen: respectievelijk 865, 896 en 874. De uiteindelijke steekproef bevat de adressen van in het totaal 2635 vestigingen. Voor een gedetailleerd overzicht van de steekproef wordt verwezen naar bijlage 1.

Overigens moet worden opgemerkt dat de samenstelling van het Nederlandse bedrijfsleven anno 1992 enigszins is gewijzigd ten opzichte van 1988 (zie bijlage 1). In 1992 blijken er relatief wat meer bedrijven tot de bouwnijverheid, de handel/horeca en reparatie en de overige dienstverlening te behoren. Het percentage overheidsbedrijven is in 1992 lager dan in 1988 (zie bijvoorbeeld de steekproef van grote bedrijven: in 1992 maken de overheidsbedrijven 15% van de steekproef uit, terwijl dit in 1988 nog 26% was).

2.2.2 Steekproef van de artsen

Ook voor de artsen heeft de steekproeftrekking op dezelfde wijze als in 1988 plaatsgevonden. Er is een steekproef getrokken uit twee adressenbestanden, te weten het adressenbestand van het Ministerie van WVC en het adressenbestand van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB).

Aan het Ministerie van WVC is gevraagd adressen beschikbaar te stellen van alle bij het Ministerie geregistreerde:

- huisartsen.
- specialisten met als specialisme: chirurgie, inwendige geneeskunde, en neurologie (de verwachting is dat de overige specialisten nagenoeg geen aanstellingskeuringen verrichten)
- sociaal geneeskundigen (exclusief arbeids- en bedrijfsgeneeskundigen) en
- 'overige artsen' (deze categorie bevat onder meer artsen in opleiding en artsen werkzaam in beleids- en onderzoeksfuncties).

Uit het adressenbestand van het Ministerie van WVC is een gestratificeerde steekproef getrokken van artsen tot 65 jaar. Deze leeftijdsgrens is gekozen omdat verwacht mag worden dat in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder, weinig artsen werkzaam zullen zijn. Gekozen is voor een niet-proportionele steekproef. Dat wil zeggen dat verschillende deelpopulaties (in casu categorieën artsen) niet in verhouding tot hun grootte in de steekproef vertegenwoordigd zijn, maar dat gekozen is voor een relatief sterker vertegenwoordiging van bepaalde deelpopulaties (in casu sociaal geneeskundigen en specialisten) in de steekproef. Op deze wijze zijn de verschillende categorieën van artsen in voldoende mate vertegenwoordigd in de steekproef, om in een later stadium van het onderzoek zinvolle uitspraken per categorie artsen te kunnen doen.

Daarnaast is aan de NVAB gevraagd om de adressen van alle bij de vereniging aangesloten werkzame bedrijfsartsen. Dit bestand bevat meer dan 90 % van alle geregistreerde dan wel in opleiding zijnde bedrijfsartsen. Ook uit dit bestand is een steekproef getrokken.

De beide steekproeven tezamen omvatten in het totaal 1700 artsen, te weten: 350 huisartsen (WVC), 500 specialisten (WVC), 250 bedrijfsartsen (NVAB), 200 sociaal geneeskundigen (niet-bedrijfsartsen)(WVC) en 400 overige artsen (WVC)).

2.3 De vragenlijsten voor bedrijven en artsen in 1992

Om uitspraken te kunnen doen over ontwikkelingen in de keuringspraktijk zijn de vragenlijsten voor bedrijven en artsen, zoals die in 1988 zijn gebruikt, als uitgangspunt gehanteerd. De vragenlijsten besteden in brede zin aandacht aan zaken als: doel en inhoud van de keuring, gehanteerde procedures en richtlijnen en rechten en plichten van betrokkenen bij de keuring. Voor een verantwoording van beide vragenlijsten uit 1988 wordt verwezen naar het onderzoeksrapport (Lourijsen e.a. 1989). Beide vragenlijsten zijn ten behoeve van het herhalingsonderzoek gecontroleerd op volledigheid wat betreft de uitgangspunten uit het kabinetsstandpunt. Tevens is nagegaan of met de bestaande vragenlijsten de gewenste uitgangswaarden verkregen kunnen worden, zodat op termijn ontwikkelingen als gevolg van de TAV kunnen worden geëvalueerd.

Aanpassing c.q. wijziging van bestaande vragen heeft niet plaatsgevonden omdat dit ten koste zou gaan van de vergelijkbaarheid van de gegevens uit 1988 en 1992. De inhoud van beide vragenlijsten wordt hieronder kort toegelicht.

Onderwerpen in de vragenlijsten voor bedrijven en artsen

In de vragenlijst voor de bedrijven (zie bijlage 2) en de vragenlijst voor de artsen (zie bijlage 3) zijn vragen opgenomen die betrekking hebben op de volgende onderwerpen:

- het kabinetsstandpunt met betrekking tot aanstellingskeuringen.
- de wet Terugdringing Arbeidsongeschiktheidsvolume (TAV).
- eerder gedane aanbevelingen op het gebied van de aanstellingskeuring.
- achtergrondkenmerken van de bedrijven en de artsen.

In bijlage 4 is een gedetailleerd overzicht te vinden van de vragen die per onderwerp in de vragenlijsten zijn opgenomen. Tevens is daarbij aangegeven waar de vragen in de betreffende vragenlijsten zijn te vinden. Dit omdat de vragen in de vragenlijst niet geordend zijn naar bovengenoemde onderwerpen maar de structuur volgen van de vragenlijsten uit 1988.

De onderwerpen worden hieronder kort toegelicht.

Het kabinetsstandpunt

Voor alle onderstaande uitgangspunten uit het kabinetsstandpunt geldt dat er in de vragenlijsten één of meerdere vragen over zijn gesteld:

- a. Een aanstellingskeuring dient alleen plaats te vinden als er medische eisen aan de functie gesteld kunnen worden.
- b. De doelstelling van de aanstellingskeuring moet de beoordeling van de medische geschiktheid van de keurling zijn, en niet het vermijden van het verzuimrisico voor het bedrijf.
- c. De keuring moet slechts relevante informatie opleveren in verband met de functie-eisen en dient dus geen standaard vragen/onderzoeken of vragen naar het ziekteverleden te bevatten.
- d. Standaardonderzoek kunnen deel uitmaken van de aanstellingskeuring om uitgangswaarden te bieden voor de verdere bedrijfsgeneeskundige begeleiding. Deze zouden op vrijwillige basis moeten plaatsvinden en geen invloed moeten hebben op de uitkomst van het onderzoek naar de medische geschiktheid van de sollicitant.
- e. Een onderzoek naar het gebruik van alcohol, drugs of geneesmiddelen komt slechts aan de orde indien de aard van de functie daartoe aanleiding geeft.
- f. De uitslag van andere keuringen (pensioenkeuring) mag niet van invloed zijn op de beoordeling van de medische geschiktheid van de sollicitant.
- g. De rechtspositie van de keurling dient beter geregeld te worden, te weten:
 - de keurling dient geïnformeerd te worden over de medische eisen die gesteld worden.
 - er dient informatie te worden verstrekt over inhoud en doel van de aanstellingskeuring.
 - de keurling dient als eerste van de uitslag op de hoogte te worden gesteld.
 - rapportage aan opdrachtgever, wanneer geen sprake is van onvoorwaardelijke goedkeuring, kan alleen na uitdrukkelijke toestemming van de keurling.
 - de keurend arts dient, zonder toestemming van de keurling, aan derden geen inlichtingen over de keurling of de keuring te vragen of te geven.
 - de keurling dient desverlangd inzage in het keuringsdossier te worden verschaft.
 - de keurling dient een recht op herkeuring te hebben.

Over de uitgangspunten c en d zijn uitsluitend vragen gesteld aan de artsen, omdat deze punten de inhoud van de keuring betreffen.

De TAV

Om in de nabije toekomst ontwikkelingen in de keuringspraktijk als gevolg van de invoering van de TAV te kunnen volgen, zijn in de bestaande vragenlijsten reeds vragen opgenomen over:

- a. de aantallen uitgevoerde aanstellingskeuringen door artsen en bedrijven.
- b. de grootte van het bedrijf (klein, middel, groot): Dit om ontwikkelingen te kunnen volgen voor de afzonderlijke categorieën van bedrijven.

Aanvullend zijn vragen opgenomen over:

- c. de grondslag voor het verrichten van aanstellingskeuringen: Nodig om op termijn te kunnen beoordelen of het verrichten van aanstellingskeuringen in toenemende mate geregeld wordt in bijvoorbeeld CAO's of individuele arbeidsovereenkomsten.
- d. mogelijke maatregelen die bedrijven nemen als gevolg van de TAV zoals: een verscherpte verzuimcontrole, verplichte aanstellingskeuringen, strengere medische selectie etc.

Vanzelfsprekend zijn van de nieuwe vragen geen vergelijkingsgegevens voor 1988 beschikbaar.

Eerder gedane aanbevelingen op het gebied van de aanstellingskeuring

Op het gebied van rechten en plichten van bedrijven, keurlingen en artsen bij een aanstellingskeuring zijn in het verleden - behalve de aanbevelingen van de IWA (1989) - aanbevelingen opgesteld door onder meer de Commissie Hessel (1977), de Stichting van de Arbeid (STAR 1991) en de Vereniging voor gezondheidsrecht (1980). Omdat onduidelijk is of en in welke mate deze aanbevelingen hun weerslag hebben gevonden in de praktijk, zijn hierover - net als in 1988 - vragen gesteld. Het gaat dan om de volgende aanbevelingen:

- a. Wanneer een medische aanstellingskeuring tot de procedure behoort, wordt dit in een vroeg stadium aan de sollicitant meegedeeld, bijvoorbeeld in de advertentie.
- b. De kosten van de medische onderzoeken zijn voor rekening van de opdrachtgever.
- c. De medische aanstellingskeuring wordt uitgevoerd vóór de indienstreding, na afloop van de selectieperiode.
- d. De onafhankelijkheid van de keurende arts dient te worden gewaarborgd, hij/zij mag dus geen deel uitmaken van de selectiecommissie.
- e. De keurend arts dient een gedegen kennis te bezitten van de, gezondheidkundig van belang zijnde, aspecten van het bedrijf, het werk en de werksituatie.
- f. De werkgever mag de keuringsarts aanwijzen, de keurling heeft het recht schriftelijk gemotiveerd bezwaar tegen deze aanwijzing te maken.

Achtergrondkenmerken van de bedrijven en de artsen

Tenslotte zijn, ten behoeve van de vergelijking met de situatie van 1988, dezelfde vragen gesteld over enkele achtergrondkenmerken van de bedrijven en de artsen. Het gaat dan om kenmerken die mogelijk van invloed zijn op de mate waarin en de wijze waarop de aanstellingskeuringen plaatsvinden, te weten:

van de bedrijven:

- de grootte van het bedrijf en de bedrijfstak waartoe het bedrijf behoort.
- de aanwezigheid van een personeelsafdeling en/of personeelsfunctionaris.
- de verzekeringsvorm in het kader van de Ziektewet (eigen risicodrager, afdelingskas, omslaglid)
- het ontvangen van een vorm van (bedrijfs-)gezondheidszorg (bijvoorbeeld via de eigen BGD, via een gezamenlijke BGD of via een huisarts)

van de artsen:

- leeftijd en geslacht van de arts.
- discipline van de arts (huisarts, specialist etc).

2.4 Veldwerk en respons

2.4.1 Het veldwerk

Het veldwerk heeft plaatsgevonden in de periode van half november 1992 tot half januari 1993. Er zijn 2635 vragenlijsten naar bedrijven gestuurd. De vragenlijst was gericht aan de directie van het betreffende bedrijf, met het verzoek deze te laten invullen door de persoon die zich bezighoudt met de werving en selectie van personeel. Na ongeveer 2 weken is aan elk bedrijf uit de steekproef een herinneringsbrief gestuurd.

In dezelfde periode zijn er tevens 1692 vragenlijsten naar artsen gestuurd. Ook aan de artsen is na 2 weken een herinneringsbrief gestuurd.

4.2 De respons van de bedrijven

Tabel 2.1 Respons en non-respons voor de bedrijven

	1988	1992
omvang van de steekproef:	2356	2635
non-respons:		
1. gereageerd, maar niet behorend tot de doelpopulatie (i.c. minder dan 2 werkzame personen, adres onbekend, fout e.d.)	60	106
2. gereageerd, maar onbekend of hij/zij wel of niet tot de doelpopulatie behoort	55	20
3. gereageerd, behorend tot de doelpopulatie, maar vragenlijst niet bruikbaar voor analyse	8	1
4. niet gereageerd, onbekend of hij/zij wel of niet tot de doelpopulatie behoort	1413	1531
totale non-respons	1536	1658
respons:	820	977

Uit tabel 2.1 blijkt dat in 1992, van de reagerende bedrijven, in totaal 106 bedrijven afvallen omdat deze benaderd zijn met een vragenlijst terwijl ze feitelijk (omdat ze niet voldoen aan de gestelde steekproefcriteria) niet tot de doelpopulatie behoren. Het gaat hierbij om de bedrijven die minder dan 2 werkzame personen hebben (n=63) en om de bedrijven waarvan adressen fout of onbekend zijn (n=43). Deze laatste categorie wordt in een adressensteekproef (waar hier sprake van is) niet tot de doelpopulatie gerekend (Bethlehem & Kersten, 1986). Dit in tegenstelling tot een personen-steekproef, zoals die van de artsen, waar foutieve adressen wel tot de doelpopulatie worden gerekend.

Van 20 bedrijven die tot de nonrespons worden gerekend is de reden van de non-respons bekend. Of hier sprake is van bedrijven met minder dan twee werkzame personen is niet bekend. In 4 van deze gevallen wordt als reden 'niet van toepassing/niet relevant' opgegeven, 7 maal 'geen tijd/geen belangstelling' en 2 maal 'verzoek om door te sturen naar het hoofdkantoor'. Tenslotte is nog 1 vragenlijst afgefallen omdat deze niet bruikbaar bleek voor verdere analyses.

Bij het berekenen van het responspercentage worden de bedrijven die niet tot de doelpopulatie behoren (zie boven), van de totale steekproef afgetrokken. Gesteld dat in non-responscategorie 4 géén bedrijven meer voorkomen met minder dan twee werkzame personen of foutieve adressen,

dan komt het responspercentage voor bedrijven op 39 % (iets hoger dan het responspercentage van 36% in 1988).

Indien bij het berekenen van het responspercentage rekening wordt gehouden met de mogelijkheid dat in non-responscategorie 4 toch bedrijven voorkomen die niet tot de doelpopulatie behoren, dan komt het responspercentage op 41 % (38 % in 1988) (Methode Bethlehem & Kersten, 1986). De achterliggende gedachte hierbij is dat de verhouding doelpopulatie:niet-doelpopulatie bij de eenheden waarvoor dat bekend is, niet anders is dan bij de eenheden waarvoor dat niet bekend is (in casu non-responscategorie 4).

Al met al blijkt de respons in 1992 iets hoger te liggen dan in 1988. Dit houdt mogelijk verband met de periode van het veldwerk, dat in 1988 in de zomermaanden plaatsvond. Over het algemeen is dit geen gunstige periode voor het versturen van vragenlijsten, vanwege de vakanties die veelal in deze periode gepland zijn.

2.4.3 De respons van de artsen

tabel 2.2 Respons en non-respons voor de artsen

	1988	1992
omvang van de steekproef:	1700	1692
non-respons:		
1. gereageerd, maar niet behorend tot de doelpopulatie (i.c. met pensioen, vut, e.d.)	40	97
2. gereageerd, maar onbekend of hij/zij wel of niet tot de doelpopulatie behoort	20	46
3. gereageerd, behorend tot de doelpopulatie maar vragenlijst niet bruikbaar voor analyse	3	
4. niet gereageerd, onbekend of hij/zij wel of niet tot de doelpopulatie behoort	711	686
totale non-respons	774	829
respons:	926	863

Uit tabel 2.2 kan worden afgelezen dat er in 1992 97 artsen hebben gereageerd die niet voldoen aan de steekproefcriteria en dus niet tot de doelpopulatie behoren. Het gaat om artsen die niet meer werkzaam zijn omdat ze met pensioen of de VUT zijn gegaan.

In de tweede categorie van de non-respons zitten 22 artsen, waarvan het adres onbekend of foutief was, en 24 artsen die een reden hebben opgegeven. Deze redenen betreffen onder andere 'geen tijd' en 'geen vergoeding'.

Bij het berekenen van het responspercentage worden de artsen die niet tot de doelpopulatie behoren van de totale steekproef afgetrokken. Gesteld dat in de non-responscategorie 4 geen artsen voorkomen die met pensioen of de VUT zijn gegaan, dan komt het respons percentage voor de artsen op 54% (56% in 1988). Analoog aan hetgeen hierover in paragraaf 2.4.2 is gesteld, kan voor de artsen een responspercentage worden berekend waarbij rekening wordt gehouden met de mogelijkheid dat in non-responscategorie 4 toch artsen voorkomen die niet tot de doelpopulatie behoren (Bethlehem & Kersten, 1986). Met deze berekening komt het responspercentage op 57%. In 1988 kwam het responspercentage met deze berekening ook op 57%.

2.4.4 De respons in vergelijking met de non-respons van de bedrijven

In tabel 2.3 en tabel 2.4 is een overzicht gegeven van respectievelijk de respons naar bedrijfstak en bedrijfsgrootte voor beide onderzoeken. De bedrijven die niet tot de doelpopulatie behoren (n=106, zie paragraaf 2.4.2) zijn uit de berekeningen weggelaten. Verder is aangenomen dat de non-responderende bedrijven tot de doelpopulatie behoren.

Tabel 2.3 Respons (absoluut en als percentage van de totale steekproef) naar bedrijfstak

bedrijfstak	1988		steekproef abs.	1992		steekproef abs.
	respons abs.	(%)		respons abs.	(%)	
1 landbouw en visserij	20	(38)	52	23	(39)	59
2 delfstoffenwinning	2	(40)	5	1	(25)	4
3 industrie	175	(37)	473	207	(44)	472
4 nutsbedrijven	9	(100)	8	7	(78)	9
5 bouwrijverheid & installatiebedrijven	90	(34)	262	85	(36)	236
6 handel, horeca & reparatie	189	(27)	709	282	(33)	860
7 transport, opslag & communicatie	45	(36)	126	69	(37)	189
8 bank, verzekering & zakelijke dienstverlening	126	(44)	288	156	(41)	376
9 overige dienstverlening	22	(24)	93	68	(43)	159
10 overheid	143	(51)	280	79	(47)	167
totaal	820	(36)	2296	977	(39)	2531

Tabel 2.4 Respons (absoluut en als percentage van de totale steekproef) naar bedrijfsgrootte (uitgedrukt in het aantal werkzame personen)

bedrijfsgrootte	1988			1992		
	respons abs.	(%)	steekproef abs.	respons abs.	(%)	steekproef* abs.
2 - 9	152	(20)	744	216	(25)	865
10 - 99	283	(35)	798	362	(40)	896
100 en meer	381	(51)	754	370	(42)	874
onbekend				29	-	-
totaal	816	(36)	2296	977	-	2635

- * Van 29 bedrijven die gereageerd hebben is niet bekend uit welke steekproefcategorie (kleine, middel of grote bedrijven) zij afkomstig zijn. Hetzelfde geldt voor de 106 bedrijven die wel gereageerd hebben maar die niet tot de doelpopulatie behoren. De oorspronkelijke steekproef kon hierop niet worden aangepast, waardoor de responspercentages lager uitvallen dan in werkelijkheid het geval zal zijn.

In 1992 is de respons bij de handel, horeca & reparatiebedrijven wat lager en bij de nutsbedrijven en overheid wat hoger dan bij de andere bedrijfstakken (delfstoffenwinning is vanwege de geringe omvang buiten beschouwing gelaten). Dit beeld komt overeen met de situatie in 1988. De overige dienstverlening heeft in 1992 duidelijk beter gereespondeerd dan in 1988 (43% versus 24%).

Uit tabel 2.4 valt af te lezen dat de bedrijven met meer werkzame personen vaker gereespondeerd hebben, hoewel de verschillen nu minder duidelijk zijn dan in 1988.

Bijlage 1 bevat -behalve de steekproefgegevens- tevens een overzicht van de respons waarbij een uitsplitsing is gemaakt naar bedrijfstak en bedrijfsgrootte. Daaruit blijkt dat er zowel in 1988 als in 1992 sprake is van duidelijke verschillen in de respons ten aanzien van bedrijfstak en bedrijfsgrootte. Bovendien zijn in 1992 andere bedrijfstakken onder- respectievelijk oververtegenwoordigd dan in 1988 (bijvoorbeeld bij de bedrijven met meer dan 100 werknemers bedraagt de respons bij de handel/horeca 29% in 1992 en 50% in 1988).

Concluderend kan gesteld worden dat de responsgroepen van de middelgrote en grote bedrijven in beide jaren niet representatief zijn voor de middelgrote respectievelijk grote bedrijven in Nederland (dit zou bij een gelijke respons voor alle bedrijfstakken wel het geval geweest zijn omdat voor de steekproeven van de kleine, middelgrote en grote bedrijven geldt dat de eenheden evenredig verdeeld zijn over de bedrijfstakken).

In de analyses is door middel van weging rekening gehouden met de verschillen in de respons (zie paragraaf 2.5).

2.4.5 De respons in vergelijking met de non-respons van de artsen

In tabel 2.5 zijn de gegevens over de discipline weergegeven voor de responsgroep van de artsen. De artsen die niet tot de doelpopulatie behoren zijn uit de berekeningen weggelaten. Verder is aangenomen dat de non-responderende artsen tot de doelpopulatie behoren.

tabel 2.5 Respons (absoluut en als percentage van de totale steekproef) naar discipline

discipline	1988			1992		
	respons abs.	(%)	steekproef abs.	respons abs.	(%)	steekproef abs.
huisarts	140	(40)	349	140	(41)	345
specialist	264	(54)	489	261	(55)	474
sociaal geneeskundige (geen bedrijfsarts)	128	(70)	184	83	(56)	147
bedrijfsarts	169	(70)	243	164	(66)	249
overige artsen	225	(58)	394	215	(57)	380
totaal	926	(56)	1659	863	(54)	1595

Uit de tabel valt af te lezen dat bij de responderende artsen in 1992 - evenals in 1988 - de huisartsen ondervertegenwoordigd zijn en de bedrijfsartsen oververtegenwoordigd. De respons van de specialisten en sociaal-geneeskundigen ligt in 1992 rond het gemiddelde van 56%.

Omdat in dit onderzoek geen uitspraken worden gedaan over de Nederlandse (keurende) artsen, maar over huisartsen en bedrijfsartsen, wordt in de analyses niet gecorrigeerd voor de verschillen in de respons. Wel dienen de resultaten van de huisartsen - vanwege de lage respons - met voorzichtigheid te worden gezien.

2.5 Opzet van de analyses

De responsgroepen van de bedrijven - zowel in 1988 als in 1992 - zijn als gevolg van de verschillen in de respons tussen de bedrijfstakken, ongelijk van samenstelling. Om toch uitspraken te kunnen doen over ontwikkelingen/veranderingen ten opzichte van de situatie in 1988, is gebruik gemaakt van een herweging van de resultaten van de bedrijven. In bijlage 5 is aangegeven hoe de herweging heeft plaatsgevonden en welke gewichten zijn gehanteerd. Door herweging zijn de

resultaten voor de middelgrote en grote bedrijven (hoofdstuk 3) in beide onderzoeksjaren goed vergelijkbaar.

Om uitspraken te kunnen doen over ontwikkelingen/veranderingen ten opzichte van de eerder onderzochte situatie in 1988, zijn de gegevens voor de verschillende categorieën bedrijven en artsen vergeleken met behulp van Chi-kwadraattoetsen. De analyses hebben vooral betrekking gehad op de middelgrote en grote bedrijven, en de huisartsen en bedrijfsartsen. Met name deze categorieën bedrijven en artsen bleken in 1988 aanstellingskeuringen te verrichten.

De analyses zijn gericht geweest op ontwikkelingen/veranderingen in zowel aantallen keuringen als de wijze waarop deze keuringen plaatsvinden (de keuringspraktijk). Hierbij is tevens gekeken naar eventuele veranderingen binnen bedrijfstakken (*voor zover de omvang van de bedrijfstakken dit toelieten: bij een gering aantal bedrijven in een bedrijfstak kunnen geen betrouwbare uitspraken worden gedaan over eventuele veranderingen*). Dit omdat de andere samenstelling van de bedrijfspopulatie in 1992 (zie paragraaf 2.2.1) op zich een verklaring voor eventuele veranderingen kan zijn.

Voor de kleine bedrijven (minder dan 10 werknemers) en de specialisten en sociaal-geneeskundigen (niet-bedrijfsartsen) is uitsluitend gekeken naar de aantallen keurende bedrijven en artsen. De genoemde categorieën van bedrijven en artsen zijn niet in de verdere analyses meegenomen omdat - zowel in 1988 als in 1992 - slechts enkele bedrijven en artsen in deze categorieën aanstellingskeuringen verrichten (zie hoofdstuk 3 en 4).

De gevraagde conclusies over geconstateerde ontwikkelingen/veranderingen hebben uitsluitend betrekking op de omvang en de statistische significantie van eventuele verschillen ten opzichte van de eerder onderzochte situatie in 1988. De waardering van eventuele ontwikkelingen/veranderingen - in termen van een goede of slechte ontwikkeling - is uiteraard een zaak voor de overheid zelf.

Tenslotte moet nog worden opgemerkt dat - als gevolg van de lage respons - eventuele veranderingen ten opzichte van de situatie in 1988 met voorzichtigheid dienen te worden gezien.

3. RESULTATEN BIJ DE BEDRIJVEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek onder de bedrijven besproken. Omdat niet alle bedrijven op ieder vraag of cluster van vragen antwoord hebben gegeven, is in de tabellen steeds het aantal bedrijven aangegeven waarop de antwoorden betrekking hebben. Het gaat om de aantallen na herweging (zowel voor 1988 als 1992).

Ten behoeve van de leesbaarheid, is in de tabellen gebruik gemaakt van de aanduiding 'middelgroot' en 'groot' voor respectievelijk de categorie middelgrote (10 - 99 werknemers) en grote bedrijven (100 en meer werknemers). De 'kleine' bedrijven (minder dan 10 werknemers) is -behoudens in paragraaf 3.1- buiten beschouwing gelaten, omdat slechts enkele bedrijven in deze categorie aanstellingskeuringen verrichten.

In een aantal tabellen is voor de middelgrote en grote bedrijven afzonderlijk de overschrijdingskans na Chi-kwadraattoetsing aangegeven, teneinde te kunnen beoordelen of de waargenomen verschillen tussen 1988 en 1992 ten aanzien van de onderzochte aspecten, statistisch significant zijn of niet. Door middel van '+' of '++' dan wel '-', '--' (overeenkomend met $p < .05$ en $p < .01$) wordt aangegeven of een bepaald aspect 'significant meer' dan wel 'significant minder' voorkomt ten opzichte van 1988.

3.1 Het aantal bedrijven dat aanstellingskeuringen laat verrichten

In tabel 3.1 is aangegeven hoeveel van de responderende bedrijven, uitgesplitst naar bedrijfsgrootte, aanstellingskeuringen hebben laten verrichten. De vraag die hierover gesteld is heeft betrekking op het jaar 1987 respectievelijk 1991, in casu het jaar voorafgaand aan het onderzoeksjaar. Mogelijk vallen hierdoor bedrijven af die niet in het betreffende peiljaar, maar wel in andere jaren keuringen hebben laten verrichten.

Het blijkt dat in 1991 -evenals in 1987- door de kleinste bedrijven vrijwel niet wordt gekeurd en door de middelgrote bedrijven op beperkte schaal (18% in 1987 en 20% in 1991). Het percentage keurende bedrijven is het hoogst bij de grote bedrijven (80% in 1987 en 73% in 1991). Bij de grote bedrijven is ten opzichte van 1987 sprake van een significante afname van keurende bedrijven.

tabel 3.1 Aantal bedrijven dat in 1987 respectievelijk 1991 aanstellingskeuringen heeft laten verrichten (absoluut en als percentage van de totale responsgroep) naar bedrijfsgrootte (uitgedrukt in het aantal werkzame personen)

bedrijfsgrootte	1987			1991		
	keurende bedrijven		respons	keurende bedrijven		respons
	abs.	(%)	abs.	abs.	(%)	abs.
2 - 9	3	(2)	151	5	(2)	216
10 - 99	49	(18)	275	74	(20)	366
100 en meer	312	(80)	391	267	(73)	367

Om te kunnen beoordelen of het bovengeschetste beeld kenmerkend is voor alle middelgrote en grote bedrijven is in de volgende tabel onderscheid gemaakt naar de verschillende bedrijfstakken. Kleine bedrijven zijn verder buiten beschouwing gelaten omdat hier nauwelijks gekeurd wordt. *In de tabel zijn de ongewogen resultaten weergegeven omdat hier geen uitspraak wordt gedaan over 'de Nederlandse middelgrote en grote bedrijven', maar over ontwikkelingen binnen de verschillende bedrijfstakken.*

tabel 3.2 Aantal (absoluut en als percentage van de respons) keurende bedrijven per bedrijfstak

	1988				1992			
	klein		groot		klein		groot	
	abs.	(perc)	abs.	(perc)	abs.	(perc)	abs.	(perc)
1 landbouw en visserij	1	(10)	-	-	-	-	2	(67)
2 delfstoffenwinning	-	-	-	-	-	-	-	-
3 industrie	5	(9)	94	(86)	8	(13)	103	(82)
4 nutsbedrijven	-	-	9	(100)	-	-	7	(100)
5 bouwnijverheid & installatiebedrijven	2	(4)	11	(39)	4	(10)	14	(44)
6 handel, horeca & reparatie	6	(8)	25	(66)	16	(12)	23	(52)
7 transport, opslag & communicatie	4	(29)	21	(91)	7	(37)	31	(91)
8 bank, verzekering & zakelijke dienstverlening	18	(34)	36	(78)	19	(35)	39	(78)
9 overige dienstverlening	1	(20)	7	+ (78)	1	(5)	8	(38)
10 overheid	16	(62)	109	+ (96)	20	+ (87)	47	(87)

Voor de *middelgrote bedrijven* geldt dat in vrijwel alle bedrijfstakken sprake is van een geringe toename van het percentage keurende bedrijven ten opzichte van 1987. Alleen bij de overige dienstverlening is het percentage keurende bedrijven lager dan in 1987. Overigens zijn de

waargenomen verschillen nergens significant, uitgezonderd bij de overheid waar nu relatief meer bedrijven keuringen verrichten.

Bij de *grote bedrijven* is er sprake van een afname van het percentage keurende bedrijven in de industrie, de handel/horeca, de overige dienstverlening en de overheid. Alleen bij de overheid en de overige dienstverlening is de afname significant. Een lichte toename van het percentage keurende bedrijven doet zich voor bij de bouwnijverheid, hoewel het verschil ten opzichte van 1987 niet significant is.

Vanwege de gevonden verschillen is nagegaan of er wellicht verschillen zijn in de mate waarin bedrijven personeel hebben aangenomen in 1987 en 1991, hetgeen een mogelijke verklaring is voor de gesignaleerde toe- of afname van het percentage keurende bedrijven. Dit bleek niet het geval te zijn. Zowel in 1987 als in 1991 heeft 85% van de middelgrote bedrijven personeel aangenomen, en ruim 90% van de grote bedrijven. Wel hebben in 1991 relatief meer middelgrote overheidsbedrijven personeel aangenomen dan in 1987 (91% versus 73%) -een mogelijke verklaring voor het hoger percentage keurende overheidsbedrijven- maar de verschillen zijn niet significant.

De gevonden verschillen in de percentages keurende bedrijven, kunnen evenmin worden verklaard uit de andere onderzochte achtergrondkenmerken, te weten: de verzekeringsvorm in het kader van de Ziektewet, de aanwezigheid van een personeelsafdeling en het ontvangen van bedrijfsgezondheidszorg. In 1988 bleek dat bedrijven die 'eigen risicodragers' waren in het kader van de Ziektewet, of een vorm van bedrijfsgezondheidszorg ontvingen, dan wel beschikten over een personeelsafdeling, significant vaker keuringen lieten verrichten dan andere bedrijven (zie bijlage 6). Een mogelijke verklaring voor bijvoorbeeld de afname van het percentage keurende grote bedrijven zou dan kunnen liggen in het feit dat er nu -in 1992- minder bedrijven met genoemde kenmerken aan het onderzoek hebben deelgenomen. Dit blijkt echter niet het geval te zijn.

Al met al blijkt dat -net als in 1987- een vijfde van de middelgrote bedrijven keuringen verricht. Bij de grote bedrijven is het percentage keurende bedrijven afgenomen van 80% in 1987 naar 73% in 1991. De afname lijkt samen te hangen met een geringer percentage keurende bedrijven binnen enkele bedrijfstakken (terwijl het percentage bedrijven dat personeel heeft aangenomen gelijk is gebleven). Daarnaast kan ook de veranderde samenstelling van de bedrijfspopulatie hier debet aan zijn. De populatie bevat nu immers minder overheidsbedrijven, terwijl het percentage keurende bedrijven met name daar steeds het hoogst is. Dit heeft te maken met het feit dat een aanstellingskeuring voor een betrekking bij de rijksoverheid verplicht is.

3.2 Thema's uit het kabinetsstandpunt

3.2.1 Functies waarvoor gekeurd wordt

Eén van de uitgangspunten van het kabinetsstandpunt is dat er alleen een aanstellingskeuring zou moeten plaatsvinden, als er medische eisen aan de functie verbonden zijn (§ 2.3). In de vragenlijst is in dit verband gevraagd naar de functies waarvoor men aanstellingskeuringen laat verrichten, of er functie-eisen zijn geformuleerd en of deze functie-eisen zijn doorgegeven aan de keurende arts. In de onderstaande tabellen zijn de uitkomsten op de vragen weergegeven.

tabel 3.3 zijn voor de functie waarvoor gekeurd wordt specifieke eisen geformuleerd aan de hand van functiebeschrijvingen en/of werkplekbeschrijvingen (% bedrijven)

	1988		1992	
	middelgroot (n=45)	groot (n=303)	middelgroot (n=71)	groot (n=260)
voor alle functies	30	32	31	29
voor de meeste functies	19	31	10	25
voor enkele functies	11	28	14	22
voor geen enkele functie	40	18	45	24

tabel 3.4 worden de functie-eisen doorgegeven aan de keurende arts? (% bedrijven)

	1988		1992	
	middelgroot (n=34)	groot (n=273)	middelgroot (n=46)	groot (n=212)
ja, gelijktijdig met de keurings-opdracht/aanvraag	65	60	57	65
ja, als de keurende arts hierom vraagt	16	24	19	18
nee/onbekend	29	16	24	17

Ten opzichte van de situatie in 1988 zijn er slechts geringe veranderingen opgetreden. Er is nergens sprake van significante verschillen. Van de grote bedrijven geeft 93% aan dat zij voor alle functies aanstellingskeuringen laat verrichten. Dat is hetzelfde percentage als in 1988. Van de middelgrote bedrijven geeft nu 80% aan voor alle functies aanstellingskeuringen te verrichten, terwijl dit in 1988 voor 90% van de bedrijven het geval was.

In de middelgrote bedrijven wordt ook in 1992 nog weinig gewerkt met functiebeschrijvingen of werkplekbeschrijvingen: 45% van de middelgrote bedrijven heeft voor geen enkele functie specifieke functie-eisen geformuleerd (in 1988 40% van de bedrijven). In de grote bedrijven wordt relatief wat vaker aangegeven dat men voor de meeste of voor enkele functies, functie-eisen formuleert en er lijkt op dit punt tevens sprake van een geringe toename ten opzichte van 1988 (deze is echter niet significant). Een kwart van de grote bedrijven heeft voor geen enkele functie specifieke eisen geformuleerd.

57% van de middelgrote bedrijven en 65% van de grote bedrijven zegt de functie-eisen, gelijktijdig met de keuringsopdracht, door te geven aan de keurende arts. 24% van de middelgrote en 18% van de grote bedrijven geeft de functie-eisen door wanneer de arts hierom vraagt. Er is op dit gebied geen noemenswaardig verschil tussen 1988 en 1992, noch tussen de middelgrote en grote bedrijven.

3.2.2 Het doel van de aanstellingskeuring

In het kabinetsstandpunt wordt gesteld dat de doelstelling van de medische aanstellingskeuring de beoordeling van de medische geschiktheid moet zijn, en niet het vermijden van verzuimrisico (§ 2.3). In dit kader is in de vragenlijst gevraagd of er afspraken zijn tussen bedrijf en keurend arts over het doel van de aanstellingskeuring en of er overeenstemming bestaat over dit doel (tabel 3.5). Verder is gevraagd met welke doelen het bedrijf een aanstellingskeuring laat verrichten. Bij deze laatste vraag konden de respondenten, evenals in 1988, kiezen uit reeds geformuleerde doelstellingen (tabel 3.6).

tabel 3.5 zijn er tussen het bedrijf en de keurende arts (schriftelijke) afspraken gemaakt over het doel van de aanstellingskeuring en bestaat er overeenstemming over dit doel? (% bedrijven)

	1988		1992	
	middelgroot	groot	middelgroot	groot
<u>afspraken over het doel</u>	(n=45)	(n=309)	(n=72)	(n=263)
ja	55	67	51	++ 88
nee	45	33	49	13
<u>overeenstemming over het doel</u>	(n=45)	(n=310)	(n=71)	(n=264)
altijd	57	73	59	73
meestal	20	18	11	19
soms/nooit	23	9	31	8

In 1992 worden met name door de grote bedrijven (88%) afspraken gemaakt met de keurend arts over het doel van de keuring. Bovendien is er sprake van een significante toename wat dit betreft ten opzichte van 1988 (toen 67%). Als het gaat om de overeenstemming tussen bedrijf en arts over het doel van de keuring, dan zijn er geen noemenswaardige veranderingen in vergelijking met 1988. Ook nu geven de grote bedrijven vaker dan de middelgrote bedrijven aan dat hierover altijd of meestal overeenstemming bestaat met de arts. Bijna eenderde van de middelgrote bedrijven zegt dat hierover soms tot nooit overeenstemming bestaat met de keurend arts.

Uit tabel 3.6 blijkt dat er sinds het onderzoek in 1988 weinig significante veranderingen zijn opgetreden in de gehanteerde doelstellingen. Dit geldt zowel voor de middelgrote als de grote bedrijven. Nog altijd wordt het beoordelen van de vraag of de persoon medisch geschikt is voor de functie als belangrijkste doelstelling genoemd.

Het beoordelen van risico's voor de werkgever - zoals te verwachten verzuim en arbeidsongeschiktheid - wordt ook nu door ruim de helft van de bedrijven genoemd als doelstelling van de keuring. Met name deze doelstelling is in strijd met het kabinetsstandpunt.

Het 'voldoen aan wettelijke verplichtingen en/of arbeidsovereenkomsten' is de enige doelstelling die nu duidelijk vaker wordt genoemd dan in 1988, namelijk door 60% van de middelgrote bedrijven (39% in 1988) en door 59% van de grote bedrijven (51% in 1988).

Het 'voorkomen van risico's voor de gezondheid van de kandidaat', is een doelstelling die net als in 1988 vaker wordt genoemd door de grote bedrijven (58% van de grote en 38% van de kleine bedrijven).

Iets minder dan de helft van de bedrijven noemt 'de keurling kunnen opnemen in het pensioenfonds of collectieve verzekering' als doelstelling. Deze doelstelling wordt nu minder vaak genoemd dan in 1988, maar de verschillen zijn niet significant.

In 1988 bleken de grote bedrijven de keuring nog beduidend vaker dan de middelgrote bedrijven te hanteren om 'te beoordelen of de functie medisch geschikt is voor de kandidaat', om 'de belastbaarheid van de kandidaat te beoordelen' en om 'risico's voor anderen te voorkomen bij het in dienst nemen van de kandidaat'. De verschillen tussen grote en middelgrote bedrijven zijn op deze punten ook nu nog aanwezig, maar in geringere mate.

Het kennismaken van de kandidaat met de BGZ en het verkrijgen van uitgangswaarden zijn doelstellingen die, net als in 1988, vooral voor de grote bedrijven gelden. Rond de 30% van de grote bedrijven noemt deze doelstellingen, tegen 10% á 20% van de middelgrote bedrijven. Weliswaar worden deze doelstellingen in vergelijking met 1988 nu door relatief meer middelgrote bedrijven genoemd, de toename is echter niet significant.

tabel 3.6 Met welke van de onderstaande doelen laat het bedrijf een aanstellingskeuring verrichten? (% bedrijven)

		1988		1992	
		middelgrootgroot (n=47)	groot (n=311)	middelgroot (n=72)	groot (n=264)
- het beoordelen van de vraag of de betrokken <u>persoon</u> medisch geschikt is voor de betreffende functie	altijd/meestal soms/nooit	85 15	96 4	88 12	97 3
- het beoordelen van risico's van het in dienst nemen voor de werkgever (zoals te verwachten ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, invaliditeit)	altijd/meestal soms/nooit	48 52	56 44	56 44	52 46
- het voldoen aan wettelijke verplichtingen en/of arbeids-overeenkomsten	altijd/meestal soms/nooit	35 65	49 51	++ 60 40	+ 59 41
- het voorkómen van risico's voor de gezondheid van de kandidaat	altijd/meestal soms/nooit	29 71	54 46	38 62	58 42
- de keuring te kunnen opnemen in het pensioenfonds of een collectieve verzekering	altijd/meestal soms/nooit	47 53	47 53	37 63	46 54
- het beoordelen van de vraag of de betreffende <u>functie</u> medisch geschikt is voor de betrokken persoon	altijd/meestal soms/nooit	21 79	41 59	35 65	43 57
- het beoordelen van de belastbaarheid van de betrokken persoon (er wordt <u>geen</u> arbeidsgrafiek/belastbaarheidsprofiel opgesteld)	altijd/meestal soms/nooit	16 84	33 67	26 74	37 63
- het voorkómen van risico's voor anderen bij het in dienst nemen van de kandidaat	altijd/meestal soms/nooit	16 84	38 62	28 72	31 69
- kennismaken van de kandidaat met de Bedrijfsgezondheidszorg (BGZ)/begin BGZ-begeleiding	altijd/meestal soms/nooit	3 97	22 78	11 89	29 71
- het verkrijgen van uitgangswaarden/beginwaarden t.b.v. vroege opsporing van latere ziekten/afwijkingen	altijd/meestal soms/nooit	9 91	23 77	19 81	28 72
- het opstellen van een arbeidsgrafiek of belastbaarheidsprofiel	altijd/meestal soms/nooit	- 100	6 94	1 99	9 91

3.2.3 De rechtspositie van de keurling

Informatievoorziening aan de keurling

Eén van de aspecten van de rechtspositie van de keurling heeft betrekking op de informatievoorziening aan de keurling. Het kabinetsstandpunt stelt in dit verband dat het de keurling tevoren duidelijk moet zijn welke medische eisen gesteld worden. Verder dient informatie te worden verstrekt over inhoud en doel van de aanstellingskeuring (§ 2.3).

Met betrekking tot dit thema wordt in de vragenlijst onder meer gevraagd of het bedrijf, voorafgaand aan de aanstellingskeuring, de keurling op de hoogte brengt van de medische eisen voor de functie, het doel van de keuring, de inhoud van de keuring, de rechten en plichten van zowel keurling als werkgever en op welke wijze dit gebeurt. De resultaten worden weergegeven in tabel 3.7.

tabel 3.7 Brengt het bedrijf de keurling voorafgaand aan de keuring, op de hoogte van: (% bedrijven)

		1988		1992	
		middelgroot	groot	middelgroot	groot
		(n=47)	(n=311)	(n=71)	(n=263)
- de medische eisen voor de functie	altijd/meestal			35	36
	soms/nooit			65	64
- het doel van de keuring?	altijd/meestal	76	86	80	87
	soms/nooit	24	14	20	13
- de inhoud van de keuring?	altijd/meestal	37	43	44	45
	soms/nooit	63	57	56	55
- rechten en plichten van de keurling?	altijd/meestal	27	36	34	38
	soms/nooit	73	64	66	62
- rechten en plichten van de werkgever?	altijd/meestal	32	36	39	37
	soms/nooit	68	64	61	63
<u>op welke wijze:</u>		(n=40)	(n=278)	(n=63)	(n=228)
mondeling		85	74	80	71
schriftelijk		8	6	9	6
beide		7	20	11	23

In 1992 blijkt dat 36% van de bedrijven de keurling altijd/meestal op de hoogte brengt van de medische eisen. Er is geen verschil tussen grote en middelgrote bedrijven. Vergelijkingsgegevens uit 1988 ontbreken omdat deze vraag toen niet is gesteld.

Wanneer de overige informatievoorziening aan de keurling wordt bekeken dan blijken er, in vergelijking met 1988, geen veranderingen te zijn opgetreden, noch bij de middelgrote, noch bij de grote bedrijven. Ook nu worden keurlingen door ruim 80% van de bedrijven vooraf geïnformeerd over het doel van de keuring. Informatie over de inhoud van de keuring en over de rechten en plichten van betrokkenen bij de keuring wordt nog steeds door minder dan de helft van de bedrijven verstrekt.

Hoewel de aanbeveling is om deze informatie schriftelijk te verstrekken, blijkt dit evenals in 1988 nog overwegend mondeling te gebeuren. Bij ongeveer een vijfde van de grote bedrijven wordt dit soort informatie zowel mondeling als schriftelijk verstrekt.

Verder stelt het kabinetsstandpunt dat de keurling als eerste van de uitslag op de hoogte dient te worden gesteld. In dit verband is gevraagd door wie en hoe de keurling op de hoogte gebracht wordt van de keuringsuitslag. In 1988 werd door 73% van de middelgrote bedrijven en 58% van de grote bedrijven geantwoord dat dit (altijd/meestal) door het bedrijf zelf werd gedaan. Daar lijkt nu, bij zowel de grote als de middelgrote bedrijven, een verandering in te zijn opgetreden. Bij de middelgrote bedrijven zegt nog 47% dat het bedrijf de keurling veelal op de hoogte brengt van de uitslag, en 62% dat de keurende instantie dit doet. Bij de grote bedrijven noemt 38% het bedrijf en 74% de keurende instantie in dit verband.

Evenals in 1988 doen de meeste bedrijven, die de keurling zelf op de hoogte brengen van de keuringsuitslag, dit door middel van een korte mondelinge verklaring. Het gebruik van de korte schriftelijke verklaring is duidelijk afgenomen: van de grote bedrijven gebruikte in 1988 37% van de bedrijven de korte schriftelijke verklaring tegen 24% in 1992, bij de middelgrote bedrijven bedragen de percentages 27% in 1988 en 14% in 1992. De afname is significant ($p < .05$).

Bescherming van de privacy

In het kader van dit thema is in de vragenlijst gevraagd op welke wijze het bedrijf informatie krijgt over de keuringsuitslag.

Evenals in 1988 blijken de meeste de bedrijven (ruim 90%) de uitslag van de keuring schriftelijk in korte bewoordingen te ontvangen (veelal 'medisch geschikt' of 'ongeschikt'). Dit sluit aan bij de aanbeveling hieromtrent. Bij de grote bedrijven wordt in een aantal gevallen (19%) de uitslag soms mondeling meegedeeld. Dat was in 1988 ook het geval. Bij 19% van de middelgrote en 42% van de grote bedrijven komt ook de uitslag 'beperkt geschikt voor'.

Vervolgens is gevraagd of het bedrijf inzage krijgt in het keuringsrapport van de arts en of het bedrijf bij de uitslag aanvullende informatie ontvangt waarin een oordeel wordt uitgesproken over de psychische gesteldheid van de keurling en het risico op ziekteverzuim/arbeidsongeschiktheid, hetgeen in strijd met het kabinetsstandpunt zou zijn. De vraag over het risico op verzuim en arbeidsongeschiktheid is alleen in 1992 gesteld. Verder is gevraagd of er na de keuring mondeling overleg plaatsvindt tussen het bedrijf en de arts over de kandidaat en/of de resultaten van de keuring.

Evenals in 1988 krijgt een klein deel van de bedrijven (rond de 7% en in 1988 10%) weleens inzage in het keuringsrapport.

In 1988 kreeg 27% van de middelgrote bedrijven en 36% van de grote bedrijven soms aanvullende informatie met betrekking tot de psychische gesteldheid van de keurling. Dat is in 1992 afgenomen tot respectievelijk 13% en 27%. Dat verschil is voor de grote bedrijven significant ($p < .05$).

Op de vraag of men aanvullende informatie krijgt over risico op verzuim/arbeidsongeschiktheid antwoordt 5% van de grote bedrijven altijd of meestal, 39% soms en 56% nooit. Bij de middelgrote bedrijven zijn deze percentages respectievelijk 2%, 23% en 75%.

Verder vindt, net als in 1988, bij 76% van de grote bedrijven na de keuring af en toe overleg plaats met de keurende arts over de kandidaat. Bij de middelgrote bedrijven ligt dit percentage veel lager, namelijk 40%.

De herkeuring

Volgens het kabinetsstandpunt dient de keurling het recht op herkeuring te hebben (§ 2.3). Deze mogelijkheid blijkt in vergelijking met de situatie in 1988 iets te zijn afgenomen, maar de verschillen zijn niet significant: Deze mogelijkheid is bij 42% van de middelgrote bedrijven aanwezig (in 1988 nog 59%) en bij 66% van grote bedrijven (in 1988 nog 74%). Vervolgens is gevraagd wie voor het bedrijf de herkeuring uitvoert. Herkeuring door de arts die ook de aanstellingskeuring heeft verricht is in strijd met de heersende normen op het gebied van deze keuringen.

tabel 3.8 Indien de kandidaat na de wervings-en selectieprocedure de mogelijkheid tot herkeuring heeft, wie doet voor het bedrijf dan de herkeuring? (% bedrijven)

	1988		1992	
	middelgroot	groot	middelgroot	groot
<u>wie doet de herkeuring?</u>	(n=24)	(n=203)	(n=21)	(n=151)
de arts/instantie die ook de eerste keuring heeft gedaan	76	50	57	53
een andere arts/instantie	24	50	43	47

Er zijn geen noemenswaardige veranderingen opgetreden in de uitvoering van de herkeuring. Ook nu geeft ruim de helft van de bedrijven te kennen dat deze uitgevoerd wordt door dezelfde arts of instantie die ook de eerste keuring heeft gedaan. Hierbij moet worden opgemerkt dat herkeuringen door 'dezelfde instantie' wellicht door een andere arts binnen de betreffende instantie wordt verricht. Hierover verschaft het onderzoek geen informatie.

3.2.4 Invloed van andere keuringen

In het kabinetsstandpunt wordt gesteld dat de uitslag van andere keuringen, zoals de pensioenkeuring, niet van invloed mag zijn op de beoordeling van de medische geschiktheid van de sollicitant (§ 2.3). Verder onderschrijft het kabinet de wenselijkheid een werknemer zonder pensioenkeuring in een pensioenregeling op te nemen. In dit kader is in de vragenlijst van 1992 - aan de bedrijven die kandidaten tevens laten keuren voor een pensioenfonds - gevraagd of het voorkomt dat het resultaat van een pensioenkeuring leidt tot afwijzing voor een functie waarvoor een kandidaat medisch goedgekeurd is. 3% van middelgrote bedrijven en 10% van de grote bedrijven antwoordt dat dit weleens gebeurt (volgens 1% van de grote bedrijven gebeurt dit zelfs vaak).

Voorts is (alleen in 1992) gevraagd of een verklaring van medische geschiktheid voor een functie betekent dat een kandidaat zonder meer wordt opgenomen in het pensioenfonds. 21% van de middelgrote bedrijven en 16% van de grote bedrijven zegt dat dit niet het geval is. Of deze bedrijven afzonderlijke pensioenkeuringen laten plaatsvinden is niet gevraagd, maar dit lijkt wel aannemelijk.

3.3 Uitgangswaarden ten behoeve van een periodieke evaluatie van de TAV

Om in de toekomst de ontwikkelingen in de keuringspraktijk als gevolg van de invoering van de TAV te kunnen volgen zijn in de vragenlijst vragen opgenomen over de aantallen uitgevoerde keuringen, de grondslag van de keuring en de invloed van de wet volgens het bedrijf. Behalve over de aantallen keuringen zijn over dit onderwerp geen gegevens beschikbaar uit 1988. De resultaten worden in de volgende paragrafen besproken.

3.3.1 Het aantal keuringen en geschikt verklaringen

In de volgende tabel wordt het absoluut en gemiddeld aantal keuringen per keurend bedrijf weergegeven, uitgesplitst in middelgrote en grote bedrijven.

tabel 3.9 Aantal (absoluut en gemiddeld) aanstellingskeuringen in 1988 en 1992

	1988				1992			
	middelgroot (n=49)		groot (n=312)		middelgroot (n=74)		groot (n=267)	
	abs.	gem.	abs.	gem.	abs.	gem.	abs.	gem.
aantal aanstellingskeuringen	284	5.8	28134	90.1	298	- 4.0	14924	55.8
keuring op verzoek kandidaat	0	0	50	.2	0	0	13	.1
keuring t.b.v. overplaatsing	0	0	855	2.7	2	0	- 217	.8

Zowel bij de middelgrote als de grote bedrijven worden in 1991 minder keuringen verricht per bedrijf. Bij de middelgrote bedrijven die aanstellingskeuringen verrichtten werden in 1988 gemiddeld bijna 6 kandidaten gekeurd, in 1992 ligt dit aantal op 4. Bij de grote bedrijven is in 1988 het gemiddelde aantal 90.1 en in 1992 55.8. Dit verschil moet voornamelijk worden toegeschreven aan het feit dat er minder personeel is aangenomen per bedrijf in 1992. Bij de middelgrote bedrijven lag dat aantal in 1988 nog op 6.4, terwijl dit in 1992 is gedaald tot 4.6. Bij de grote bedrijven zijn er in 1988 gemiddeld 88.8 mensen aangenomen, in 1992 nog maar 61.4. Tevens is nagegaan of wellicht een wijziging in het keuringsbeleid tot een geringer aantal keuringen kan hebben geleid. Dit blijkt echter niet het geval te zijn. Evenals in 1988 zegt 80% van de grote bedrijven dat de aanstellingskeuring deel uitmaakt van vrijwel alle selectieprocedures. Bij de middelgrote bedrijven is het beeld iets anders. Ten opzichte van 1988 zeggen nu minder bedrijven dat de aanstellingskeuring deel uitmaakt van vrijwel alle selectieprocedures (nu 72% en in 1988 nog 89%). Daarentegen zegt nu ruim een vijfde dat de keuring deel uitmaakt van minder dan 60% van de selectieprocedures (in 1988 7%). Overigens zijn de verschillen niet significant (toeval kan hier een rol spelen).

In de volgende tabel zijn de resultaten weergegeven van de vragen die betrekking hebben op het aantal kandidaten dat in 1991 en 1987 medisch geschikt, beperkt geschikt en ongeschikt was.

tabel 3.10 Aantal (absoluut en gemiddeld) en percentage kandidaten dat medisch geschikt, beperkt medisch geschikt of medisch ongeschikt was in 1991 en 1987

	1987						1991					
	middelgroot (n=46)			groot (n=290)			middelgroot (n=60)			groot (n=236)		
	abs.	gem.	perc.	abs.	gem.	perc.	abs.	gem.	perc.	abs.	gem.	perc.
medisch geschikt	265	5.7	98	26632	91.7	98	262	4.3	96	12642	53.7	96
beperkt medisch geschikt (inclusief voorwaardelijk geschikt en tijdelijk medisch ongeschikt)	2	0.0	1	378	1.3	1	4	0.1	1	256	1.1	2
medisch ongeschikt	3	0.1	1	265	0.9	1	7	0.1	3	285	1.2	2

De resultaten uit het onderzoek in 1992 leveren een min of meer vergelijkbaar beeld op als in 1988. Van alle kandidaten die in 1991 gekeurd zijn is, zowel bij de middelgrote als de grote bedrijven 96% medisch geschikt bevonden (in 1987 lag dit iets hoger, namelijk op 98%). Slechts 1 á 2% wordt beperkt medisch geschikt bevonden (in 1987 1%). Het percentage kandidaten dat medisch ongeschikt werd geacht ligt nu iets hoger dan in 1987, namelijk 3% bij de middelgrote bedrijven en 2% bij de grote bedrijven. Overigens zijn de verschillen niet significant.

Verder is gevraagd hoeveel kandidaten, die medisch geschikt dan wel beperkt medisch geschikt verklaard waren, uiteindelijk zijn aangesteld door het bedrijf. Uit de antwoorden blijkt dat van de kandidaten die medische geschikt verklaard zijn, door de middelgrote bedrijven 94% is aangesteld (in 1987 99%) en door de grote bedrijven 96% (in 1987 99%). Van de kandidaten die beperkt medisch geschikt verklaard zijn, is door de middelgrote bedrijven, net als in 1987, 100% aangesteld en bij de grote bedrijven 89% (in 1987 92%). Het komt een enkele keer voor dat iemand die medisch ongeschikt verklaard is toch aangesteld wordt. Bij de grote bedrijven was dit 20 keer het geval, bij de middelgrote bedrijven 1 keer.

In 1992 is aan de bedrijven gevraagd of er, in vergelijking met 1990, sprake is van een toename van het aantal aanstellingskeuringen. Volgens 29% van de middelgrote bedrijven en 35% van de grote bedrijven is dit inderdaad het geval. Tevens is gevraagd of er sprake is van een toename van het aantal ongeschikt verklaringen. Slechts 2% van de bedrijven beantwoordt deze vraag bevestigend. Op de vraag of het aantal geschikt verklaringen is toegenomen antwoordt 12% van de middelgrote en 17% van de grote bedrijven bevestigend.

Deze bevindingen lijken in tegenspraak met de eerder gerapporteerde bevindingen over de afname van het aantal keuringen dat plaatsvindt in 1991. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat aan de bedrijven gevraagd is naar een vergelijking met de situatie in 1990 en niet met de situatie van 1987.

3.3.2 De grondslag van de keuring

In de vragenlijst van 1992 is gevraagd naar de grondslag voor het verrichten van aanstellingskeuringen. Dit is nodig om op termijn te kunnen beoordelen of het verrichten van aanstellingskeuringen in toenemende mate geregeld wordt in bijvoorbeeld CAO's of individuele arbeidsovereenkomsten. De resultaten zijn weergegeven in tabel 3.11.

tabel 3.11 Wat is voor uw bedrijf de grondslag voor het verrichten van aanstellingskeuringen? (% bedrijven)

	middelgroot (58)	groot (175)
vastgelegd in wettelijke bepaling(en)	12	10
vastgelegd in CAO-bepaling	24	21
onderdeel van individuele arbeidsovereenkomst	40	43
onderdeel van contract met BGD	10	15
onderdeel van contract met pensioenfonds	12	11
onderdeel van contract met andere verzekeringen	2	-

Ruim 40% van de grote bedrijven geeft aan dat de aanstellingskeuring onderdeel uitmaakt van de individuele arbeidsovereenkomst, 22% geeft aan dat het is vastgelegd in een CAO-bepaling, voor 14% is de keuring een onderdeel van het contract met de BGD, voor 11% onderdeel van het contract met het pensioenfonds en 11% geeft aan dat het verrichten van aanstellingskeuringen is vastgelegd in wettelijke bepalingen. De cijfers voor de middelgrote bedrijven wijken hier niet noemenswaardig van af. Van deze vraag zijn geen gegevens beschikbaar uit 1988.

3.3.3 Maatregelen in verband met de TAV

Tabel 3.12 geeft de antwoorden op de vraag of de bedrijven maatregelen hebben genomen of van plan zijn op korte termijn te gaan nemen als gevolg van de TAV. De betreffende maatregelen waren reeds geformuleerd in de vragenlijst. Tevens bevat de tabel de antwoorden op de vraag naar de mening van het bedrijf over wat andere bedrijven zullen gaan doen.

tabel 3.12 Maatregelen in verband met de TAV, die het bedrijf zelf heeft genomen (of gaat nemen) en waarvan het bedrijf denkt dat andere bedrijven ze hebben genomen (gaan nemen)

	het bedrijf zelf		andere bedrijven	
	middelgroot (n=75)	groot (n=274)	middelgroot (n=75)	groot (n=274)
- verzuimbegeleiding verbeteren	59	82	41	51
- arbeidsplaatsverbeteringen doorvoeren	32	49	19	27
- verzuimcontrole verscherpen	28	33	33	35
- meer gedeeltelijk arbeidsongeschikten in dienst nemen	8	12	12	9
- geen maatregelen	16	10	5	6
- strengere medische selectie toepassen	7	10	12	11
- aanstellingskeuring verplichten	13	8	9	14
- formuleren van nieuwe medische eisen per functie	5	3	4	6
- anders	7	14	1	2
- onbekend	13	5	41	38

De positief geformuleerde maatregelen worden het vaakst genoemd. Zo zegt 59% van de middelgrote en 82% van de grote bedrijven maatregelen te hebben genomen (of te gaan nemen) ter verbetering van de verzuimbegeleiding. Het doorvoeren van arbeidsplaatsverbeteringen wordt door bijna een derde van de middelgrote bedrijven en de helft van de grote bedrijven als maatregel genoemd. Daarnaast wordt het verscherpen van de verzuimcontrole relatief vaak genoemd, namelijk door 28% van de middelgrote bedrijven en 33% van de grote bedrijven. De waargenomen verschillen tussen de middelgrote en grote bedrijven zijn nergens significant.

Een strengere medische selectie, het verplicht stellen van aanstellingskeuringen en/of het formuleren van nieuwe medische eisen per functie, wordt door een minderheid van de bedrijven als maatregelen genoemd. Wellicht is hier sprake van sociaal wenselijke beantwoording. Immers in een recent gehouden onderzoek onder het midden- en kleinbedrijf (KNOV 1992) gaf de helft van de bedrijven te kennen verscherpt medisch te gaan selecteren als gevolg van de TAV.

De antwoorden op de vraag wat -naar de mening van de respondent- andere bedrijven zullen gaan doen wijken niet veel af van het bovengeschetste beeld. Zoals te verwachten moeten bedrijven het antwoord hier relatief vaak schuldig blijven ('onbekend'). Verder verwacht men dat andere

bedrijven eveneens maatregelen nemen op het gebied van verzuimcontrole en begeleiding en het verbeteren van arbeidsplaatsen.

Tenslotte is gevraagd of kandidaten die weigeren mee te werken aan (onderdelen van) de aanstellingskeuring nog in aanmerking komen voor het vervullen van de functie. Deze vraag is gesteld omdat de TAV invloed zou kunnen hebben op de wijze waarop het bedrijf hiermee omgaat. Een kwart van de bedrijven geeft aan dat de kandidaat nog weleens in aanmerking komt voor het vervullen van de vacature. De cijfers van de middelgrote bedrijven wijken hier nauwelijks vanaf (26%). Ook zijn er nauwelijks verschillen ten opzichte van 1988 (toen gold dit voor 22% van de bedrijven).

Op de vraag of het voorkomt dat in het bedrijf een functie of werkplek wordt aangepast om een keurling te kunnen aannemen die anders afgekeurd zou worden, antwoordt 47% van de grote bedrijven met soms en 53% met nooit. Bij de middelgrote bedrijven lijkt dit nog minder vaak voor te komen, want hier antwoordt 70% nooit. Deze cijfers verschillen niet noemenswaardig met die uit 1988.

3.4 Eerder gedane aanbevelingen op het gebied van de aanstellingskeuring

In dit onderzoek is tevens nagegaan in welke mate eerder gedane aanbevelingen van de Vereniging voor Gezondheidsrecht (1980), de Commissie Hessel (1977) en de Stichting van de Arbeid (1991), hun weerslag hebben gevonden in de praktijk van de aanstellingskeuring (§ 2.3). De antwoorden worden in het onderstaande besproken.

Het melden van de keuring in de advertentie, komt nog weinig voor. Indien voor een functie een aanstellingskeuring wenselijk dan wel noodzakelijk wordt geacht, wordt dit -evenals in 1988- door ongeveer 20% van de bedrijven altijd of meestal vermeld in de advertentie. Er is op dit punt geen noemenswaardig verschil tussen middelgrote en grote bedrijven.

Conform de aanbevelingen worden de kosten van de aanstellingskeuring nooit door de keurling betaald. De meeste bedrijven zeggen zelf de kosten voor de keuring te betalen. Een beperkt aantal middelgrote bedrijven (19% versus 5% in 1988) geeft aan dat andere instanties de keuring betalen (bijvoorbeeld de RBB of de overheid). De keuring blijkt nu vaker dan in 1988 onderdeel uit te maken van het abonnement bij een BGD. Dit geldt voor 41% van de middelgrote bedrijven (31% in 1988) en 56% van de grote bedrijven (44% in 1988).

Conform de aanbeveling vindt de keuring bij 82% van de bedrijven plaats na afloop van de selectieprocedure. 19% van de bedrijven laat voornamelijk in de loop van de selectieprocedure keuren.

Op dit punt zijn er geen significante verschillen tussen 1988 en 1992. Bij 11% van de middelgrote bedrijven (2% van de grote bedrijven) blijkt de aanstellingskeuring plaats te vinden nà het in dienst treden van de kandidaat.

Evenals in 1988, maakt de keurend arts bij 4% van de middelgrote bedrijven en 2% van de grote bedrijven weleens deel uit van de selectiecommissie, hetgeen in strijd is met de aanbeveling hieromtrent.

De keurend arts wordt in ruim 90% van de gevallen aangewezen door het bedrijf. Of de keurling - conform de aanbeveling- hiertegen bezwaar kan maken, is niet gevraagd. Wel blijkt dat 8% van de middelgrote bedrijven de keurend arts door de keurling te laten kiezen (een significante toename ten opzichte van 1988; toen 0%).

Volgens 11% van de middelgrote en 21% van de grote bedrijven is de geldigheid van de keuringsuitslag beperkt tot het tijdstip van de keuring (4% respectievelijk 13% in 1988). Dit sluit aan bij de aanbeveling hieromtrent. Opvallend is echter, dat -ondanks een significante afname- toch nog ruim de helft van de middelgrote (85% in 1988) en 46% van de grote bedrijven (63% in 1988) van mening is dat de uitslag het hele arbeidsleven geldig is.

4. RESULTATEN BIJ DE ARTSEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek onder artsen besproken en vergeleken met de resultaten van het onderzoek uit 1988. Hierbij ligt het accent op de resultaten van de huisartsen en bedrijfsartsen omdat met name deze categorieën van artsen aanstellingskeuringen verrichten.

Omdat niet alle artsen op ieder vraag of cluster van vragen antwoord hebben gegeven, is in de tabellen steeds het aantal artsen aangegeven waarop de antwoorden betrekking hebben. De antwoorden op de vragen zijn weergegeven als percentage van het totaal aantal artsen dat een bepaalde vraag beantwoord heeft. Waar nodig is tevens het absolute aantal artsen dat een bepaald antwoord geeft weergegeven.

In een aantal tabellen is voor de huisartsen en bedrijfsartsen afzonderlijk de overschrijdingskans na Chi-kwadraattoetsing aangegeven, teneinde te kunnen beoordelen of de waargenomen verschillen tussen 1988 en 1992 ten aanzien van de onderzochte aspecten, statistisch significant zijn of niet. Door middel van '+' of '++' dan wel '-', '--' (overeenkomend met $p < .05$ en $p < .01$) wordt aangegeven of een bepaald aspect 'significant meer' dan wel 'significant minder' voorkomt ten opzichte van 1988.

4.1 Het aantal artsen dat aanstellingskeuringen verricht en enkele achtergrondkenmerken

tabel 4.1 Het aantal artsen (absoluut en als percentage van de respons) dat keuringen verricht naar discipline

discipline	1988		respons abs.	1992		respons abs.
	keurende artsen abs.	(%)		keurende artsen abs.	(%)	
huisarts	97	(70)	139	73	-- (53)	138
specialist	4	(2)	265	5	(2)	258
sociaal geneeskundige (niet bedrijfsarts)	9	(7)	128	10	(12)	83
bedrijfsarts	140	(83)	168	145	(88)	164
overige artsen	24	(11)	220	45	++ (21)	214
totaal	274	(30)	920	278	(32)	857

Evenals in 1988 blijken aanstellingskeuringen vooral door bedrijfsartsen en huisartsen te worden verricht. Het percentage huisartsen dat keurt is ten opzichte van 1988 echter duidelijk teruggelopen: van 70% naar 53%. Daarentegen is het percentage 'overige artsen' dat keuringen verricht gestegen

van 11% naar 21%. Het percentage specialisten (2%) en sociaal geneeskundigen (12%) dat keuringen verricht is, net als in 1988, gering. Deze categorieën artsen zullen in de analyse buiten beschouwing blijven.

De categorie 'overige artsen' - een categorie die als zodanig door WVC wordt geregistreerd - bevat een ruim aantal artsen die zelf aangeven huisarts of bedrijfsarts te zijn (respectievelijk 68 huisartsen en 17 bedrijfsartsen). Van deze huisartsen verricht 38% keuringen en van de bedrijfsartsen 94%. Dit verklaart het hoger percentage keurend artsen in de categorie 'overige artsen' ten opzichte van 1988. In alle onderstaande tabellen zijn de betreffende huisartsen en bedrijfsartsen toegevoegd aan de bestaande categorie huisartsen en bedrijfsartsen. Daarmee komt het totaal aantal keurende huisartsen in dit onderzoek op 99 (102 in 1988) en het totaal aantal keurende bedrijfsartsen op 161 (149 in 1988).

Verder is nagegaan of leeftijd en geslacht van de arts samenhangen met het verrichten van aanstellingskeuringen. In 1988 bleek het percentage keurende artsen af te nemen met het toenemen van de leeftijd. Dit verschijnsel blijkt nu niet duidelijk aantoonbaar, maar de verschillen ten opzichte van 1988 zijn niet significant (toeval kan hier een rol spelen). Wat betreft het geslacht van de keurend artsen, blijkt evenals in 1988 dat het percentage mannelijke huisartsen dat keurt beduidend hoger ligt dan het percentage vrouwelijke huisartsen: van de mannelijke artsen keurt 55% (64% in 1988) en van de vrouwelijke 33% (in 1988 36%). Bij de bedrijfsartsen keuren mannen en vrouwen in gelijke mate (circa 90% in 1991 en rond de 85% in 1988).

In de volgende tabel is aangegeven waar de keurend artsen werkzaam zijn.

tabel 4.2 Waar is de arts werkzaam? (% artsen)

	1988		1992	
	huisartsen (n=102)	bedrijfsartsen (n=149)	huisartsen (n=97)	bedrijfsartsen (n=160)
zelfstandige praktijk	69	-	56	1
groepspraktijk/maatschap	27	-	35	-
gezamenlijke BGD	-	36	-	26
enkelvoudige BGD	1	34	-	44
GG&GD/DGD	-	20	1	21
RBB	-	5	-	8
overig	3	4	8	1

De meeste huisartsen blijken werkzaam te zijn in een zelfstandige praktijk dan wel in een groepspraktijk/maatschap. Bedrijfsartsen zijn overwegend werkzaam bij een gezamenlijke of enkelvoudige BGD of een GG&GD/DGD. Er blijken op dit punt geen verschillen te bestaan tussen de 1988 en 1992.

4.2 Thema's uit het kabinetsstandpunt

4.2.1 Functies waarvoor gekeurd wordt

Eén van de uitgangspunten van het kabinetsstandpunt is dat er alleen een aanstellingskeuring zou moeten plaatsvinden, als er medische eisen aan de functie verbonden zijn (§ 2.3). In de vragenlijst is in dit verband gevraagd bij welke functies men een aanstellingskeuring verricht, of men op de hoogte is van functie-eisen, of men hiernaar geïnformeerd heeft en bij wie, en wat de invloed van deze functie-beschrijving is op de keuring. De tabellen 4.3 t/m 4.6 laten de antwoorden zien op deze vragen.

tabel 4.3 Is de arts op de hoogte van de specifieke arbeidsomstandigheden van de kandidaat door middel van een functiebeschrijving, functie-eisen of een belastingsprofiel? (% artsen)

	1988		1992	
	huisartsen (n=102)	bedrijfsartsen (n=149)	huisartsen (n=96)	bedrijfsartsen (n=158)
altijd	11	28	16	36
meestal	49	57	42	55
soms	30	13	23	9
nooit	10	2	20	-

tabel 4.4 Indien de arts hiervan niet altijd op de hoogte is, informeert hij/zij dan naar deze functiebeschrijving/eisen? (% artsen)

	1988		1992	
	huisartsen (n=91)	bedrijfsartsen (n=108)	huisartsen (n=80)	bedrijfsartsen (n=108)
ja	59	69	54	- 51
nee, tenzij de bevindingen daartoe aanleiding geven	39	31	40	47
nee	2		6	2

tabel 4.5 Bij wie informeert de arts naar deze functiebeschrijving/eisen? (% artsen)

	1988		1992	
	huisartsen (n=89)	bedrijfsartsen (n=108)	huisartsen (n=74)	bedrijfsartsen (n=108)
de keurling zelf	79	38	84	47
personeelszaken	26	79	20	84
de opdrachtgever, directie	38	31	28	25
een collega bedrijfsarts	2	44	3	45
de toekomstige chef van de keurling	3	26	1	18
een collega huisarts	5	-	7	1

tabel 4.6 Is een functiebeschrijving voor de arts van invloed op: (% artsen)

		1988		1992	
		huisartsen (n=89)	bedrijfsartsen (n=142)	huisartsen (n=76)	bedrijfsartsen
de inhoud van de keuring?	altijd/meestal	50	68	++ 70	71
	soms/nooit	50	32	30	29
de wijze waarop de kandidaat wordt beoordeeld?	altijd/meestal	58	77	68	79
	soms/nooit	42	23	32	21

De tabellen laten zien dat de situatie in 1992 weinig verschilt van die in 1988. De meeste artsen (90% van de huisartsen en 99% van de bedrijfsartsen) verrichten aanstellingskeuringen bij alle soorten functies. Bedrijfsartsen blijken nu iets vaker dan in 1988 op de hoogte te zijn van de specifieke arbeidsomstandigheden door middel van een functie-beschrijving of functie-eisen; 91% meldt dat dit meestal tot altijd het geval is (in 1988 85%). Huisartsen daarentegen zeggen nu wat vaker nooit op de hoogte te zijn van de specifieke arbeidsomstandigheden van de kandidaat (nu 20% in 1988 10%). De waargenomen verschillen zijn echter niet significant.

Wanneer de artsen hiervan niet altijd op de hoogte zijn zegt ruim de helft (zowel huisartsen als bedrijfsartsen) hiernaar te informeren en iets minder dan de helft geeft aan dat dit alleen gebeurt als de bevindingen daartoe aanleiding geven. Dit laatste wordt nu vaker dan in 1988 door de bedrijfsartsen gezegd, hetgeen wellicht samenhangt met het feit dat nu ook meer bedrijfsartsen aangeven bekend te zijn met de functiebeschrijvingen/eisen. Het beeld bij de huisartsen komt nagenoeg overeen met de situatie in 1988.

Informatie over de functie(eisen) wordt door de huisartsen - net als in 1988 - meestal aan de keurling zelf gevraagd en mindere mate aan de opdrachtgever en personeelszaken. Bedrijfsartsen informeren ook nu voornamelijk bij personeelszaken en iets meer dan in 1988 bij de keurling zelf

(47% nu, 38% in 1988). Verder blijkt ook nu de collega-bedrijfsarts een informatiebron (45%). De verschillen ten opzichte van 1988 zijn nergens significant.

Huisartsen geven in vergelijking met 1988 vaker aan dat de functie-beschrijving van invloed is op de inhoud van de keuring (70% in 1992 en 50% in 1988; de toename is significant) en iets vaker op de wijze waarop de kandidaat wordt beoordeeld (68% nu versus 58% in 1988). Daarmee zijn de eerdere verschillen tussen huisartsen en bedrijfsartsen op dit punt nagenoeg verdwenen. Voor respectievelijk 71% en 79% van de bedrijfsartsen is de functiebeschrijving van invloed op de inhoud van de keuring en de wijze waarop de kandidaat wordt beoordeeld.

4.2.2 Het doel van de aanstellingskeuring

In het kabinetsstandpunt wordt gesteld dat de doelstelling van de medische aanstellingskeuring de beoordeling van de medische geschiktheid moet zijn, en niet het vermijden van verzuimrisico (§ 2.3). In dit kader zijn onder meer vragen gesteld met betrekking tot de doelstellingen van de aanstellingskeuring. Er is tevens gevraagd of er afspraken zijn over het doel tussen de arts en de opdrachtgever. Vervolgens is gevraagd of er ook duidelijke overeenstemming bestaat over het doel van de aanstellingskeuring tussen opdrachtgever en arts. Verder is gevraagd met welke doelen (voorgeformuleerd in de vragenlijst) men over het algemeen een aanstellingskeuring verricht. In de tabellen 4.7 t/m 4.9 worden de resultaten op deze vragen weergegeven.

tabel 4.7 Zijn er tussen de opdrachtgever(s) en de keurende arts (schriftelijke) afspraken gemaakt over het doel van de aanstellingskeuring? (% artsen)

	1988		1992	
	huisartsen (n=102)	bedrijfsartsen (n=145)	huisartsen (n=94)	bedrijfsartsen (n=158)
ja, met alle opdrachtgevers	9	44	4	49
met de meeste opdrachtgevers	9	20	13	20
met enkele opdrachtgevers	14	4	14	4
nee	69	32	69	26

tabel 4.8 Bestaat er tussen de opdrachtgever en de keurende arts duidelijke overeenstemming over het doel van de keuring? (% artsen)

	1988		1992	
	huisartsen (n=98)	bedrijfsartsen (n=147)	huisartsen (n=85)	bedrijfsartsen (n=160)
altijd	18	36	19	35
meestal	46	56	44	60
soms	22	8	18	5
nooit	13	1	20	-

De meeste bedrijfsartsen geven te kennen dat met alle dan wel de meeste opdrachtgevers afspraken zijn gemaakt over het doel van de keuring (in totaal 69%). Bij de huisartsen ligt dit percentage veel lager (17%). Verder valt op dat - vergelijkbaar met 1988 - 69% van de huisartsen en 26% van de bedrijfsartsen aangeeft dat hierover geen afspraken zijn gemaakt.

Ook wat betreft de overeenstemming over het doel tussen arts en opdrachtgever zijn er nauwelijks veranderingen in vergelijking met 1988. 95% van de bedrijfsartsen zegt dat er altijd/meestal overeenstemming is over het doel. Opvallend is dat wederom bijna tweederde van de huisartsen aangeeft dat hierover overeenstemming bestaat met de opdrachtgever, terwijl slechts een beperkt aantal artsen hierover afspraken heeft gemaakt.

Wat betreft de gehanteerde doelstellingen (tabel 4.9) zijn er weinig duidelijke veranderingen opgetreden ten opzichte van de situatie in 1988. Als belangrijkste doelstelling wordt ook nu het beoordelen van de medische geschiktheid genoemd, conform het kabinetsstandpunt. Daarnaast hanteren met name de bedrijfsartsen de keuring om risico's voor de gezondheid van de kandidaat te voorkomen (88% versus 39% van de huisartsen). Verder wordt het beoordelen van de belastbaarheid van de kandidaat door 75% van de bedrijfsartsen en 61% van de huisartsen als doelstelling genoemd. Deze doelstelling wordt door de huisartsen nu duidelijk vaker genoemd dan in 1988. Het beoordelen of de functie medisch geschikt is voor de kandidaat wordt door zowel huisartsen als bedrijfsartsen als doelstelling genoemd (respectievelijk 60% en 66% van deze artsen).

Het beoordelen van risico's voor de werkgever - in het kabinetsstandpunt geformuleerd als het vermijden van verzuimrisico - wordt nu zowel door huisartsen als bedrijfsartsen minder vaak genoemd dan in 1988, hoewel de verschillen niet significant zijn. Deze doelstelling wordt ook nu vaker door huisartsen genoemd (56% versus 31% van de bedrijfsartsen).

tabel 4.9 Met welke van de onderstaande doelen verricht de arts over het algemeen een aanstellingskeuring (% artsen)

		1988		1992	
		huisartsen (n=102)	bedrijfsartsen (n=149)	huisartsen (n=99)	bedrijfsartsen
- het beoordelen van de vraag of de betrokken <u>persoon</u> medisch geschikt is voor de betreffende functie	altijd/meestal	95	90	91	94
	soms/nooit	5	10	9	6
- het voorkómen van risico's voor de gezondheid van de kandidaat	altijd/meestal	37	83	39	88
	soms/nooit	63	17	61	12
- het beoordelen van de belastbaarheid van de betrokken persoon (er wordt <u>geen</u> arbeidsgrafiek/belastbaarheidsprofiel opgesteld)	altijd/meestal	39	73	++ 61	75
	soms/nooit	61	27	39	25
- het voorkómen van risico's voor anderen bij het indienstnemen van de kandidaat	altijd/meestal	24	64	26	70
	soms/nooit	76	36	74	30
- het beoordelen van de vraag of de betreffende functie medisch geschikt is voor de betrokken persoon	altijd/meestal	55	74	60	66
	soms/nooit	45	26	40	34
- het beoordelen van risico's van het indienstnemen voor de werkgever (zoals te verwachten ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, invaliditeit)	altijd/meestal	69	40	56	31
	soms/nooit	31	60	44	69
- het voldoen aan wettelijke verplichtingen en/of arbeids-overeenkomsten	altijd/meestal	46	53	46	59
	soms/nooit	54	47	54	41
- kennismaken van de kandidaat met de Bedrijfsgezondheidszorg (BGZ)/begin BGZ-begeleiding	altijd/meestal	-	71	-	++ 83
	soms/nooit	100	29	100	17
- het verkrijgen van uitgangswaarden/beginwaarden t.b.v. vroege opsporing van latere ziekten/afwijkingen	altijd/meestal	14	67	12	66
	soms/nooit	86	33	88	34
- de keurling te kunnen opnemen in het pensioenfonds of een collectieve verzekering	altijd/meestal	18	52	12	- 39
	soms/nooit	82	48	88	61
- het opstellen van een arbeidsgrafiek of belastbaarheidsprofiel	altijd/meestal	3	26	3	24
	soms/nooit	97	74	97	76

Doelstellingen die duidelijk passen binnen de bedrijfsgezondheidszorg (BGZ), zoals het kennismaken met de BGZ en het verkrijgen van uitgangswaarden en het opstellen van een arbeidsgrafiek worden - evenals in 1988 - vooral door bedrijfsartsen genoemd. Het kennismaken van de kandidaat

met de BGZ wordt nu bovendien vaker genoemd dan in 1988 (nu door 83% van de bedrijfsartsen, in 1988 door 71%).

Het kunnen opnemen van de keurling in het pensioenfonds of een collectieve verzekering wordt in 1992 minder vaak als doelstelling genoemd. Voor bedrijfsartsen is de afname op dit punt significant (van 52% in 1988 naar 39% nu). Deze verandering en het feit dat nu wat minder vaak wordt gekeken naar de risico's voor de werkgever, lijken in lijn met het kabinetsstandpunt.

4.2.3 De inhoud van de keuring

Over de inhoud van de aanstellingskeuring wordt in het kabinetsstandpunt gesteld dat alleen zaken mogen worden onderzocht die verband houden met de functie. Dat betekent dat er geen standaardvragen en standaardonderzoeken zouden moeten worden gebruikt ter bepaling van de medische geschiktheid. Vragen naar het ziekteverleden, psychiatrisch verleden gebruik van alcohol, drugs of geneesmiddelen zouden alleen deel moeten uitmaken van de keuring wanneer de aard van de functie daartoe aanleiding geeft (§ 2.3).

In dit verband is in de vragenlijst gevraagd waar de arts zich tijdens de aanstellingskeuring een oordeel over vormt, en wat de onderdelen zijn waaruit een aanstellingskeuring bestaat. De resultaten zijn weergegeven in tabel 4.10 en 4.11.

Evenals in 1988 geven vrijwel alle artsen aan zich tijdens de keuring een oordeel te vormen over de lichamelijke belastbaarheid van de keurling (tabel 4.10). Ook het beoordelen van de psychische belastbaarheid wordt nu door de meeste artsen genoemd. Verder is het beeld in 1992 voor bedrijfsartsen nagenoeg gelijk aan dat van 1988: de meerderheid van de bedrijfsartsen vormt zich een oordeel over het risico op ziekte dat de functie met zich meebrengt en de persoon van de keurling. Bij de huisartsen is er wel sprake van duidelijke verschillen ten opzichte van 1988. Huisartsen kijken nu minder vaak naar het risico op ziekte dat het aanvaarden van de functie met zich meebrengt (45% versus 66% in 1988), naar het te verwachten ziekteverzuim (56% versus 73% in 1988) en het risico op ziekte, invaliditeit of dood (46% versus 63% in 1988). Deze ontwikkelingen gaan in de richting van het kabinetsstandpunt.

Omdat de mening van een kandidaat omtrent de eigen belastbaarheid - volgens sommigen - de beste indicator is voor die belastbaarheid, is gevraagd of de arts tijdens een keuring de mening van de keurling hierover vraagt. Ook nu wordt hier door ongeveer tweederde van de artsen (zowel huisartsen als bedrijfsartsen) bevestigend op geantwoord.

tabel 4.10 Vormt de arts zich tijdens de aanstellingskeuring een oordeel over: (% artsen)

		1988		1992	
		huisartsen (n=102)	bedrijfsartsen (n=149)	huisartsen (n=99)	bedrijfsartsen (n=161)
- de lichamelijke belastbaarheid van de keurling	altijd/meestal	98	95	96	97
	soms/nooit	2	5	4	3
- de psychische belastbaarheid van de keurling	altijd/meestal	93	76	89	79
	soms/nooit	7	24	11	21
- risico op ziekte dat het aanvaarden van de functie met zich meebrengt	altijd/meestal	66	73	45	72
	soms/nooit	34	27	55	28
- de persoon van de keurling	altijd/meestal	76	66	69	61
	soms/nooit	24	34	31	39
- te verwachten ziekteverzuim	altijd/meestal	73	46	56	36
	soms/nooit	27	54	44	64
- risico op ziekte, invaliditeit of dood	altijd/meestal	63	48	46	47
	soms/nooit	37	52	54	53
- de motivatie van de keurling voor de functie	altijd/meestal	42	43	35	35
	soms/nooit	58	57	65	65
- specifieke vaardigheden van de keurling (bv. kleurenzien)	altijd/meestal	40	40	29	42
	soms/nooit	60	60	71	58
- mogelijk ziekteverzuimgedrag	altijd/meestal	50	30	49	30
	soms/nooit	50	70	51	70

Uit tabel 4.11 blijkt dat er ten opzichte van 1988 slechts weinig veranderingen zijn opgetreden als het gaat om de onderdelen die **routinematig** (altijd/meestal) plaatsvinden bij een aanstellingskeuring. De anamnese (mondeling en schriftelijk) wordt door vrijwel alle artsen routinematig afgenomen, de werkanamnese wat vaker door bedrijfsartsen.

Verder blijken de meeste artsen vragen te stellen over het ziekteverleden van de kandidaat (91% van de huisartsen en 80% van de bedrijfsartsen) en 81% van de huisartsen respectievelijk 63% van de bedrijfsartsen vraagt tevens routinematig naar het psychiatrisch verleden van de kandidaat. Voor beide vragen geldt dat ze volgens het kabinetsstandpunt niet standaard gesteld zouden moeten worden.

Huisartsen melden ook nu vaker dan bedrijfsartsen tijdens het lichamelijk onderzoek, onderzoek te doen gericht op orgaansystemen (83% versus 42%) en onderzoek gericht op vaardigheden (39% versus 22%). Er zijn nu duidelijk minder bedrijfsartsen die onderzoek naar de orgaanssystemen verrichten.

tabel 4.11 Uit welke onderdelen bestaat over het algemeen een aanstellingskeuring (% artsen dat altijd/meestal antwoordt)

	1988		1992	
	huisartsen (n=102)	bedrijfsartsen (n=149)	huisartsen (n=99)	bedrijfsartsen (n=161)
anamnese:				
geneeskundige anamnese mondeling	87	73	84	80
geneeskundige anamnese schriftelijk	73	95	82	98
werkanamnese (arbeidsverleden)	64	90	74	95
ziekteverleden			91	80
psychiatrisch verleden			81	63
lichamelijk onderzoek:				
oriënterend lichamelijk onderzoek	99	91	97	86
onderzoek gericht op orgaansystemen	77	60	83	42
onderzoek gericht op vaardigheden	32	27	39	22
routine bepalingen:				
lengte	87	98	85	94
gewicht	84	95	87	93
bloed (bv: Hb, BSE)	10	36	13	23
urine (bv: albumine reductie, sediment)	95	93	93	80
aanvullend onderzoek:				
visusbepaling	96	97	91	93
audiogram	7	58	4	60
longfunctie-bepaling	2	38	2	39
electro-cardio-gram (ECG)	-	10	-	12
allergie test	-	-	-	-
mantoux-test, c.q. X-thorax*	5	12	6/2	8/3
aanvullend bloedonderzoek:				
leverfunctie-bepaling	-	6	-	6
nierfunctie-bepaling	-	6	-	4
HIV-test	2	-	2	-
druggebruik	10	2	13	1
alcoholgebruik			16	1
erfelijke aandoening	7	3	11	1
overig bloedonderzoek	-	9		

* In 1992 apart gevraagd. Om die reden staan er in de kolommen bij de artsen uit 1992 twee cijfers genoemd.

Bepalingen zoals lengte, gewicht en urinebepalingen worden door de meeste artsen routinematig uitgevoerd. Er zijn in vergelijking met 1988 nu minder bedrijfsartsen die routinematig urine- en bloedbepalingen uitvoeren.

Van het aanvullend onderzoek wordt ook nu vooral het visusonderzoek vaak uitgevoerd (ruim 90% van de artsen). Audiogram, longfunctie-bepaling en electro-cardiogram blijken nog steeds vaker door bedrijfsartsen dan door huisartsen te worden uitgevoerd.

Routinematig aanvullend bloedonderzoek naar druggebruik, alcoholgebruik en erfelijke aandoeningen wordt vaker door huisartsen gedaan (respectievelijk 13%, 16% en 11%). Slechts 1% van de bedrijfsartsen geeft aan dit regelmatig te doen.

Evenals in 1988 wordt de HIV-test door 2% van de huisartsen en geen enkele bedrijfsarts als routinematig onderdeel van de keuring genoemd. 35% van de huisartsen (23% in 1988) en 1% van de bedrijfsartsen (5% in 1988) geeft te kennen dat de HIV-test soms onderdeel uitmaakt van de aanstellingskeuring. De afname bij de bedrijfsartsen is significant ($p < .05$).

Volgens het kabinetsstandpunt zouden standaardvragen en standaardonderzoek moeten worden vermeden als het gaat om de beoordeling van de medische geschiktheid van de kandidaat voor de functie. Het routinematig verzamelen van gezondheidgegevens zou wel kunnen plaatsvinden met het oog op het verkrijgen van uitgangswaarden voor de verdere bedrijfsgeneeskundige begeleiding (§ 2.3). Dit blijkt door tweederde van de bedrijfsartsen en slechts 12% van de huisartsen als keuringsdoel genoemd te zijn. Echter, veel van de standaardonderzoeken (tests/bepalingen waarvan artsen aangeven dat ze vrijwel altijd deel uitmaken van een keuring) worden ook genoemd door artsen die geen uitgangswaarden vastleggen. Dit geldt bijvoorbeeld voor het lichamelijk onderzoek, bepaling van gewicht, bloedbepalingen, audiogram en dergelijke, maar ook voor aanvullend bloedonderzoek naar druggebruik en alcoholgebruik.

Verder is (alleen in 1992) gevraagd of artsen die uitgangswaarden vastleggen, hiervoor de instemming van de keurling vragen (immers het kabinetsstandpunt stelt dat dergelijk onderzoek op vrijwillige basis zou moeten plaatsvinden). Deze vraag wordt door 92% van de betreffende huisartsen ($n=12$) en minder dan de helft (45%) van de betreffende bedrijfsartsen ($n=129$) bevestigend beantwoord.

4.2.4 De rechtspositie van de keurling

Informatievoorziening aan de keurling

In het kabinetsstandpunt wordt gesteld dat het de keurling tevoren duidelijk moet zijn welke medische eisen gesteld worden aan de functie. Verder dient de keurling te worden geïnformeerd over inhoud en doel van de aanstellingskeuring (§ 2.3). De antwoorden op de vragen die hierover zijn gesteld, zijn weergegeven in onderstaande tabellen.

tabel 4.12 Brengt de arts de keurling voorafgaand aan de keuring, op de hoogte van: (% artsen)

	1988		1992	
	huisartsen (n=101)	bedrijfsartsen (n=149)	huisartsen (n=96)	bedrijfsartsen (n=159)
- het doel van de keuring?	69	67	65	73
- de inhoud van de keuring?	65	62	68	+ 76
- aspecten van de functie (bv. t.a.v. risico's)	38	61	46	67
- rechten en plichten van de keurling	39	40	39	47

Ongeveer tweederde van de huisartsen en driekwart van de bedrijfsartsen brengt de keurling vooraf op de hoogte van het doel en de inhoud van de keuring. Ten opzichte van 1988 geven bedrijfsartsen nu vaker informatie over de inhoud van de keuring. Verder geeft minder dan de helft van de huisartsen informatie over aspecten van de functie (zoals eventuele risico's die aan de functie verbonden zijn) en over de rechten en plichten van de keurling. Bij de bedrijfsartsen is het beeld iets gunstiger.

Huisartsen brengen deze informatie, evenals in 1988, meestal mondeling over (98%). Bedrijfsartsen brengen deze informatie nu ook vaker schriftelijk over: 14% geeft de informatie uitsluitend schriftelijk en 28% zowel mondeling als schriftelijk. Dat is significant meer dan in 1988.

Het kabinetsstandpunt stelt voorts dat de keurling als eerste van de uitslag op de hoogte dient te worden gesteld en rapportage aan de opdrachtgever kan alleen na uitdrukkelijke toestemming van de keurling als geen sprake is van onvoorwaardelijke goedkeuring. Bovendien dient de keurling desverlangd inzage in het keuringsdossier te worden verschaft (§ 2.3).

In dit verband is nagegaan aan wie de arts de uitslag meedeelt. In 1992 is daar als keuzemogelijkheid toegevoegd: 'eerst aan de keurling, na diens toestemming ook aan de opdrachtgever'. Door deze verandering kunnen de resultaten uit 1988 en 1992 niet goed met elkaar vergeleken worden. Verder is nagegaan hoe de keuringsuitslag wordt meegedeeld aan de opdrachtgever en of de keurling inzage in de keuringsgegevens heeft. De antwoorden zijn weergegeven in de volgende tabellen (4.13 - 4.15)

tabel 4.13 Aan wie deelt de arts de keuringsuitslag mee? (% artsen)

	1988		1992	
	huisartsen	bedrijfsartsen	huisartsen	bedrijfsartsen
<u>positieve uitslag</u>	(n=101)	(n=149)	(n=90)	(n=149)
- opdrachtgever en keurling	80	88	68	60
- alleen de opdrachtgever	17	10	18	2
- eerst keurling, na diens toestemming ook opdrachtgever			13	36
- overig	3	2	1	2
<u>negatieve uitslag</u>	(n=101)	(n=148)	(n=90)	(n=156)
- opdrachtgever en keurling	64	57	59	17
- alleen de opdrachtgever	18	1	17	1
- alleen de keurling	1	5		3
- eerst keurling, na diens toestemming ook opdrachtgever			20	76
- overig	17	37	4	3

Wanneer de keuringsuitslag positief is wordt deze over het algemeen aan zowel de keurling als opdrachtgever meegedeeld. Bedrijfsartsen vragen vaker dan huisartsen de toestemming van de keurling voordat zij aan de opdrachtgever rapporteren (36% versus 13%). Bij een negatieve uitslag vraagt zelfs 76% van de bedrijfsartsen toestemming aan de keurling, voordat aan de opdrachtgever wordt gerapporteerd. Huisartsen doen dit veel minder vaak (20%).

tabel 4.14 Hoe is de keuringsuitslag over het algemeen geformuleerd (% artsen)

	1988		1992	
	huisartsen (n=102)	bedrijfsartsen (n=149)	huisartsen (n=96)	bedrijfsartsen (n=161)
medisch geschikt/ongeschikt	58	67	68	61
arbeidsgrafiek	-	20	-	16
alpha,beta,gamma	-	7	-	4
medisch geschikt/bepoort geschikt/ongeschikt	56	42	44	43
functiegeschiktheid 1 t/m 6	4	1	4	2
functiegeschiktheid 1 t/m 4	8	2	5	3

De uitslag aan de opdrachtgever wordt - evenals in 1988 - vrijwel altijd door middel van een korte schriftelijke verklaring meegedeeld. De uitslag is in de meeste gevallen geformuleerd als 'geschikt

of 'ongeschikt' dan wel 'geschikt, beperkt geschikt, ongeschikt'. Alleen bedrijfsartsen hanteren weleens de arbeidsgrafiek (16%) of de omschrijving 'alpha, beta, gamma'. Op dit punt zijn er geen duidelijke veranderingen in vergelijking met 1988.

Uit dit feit en het gegeven dat de keurling over het algemeen mondeling wordt geïnformeerd, mag worden afgeleid dat de keurling doorgaans als eerste op de hoogte is van de uitslag.

tabel 4.15 Kan de keurling, indien hij/zij dat wenst, de keuringsgegevens inzien? (% artsen)

	1988		1992	
	huisartsen (n=101)	bedrijfsartsen (n=148)	huisartsen (n=94)	bedrijfsartsen (n=159)
ja	73	88	81	+ 97
nee, tenzij via een vertrouwensarts	20	8	16	2
nee	7	4	3	1

Inzage in de keuringsgegevens is nu vaker mogelijk, namelijk bij 81% van de huisartsen (was 73%) en bij 97% van de bedrijfsartsen (was 88%). Huisartsen schakelen hiervoor soms een vertrouwensarts in (16%).

Bescherming van de privacy

In de vragenlijst zijn enkele vragen opgenomen die te maken hebben met het verstrekken van privacy-gevoelige informatie aan de opdrachtgever. Het kabinetsstandpunt stelt dat de keurend arts, zonder toestemming van de keurling, aan derden geen inlichtingen over de keurling of de keuring mag vragen of geven (§ 2.3).

In dit verband is nagegaan of de opdrachtgever inzage in het keuringsrapport krijgt en of de arts toestemming vraagt aan de keurling wanneer hij/zij ruggespraak wil houden met een collega om tot een oordeel over de medische geschiktheid te komen. Ook is nagegaan of de arts in de keuringsuitslag een uitspraak doet over de psychische gesteldheid dan wel het risico op verzuim en/of arbeidsongeschiktheid en of er na de keuring weleens overleg is met de opdrachtgever over de kandidaat.

Eenvijfde van de huisartsen geeft de opdrachtgever weleens inzage in het keuringsrapport. De meeste huisartsen zeggen dat dit gebeurt met toestemming van de kandidaat (86% altijd, 9%

meestal). Bedrijfsartsen geven zelden inzage in het keuringsrapport (3%) en uitsluitend met toestemming van de kandidaat.

De vraag of er toestemming wordt gevraagd aan de keurling wanneer de arts ruggespraak wil houden om tot een oordeel over de medische geschiktheid van de keurling te komen, wordt door de meeste artsen (97%) bevestigend beantwoord.

tabel 4.16 Komt het voor dat de arts in de keuringsuitslag een uitspraak doet over de psychische gesteldheid van de keurling, of het risico op verzuim en/of arbeidsongeschiktheid? (% artsen)

	1988		1992	
	huisartsen	bedrijfsartsen	huisartsen	bedrijfsartsen
<u>psychische gesteldheid</u>	(n=101)	(n=148)	(n=94)	(n=154)
vaak	3	2	-	2
soms	31	+ 23	29	12
nooit	66	75	71	86
<u>risico verzuim/arbeitsongeschiktheid</u>			(n=94)	(n=157)
vaak			4	1
soms			30	13
nooit			66	86

Bedrijfsartsen blijken nu minder vaak een uitspraak te doen over de psychische gesteldheid van de keurling dan in 1988 (nu 14%, in 1988 nog een kwart). Voor de huisartsen is het beeld nauwelijks gewijzigd; ook nu doet ongeveer eenderde hierover weleens een uitspraak. Daarnaast zegt 14% van de bedrijfsartsen en 34% van de huisartsen dat ze weleens een uitspraak doen over het risico op ziekteverzuim/arbeitsongeschiktheid (vergelijkingsgegevens ontbreken op dit punt).

85% van de bedrijfsartsen en bijna de helft van de huisartsen zegt na de keuring weleens overleg te hebben met de opdrachtgever over een kandidaat. In 1988 gaf ruim tweederde van de huisartsen dit aan, echter de afname nu is niet significant.

De herkeuring

In het kabinetsstandpunt wordt gesteld dat de keurling recht heeft op een herkeuring. Nagegaan is of de keurling deze mogelijkheid heeft en wie deze herkeuring verricht. In tabel 4.17 zijn de antwoorden weergegeven.

tabel 4.17 Heeft de kandidaat, indien hij/zij dat wenst, de mogelijkheid tot herkeuring en zo ja, wie verricht een herkeuring bij een kandidaat die door de arts is afgekeurd? (% artsen)

	1988		1992	
	huisartsen	bedrijfsartsen	huisartsen	bedrijfsartsen
<u>mogelijkheid tot herkeuring</u>	(n=83)	(n=146)	(n=67)	(n=159)
ja	86	92	79	94
nee	15	8	21	6
<u>wie doet de herkeuring</u>	(n=69)	(n=123)	(n=48)	(n=135)
- een andere arts/instantie	86	17	79	++ 38
- een collega-arts binnen de eigen dienst/praktijk	6	50	10	38
- de arts zelf	4	3	6	-
- overig	4	30	4	24

De meeste artsen zeggen dat een kandidaat de mogelijkheid heeft tot herkeuring. Bedrijfsartsen zeggen dit - evenals in 1988 - wat vaker dan huisartsen (94% versus 79%). Wel zijn er ten opzichte van 1988 veranderingen opgetreden als het gaat om wie de herkeuring doet. Bedrijfsartsen geven nu vaker aan dat een andere arts of instantie de herkeuring doet (38% versus 17% in 1988) en minder vaak een collega binnen de eigen dienst (38% nu versus 50% in 1988). Volgens huisartsen worden herkeuringen overwegend door een andere arts/instantie gedaan. Opmerkelijk is dat 6% van de huisartsen in voorkomende gevallen zelf de herkeuring doet (4% in 1988).

4.2.5 Invloed van andere keuringen

Volgens het kabinetsstandpunt mag de uitslag van andere keuringen, bijvoorbeeld een eerdere aanstellingskeuring of een pensioenkeuring, niet van invloed zijn op de beoordeling van de medische geschiktheid van de kandidaat (§ 2.3). In dit verband is onder meer gevraagd of de arts bij de aanstellingskeuring tevens voor een pensioenfonds keurt en of gegevens van vorige keuringen worden gebruikt bij de vorming van een oordeel over de keurling.

tabel 4.18 Keurt de arts een kandidaat bij de aanstellingskeuring tevens voor een pensioenfonds? (% artsen)

	1988		1992	
	huisartsen (n=102)	bedrijfsartsen (n=149)	huisartsen (n=95)	bedrijfsartsen (n=156)
altijd	2	33	-	31
meestal	3	24	8	24
soms	41	24	25	26
nooit	54	19	66	19

tabel 4.19 Gebruikt de arts bij de vorming van een oordeel over de keurling, indien voorhanden, gegevens van vorige keuringen? (% artsen)

	1988		1992	
	huisartsen (n=99)	bedrijfsartsen (n=149)	huisartsen (n=95)	bedrijfsartsen (n=160)
ja	6	38	8	27
ja, maar uitsluitend na toestemming van de keurling	22	32	19	39
nee	72	30	73	34

Ruim de helft van de bedrijfsartsen en 8% van de huisartsen keurt een kandidaat bij de aanstellingskeuring tevens voor het pensioenfonds. Een kwart van de artsen zegt dat dit soms het geval is. Tweederde van de huisartsen en een vijfde van de bedrijfsartsen geeft aan dat dit nooit het geval is. De bevindingen komen nagenoeg overeen met de situatie 1988. Overigens geeft het onderzoek geen inzicht in de vraag of huisartsen bekend zijn met het feit dat ze tijdens een aanstellingskeuring voor een pensioenfonds keuren.

Ongeveer tweederde van de bedrijfsartsen en een kwart van de huisartsen zegt gegevens van vorige keuringen te gebruiken bij de oordeelsvorming. 39% van de bedrijfsartsen en 19% van de huisartsen doet dit uitsluitend na toestemming van de keurling. De verschillen tussen huisartsen en bedrijfsartsen kunnen wellicht verklaard worden uit het feit dat bedrijfsartsen een grotere kans hebben om een kandidaat te keuren waarvan al eerdere keuringsgegevens binnen de dienst aanwezig zijn.

Om meer inzicht te verkrijgen in de relatie tussen de aanstellingskeuring en de pensioenkeuring, is - uitsluitend in 1992 - nagegaan of er ten behoeve van de pensioenkeuring aanvullende informatie wordt verzameld, of een medische geschiktverklaring bij de aanstellingskeuring zonder meer betekent dat een kandidaat wordt opgenomen in het pensioenfonds en of het voorkomt dat het

resultaat van een pensioenkeuring leidt tot afwijzing voor een functie waarvoor een kandidaat medisch goedgekeurd is.

Van de artsen die aangeven bij een aanstellingskeuring tevens voor een pensioenfonds te keuren (33 huisartsen en 127 bedrijfsartsen) zegt ongeveer de helft (58% van de huisartsen, 48% van de bedrijfsartsen) dat er ten behoeve van de pensioenkeuring weleens aanvullende informatie wordt verzameld. Verder geeft een kwart van de huisartsen en 16% van de bedrijfsartsen aan dat een medische geschiktverklaring niet automatisch betekent dat de kandidaat wordt opgenomen in het pensioenfonds. Tenslotte zegt 7% van de huisartsen en 4% van de bedrijfsartsen dat het resultaat van een pensioenkeuring weleens leidt tot afwijzing voor een functie waarvoor een kandidaat medisch goedgekeurd is.

Eén en ander lijkt in tegenspraak met de wens van het kabinet om een kandidaat uitsluitend op grond van medische geschiktverklaring voor de functie in een pensioenfonds op te nemen.

4.3 Uitgangswaarden ten behoeve van een periodieke evaluatie van de TAV

Ook in de vragenlijst voor artsen is een aantal vragen opgenomen met als doel uitgangswaarden vast te leggen zodat op termijn ontwikkelingen in de keuringspraktijk als gevolg van de invoering van de TAV kunnen worden gevolgd. Het gaat dan om de aantallen keuringen en geschiktverklaringen en de invloed die de invoering van de TAV volgens de arts heeft of zal hebben (bijvoorbeeld op de keuringspraktijk).

4.3.1 Het aantal keuringen en geschiktverklaringen

In tabel 4.20 is weergegeven hoeveel van de verschillende keuringsactiviteiten in 1991 zijn verricht door de keurend artsen. Hieruit kan worden opgemaakt dat bedrijfsartsen (in 1991) meer aanstellingskeuringen en keuringen voor een pensioenfonds hebben verricht dan huisartsen. Keuringen voor collectieve of andere verzekeringen zijn met name door huisartsen verricht. Er blijken op dit punt geen significante veranderingen te zijn opgetreden ten opzichte van 1988.

tabel 4.20 Hoeveel van de volgende keuringsactiviteiten zijn door de arts in 1987/1991 verricht? (% artsen)

		1988		1992	
		huisartsen (n=100)	bedrijfsartsen (n=144)	huisartsen (n=97)	bedrijfsartsen (n=157)
medische aanstellingskeuringen	0	-	1	1	-
	1 - 49	91	13	94	17
	50 - meer	9	87	5	83
intrede keuringen voor een pensioenfonds	0	48	44	52	46
	1 - 49	50	29	47	30
	50 - meer	2	26	1	24
intrede keuringen voor een collectieve verzekering	0	27	72	32	70
	1 - 49	71	26	68	29
	50 - meer	2	2	-	1
intrede keuringen voor een andere verzekering	0	21	83	27	79
	1 - 49	77	16	72	20
	50 - meer	2	1	1	1

Vervolgens is gekeken naar het aantal en percentage kandidaten dat is geschikt, beperkt geschikt, dan wel ongeschikt is verklaard in 1991. De resultaten zijn weergegeven in de volgende tabel.

tabel 4.21 Aantal (absoluut en gemiddeld) en percentage kandidaten dat volgens de arts medisch geschikt, beperkt medisch geschikt of medisch ongeschikt was in 1991 en 1987

	1987						1991					
	huisartsen (n=66)			bedrijfsartsen (n=102)			huisartsen (n=71)			bedrijfsartsen (n=129)		
	abs.	gem.	perc.	abs.	gem.	perc.	abs.	gem.	perc.	abs.	gem.	perc.
- gekeurde kandidaten	2257	34.2	100.0	22245	218.0	100.0	1503	21.2	100.0	24863	192.7	100.0
- medisch geschikt	2081	31.5	92.2	21217	208.0	95.4	1420	20.0	94.5	23353	181.0	93.9
- beperkt medisch geschikt (inclusief voorwaardelijk geschikt en tijdelijk medisch ongeschikt)	131	2.0	5.8	633	6.2	2.8	62	0.9	4.1	1057	8.2	4.3
- medisch ongeschikt (inclusief advies aan kandidaat zich terug te trekken uit de procedure)	45	0.7	2.0	395	3.9	1.8	21	0.3	1.4	453	3.5	1.8

Huisartsen keurden in 1991 gemiddeld 21 kandidaten, bedrijfsartsen gemiddeld 193. Deze aantallen liggen iets lager dan in 1987. Gemiddeld wordt rond de 94% van de kandidaat medisch geschikt bevonden en rond de 4% beperkt medisch geschikt. Huisartsen keurden in 1991 gemiddeld 1.4%

van de kandidaten af (iets minder dan in 1988), bedrijfsartsen gemiddeld 1.8%. De waargenomen verschillen ten opzichte van 1988 zijn overigens nergens significant te noemen.

Verder is (alleen in 1992) gevraagd of de arts van mening is dat er in vergelijking met 1990 sprake is van een toename van het aantal aanstellingskeuringen, het aantal geschikt verklaringen en het aantal ongeschikt verklaringen. De antwoorden op deze vragen zijn weergegeven in tabel 4.22.

tabel 4.22 Is er in vergelijking met 1990 sprake van een toename van het aantal aanstellingskeuringen, geschikt verklaringen en ongeschikt verklaringen (% artsen)

	huisartsen (n=86)	bedrijfsartsen (n=150)
<u>aanstellingskeuringen</u>		
ja	15	+ 26
nee	70	54
onbekend	15	20
<u>geschikt verklaringen</u>		
ja	2	+ 12
nee	77	61
onbekend	21	27
<u>ongeschikt verklaringen</u>		
ja	1	++ 13
nee	79	63
onbekend	20	25

Een kwart van de bedrijfsartsen is van mening dat er - in vergelijking met 1990 - sprake is van een toename van het aantal aanstellingskeuringen. Daarnaast is 12% van deze artsen van mening dat het aantal geschikt verklaringen is toegenomen en 13% dat het aantal ongeschikt verklaringen is toegenomen ten opzichte van het voorgaande jaar. Bij de huisartsen liggen deze percentages beduidend lager. Omdat over het aantal keuringen en de aantallen goed/afgekeurden in 1990 geen cijfers bekend zijn, is niet aan te geven of er werkelijk sprake is van de hier gerapporteerde toename. Wanneer deze vragen jaarlijks worden gesteld kunnen hierover op termijn wel uitspraken worden gedaan.

Met betrekking tot het 'afkeuren' is gevraagd of men in de afgelopen twee jaar (vanaf 1 januari 1991) kandidaten heeft afgekeurd, en wat hiervoor de belangrijkste redenen waren. De antwoorden zijn weergegeven in tabel 4.23.

tabel 4.23 Heeft de arts na resp. 1.1.87 en 1.1.91 één of meer kandidaten afgekeurd bij een aanstellingskeuring, en wat was/waren hiervoor de reden(en)? (% artsen)

	1988		1992	
	huisartsen	bedrijfsartsen	huisartsen	bedrijfsartsen
<u>afgekeurd afgelopen periode</u>	(n=101)	(n=144)	(n=95)	(n=155)
ja	46	76	22	83
nee	55	24	78	17
<u>redenen afkeuring</u>	(n=43)	(n=105)	(n=19)	(n=119)
- aanwezigheid van een ziekte/aandoening	49	58	53	23
- aanwezigheid ziekte/aandoening die het uitoefenen van de functie belemmert			42	60
- verhoogde kans op het ontstaan van een ziekte/aandoening door het werk	23	54	16	21
- voorkómen van risico's voor het bedrijf	44	19	21	5
- voorkómen van risico's voor anderen	-	7	-	4
- voorkómen van risico's voor een verzekeringsmaatschappij	2	2	-	-
- overig	-	9	-	-

Het blijkt dat vooral bedrijfsartsen kandidaten hebben afgekeurd in de afgelopen twee jaar (83%). Opvallend is de afname bij de huisartsen: in 1988 keurde nog bijna de helft van de artsen één of meer kandidaten af bij de keuring, in 1992 geldt dit nog maar voor 22%. Wellicht hangt dit laatste samen met de afname van het aantal aanstellingskeuringen door huisartsen (tabel 4.21).

Als belangrijkste redenen voor het afkeuren van kandidaten zijn genoemd de aanwezigheid van een ziekte (53% van de huisartsen, 23% van de bedrijfsartsen) en de aanwezigheid van een ziekte/aandoening die het uitoefenen van de functie belemmert (42% van de huisartsen en 60% van de bedrijfsartsen). Een vergelijking met de situatie in 1988 is op dit punt niet goed mogelijk omdat de vraag naar de aanwezigheid van een ziekte die het uitoefenen van de functie belemmert in 1988 niet is gesteld. In 1988 werd de 'aanwezigheid van een ziekte' (zonder verdere specificatie) als belangrijkste afkeuringsreden genoemd.

Verder valt op dat in vergelijking met 1988 nu minder vaak 'het voorkómen van risico's voor het bedrijf' en 'een verhoogde kans op het ontstaan van een ziekte door het werk' als redenen voor afkeuring worden genoemd. De verschillen zijn overigens niet significant.

De keuringsuitslag is in voorkomende gevallen geformuleerd als advies aan de opdrachtgever dat de keurling medisch ongeschikt is voor de beoogde functie (overeenkomend met de situatie in 1988).

4.3.2 Maatregelen in verband met de TAV

Aan de artsen is gevraagd of er, naar hun eigen mening, bij het bedrijf/de bedrijven waarvoor zij keuringen verrichten sprake is van maatregelen die in verband met de TAV genomen zijn. In de vragenlijst is een aantal mogelijke antwoordcategorieën opgenomen. De resultaten zijn weergegeven in tabel 4.24.

tabel 4.24 Is er bij het bedrijf/de bedrijven waarvoor u keurt naar uw mening sprake van de volgende maatregel als gevolg van de TAV (% artsen)

	huisartsen (n=90)	bedrijfsartsen (n=159)
- verzuimbegeleiding verbeteren	24	79
- arbeidsplaatsverbeteringen doorvoeren	7	52
- verzuimcontrole verscherpen	12	31
- geen maatregelen	2	18
- meer gedeeltelijk arbeidsonge- schikten in dienst nemen	2	17
- strengere medische selectie toepassen	7	12
- aanstellingskeuring verplichten	14	11
- formuleren van nieuwe medische eisen per functie	1	4
- onbekend	68	3

Ruim tweederde van de huisartsen blijft het antwoord op deze vraag schuldig (men weet niet welke maatregelen genomen zijn/worden). De bedrijfsartsen daarentegen geven te kennen dat de genomen maatregelen vooral betrekking hebben op het verbeteren van de verzuimbegeleiding (79%), een verscherping van de verzuimcontrole (31%), en/of het verbeteren van arbeidsplaatsen (52%).

Rond de 10-15% van de artsen geeft aan dat er bij de bedrijven waarvoor zij keuringen verrichten, sprake is van een strengere medische selectie en/of verplichte aanstellingskeuringen, als gevolg van de invoering van de TAV.

Verder is gevraagd of kandidaten weleens weigeren mee te werken aan (onderdelen van) de aanstellingskeuring. 28% van de bedrijfsartsen en 4% van de huisartsen antwoordt dat dit weleens voorkomt. Dit verschilt nauwelijks met de cijfers uit 1988.

Evenals in 1988 geeft ruim 80% van de bedrijfsartsen en 15% van de huisartsen aan dat de opdrachtgever weleens geadviseerd wordt om de werkplek/functie aan te passen om de keurling in dienst te kunnen nemen.

Tenslotte is gevraagd of en hoe vaak het voorkomt dat de arts een keurling, die naar zijn oordeel medisch ongeschikt is voor de functie, het advies geeft zich uit de sollicitatieprocedure terug te trekken. De antwoorden zijn weergegeven in tabel 4.25.

tabel 4.25 Indien een keurling naar het oordeel van de arts, ongeschikt blijkt voor een bepaalde functie, geeft de arts hem/haar dan het advies zich terug te trekken uit de sollicitatie-procedure? (% artsen)

	1988		1992	
	huisartsen	bedrijfsartsen	huisartsen	bedrijfsartsen
<u>advies tot terugtrekken</u>	(n=96)	(n=148)	(n=82)	(n=157)
altijd	14	46	15	++ 59
meestal	7	21	18	25
soms	41	26	28	13
nooit	39	7	39	3
<u>hoe vaak in 1991?</u>	(n=102)	(n=148)	(n=96)	(n=161)
0 keer	76	32	84	22
1-2 keer	23	36	12	38
3 keer of vaker	1	32	3	39

Ruim 80% van de bedrijfsartsen geeft de kandidaat - bij medische ongeschiktheid voor de functie - het advies zich uit de procedure terug te trekken. 59% van de bedrijfsartsen geeft een dergelijk advies in voorkomende gevallen altijd. Dit is duidelijk meer dan in 1988 (toen gaf 46% van de bedrijfsartsen dit aan). Huisartsen geven dit advies minder vaak en 39% zelfs nooit.

Op de vraag hoe vaak dat in het afgelopen jaar (1991) is gebeurd, antwoordt 12% van de huisartsen en 38% van de bedrijfsartsen dat dit 1 á 2 keer het geval is geweest. Bijna 40% van de bedrijfsartsen heeft een dergelijk advies aan 3 of meer kandidaten gegeven. De verschillen ten opzichte van 1988 zijn gering.

4.4 Eerder gedane aanbevelingen op het gebied van de aanstellingskeuring

In dit onderzoek is tevens nagegaan in welke mate eerder gedane aanbevelingen van de Vereniging voor Gezondheidsrecht (1980), de Commissie Hessel (1977) en de Stichting van de Arbeid (1991), hun weerslag hebben gevonden in de praktijk van de aanstellingskeuring (§ 2.3). De antwoorden worden in het onderstaande besproken.

Conform de aanbeveling, vindt de aanstellingskeuring bij 77% van de huisartsen en 90% van de bedrijfsartsen plaats na afloop van de selectieprocedure. Bij 18% van de huisartsen en 8% van de bedrijfsartsen vindt de keuring in de loop van de selectieprocedure plaats. Keuringen na het in dienst treden van de kandidaat vindt zelden plaats (3% van de huisartsen en 2% van de bedrijfsartsen). Er zijn op dit punt geen significante verschillen tussen 1988 en 1992.

Evenals in 1988 maakt de arts zelden deel uit van de selectiecommissie. 5% van de artsen antwoordt dat dit wel (soms) voorkomt, hetgeen in strijd is met de aanbeveling hieromtrent.

Of de keurend arts -conform de aanbeveling- een gedegen kennis bezit van de gezondheidkundig van belang zijnde aspecten van het bedrijf, het werk en de werksituatie, kon uiteraard niet worden vastgesteld in dit onderzoek. Wel is gevraagd in hoeverre artsen zichzelf deskundig achten in het beoordelen van de lichamelijke en psychische belastbaarheid, de persoon van de keurling en het mogelijke ziekteverzuim. Evenals in 1988 achten de meeste artsen zich (zeer) deskundig in het beoordelen van de lichamelijke belastbaarheid van de keurling (ruim een kwart van de bedrijfsartsen acht zich hierin zeer deskundig). Verder blijkt dat huisartsen en bedrijfsartsen zich in min of meer gelijke mate deskundig achten in het beoordelen van de psychische belastbaarheid van de kandidaat (81% van de huisartsen en 70% van de bedrijfsartsen), de persoon van de keurling (78% huisartsen en 71% bedrijfsartsen) en het mogelijke ziekteverzuim (respectievelijk 61% en 63%).

Op dit laatste punt achten huisartsen zich nu significant minder vaak deskundig dan in 1988 (nu 61%, in 1988 76%).

Conform de aanbeveling is -evenals in 1988- eenderde van de huisartsen en een kwart van de bedrijfsartsen van mening dat de geldigheidsduur van de keuringsuitslag beperkt is tot het tijdstip van de keuring. Bovendien zijn, in vergelijking met 1988, nu meer artsen van mening dat de geldigheidsduur beperkt is tot maximaal 1 jaar: dit geldt voor 8% van de huisartsen en 43% van de bedrijfsartsen (in 1988 bedroegen deze percentages 3% en 17%). Ook het percentage artsen dat gelooft in een langere geldigheidsduur van de uitslag (minimaal 5 jaar of het hele arbeidsleven) is afgenomen; dit geldt nu nog voor 20% van huisartsen (was 31%) en 4% van de bedrijfsartsen (was 18%).

5. DE SITUATIE VAN 1992 VERGELEKEN MET DIE VAN 1988: EEN SAMENVATTING

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van het herhalingsonderzoek naar de praktijk van de medische aanstellingskeuring samengevat. In dit onderzoek onder Nederlandse bedrijven en artsen heeft de vraag centraal gestaan of de huidige keuringspraktijk is veranderd ten opzichte van de eerder onderzochte situatie in 1988. Tevens was de vraag of eventuele veranderingen in de richting van het kabinetsstandpunt gaan. Verder zijn in dit onderzoek uitgangswaarden vastgelegd om in de nabije toekomst ontwikkelingen in de keuringspraktijk als gevolg van de wet Terugdringing Arbeidsongeschiktheidsvolume (TAV) te kunnen volgen. Tenslotte is nagegaan in welke mate eerder gedane aanbevelingen op het gebied van de aanstellingskeuring hun weerslag hebben gevonden in de praktijk.

5.1 De resultaten bij de bedrijven

Eenvijfde van de middelgrote bedrijven en 73% van de grote bedrijven laat aanstellingskeuringen verrichten. Kleine bedrijven (minder dan 10 werkzame personen) keuren nagenoeg niet. In vergelijking met 1988 is er bij de grote bedrijven sprake van een significante afname van het aantal keurende bedrijven (toen 80%). De afname lijkt onder meer samen te gaan met een geringer percentage keurende bedrijven binnen enkele bedrijfstakken, met name bij de overheid en de overige dienstverlening. De afname van het aantal keurende bedrijven kan tevens verband houden met de veranderde samenstelling van de bedrijfspopulatie. Deze bevat namelijk minder overheidsbedrijven, terwijl het percentage keurende bedrijven juist daar hoog is (in beide onderzoeks-jaren).

De volgende bevindingen hebben uitsluitend betrekking op de keurende middelgrote en grote bedrijven.

Uitgangspunten uit het kabinetsstandpunt

Een aanstellingskeuring zou alleen moeten plaatsvinden als er medische eisen aan de functie verbonden zijn.

Evenals in 1988 maken de meeste bedrijven die aanstellingskeuringen laten verrichten geen onderscheid in de functie waarvoor gekeurd wordt. Functie-eisen worden ook nu vaker door de

grote dan de middelgrote bedrijven geformuleerd. Een kwart van de grote en bijna de helft van de middelgrote bedrijven heeft geen functie-eisen geformuleerd. Functie-eisen worden bovendien niet altijd doorgegeven aan de keurend arts; dit geldt voor een kwart van de grote en bijna een vijfde van de middelgrote bedrijven. De verschillen ten opzichte van 1988 zijn niet noemenswaardig.

De doelstelling van de aanstellingskeuring moet de beoordeling van de medische geschiktheid zijn, niet het vermijden van verzuimrisico.

Evenals in 1988 keuren de meeste bedrijven naar hun zeggen om te beoordelen of de kandidaat medisch geschikt is voor de betreffende functie. Daarnaast wordt het beoordelen van de risico's voor de werkgever, zoals te verwachten verzuim en arbeidsongeschiktheid, ook nu door ruim de helft van de bedrijven genoemd. Deze doelstelling is in strijd met het kabinetsstandpunt. Meer dan de helft van de bedrijven keurt om te voldoen aan wettelijke verplichtingen en/of arbeidsovereenkomsten. Deze doelstelling wordt nu vaker genoemd dan in 1988. Daarentegen hanteren de bedrijven de keuring nu minder vaak om de keurling te kunnen opnemen in het pensioenfonds.

De meeste grote bedrijven en de helft van de middelgrote bedrijven hebben afspraken gemaakt met de keurend arts over het doel van de keuring. Grote bedrijven doen dat nu vaker dan in 1988.

De grote bedrijven geven - net als in 1988 - beduidend vaker dan de middelgrote bedrijven aan dat er overeenstemming bestaat met de arts over het doel. Eenderde van de middelgrote bedrijven zegt dat er soms tot nooit overeenstemming bestaat met de arts.

Het dient de keurling tevoren duidelijk te zijn welke medische eisen aan de functie gesteld worden en wat het doel en de inhoud van de keuring is.

Ongeveer eenderde van de bedrijven brengt de kandidaat voorafgaand aan de keuring op de hoogte van de medische eisen van de functie. De meeste bedrijven geven informatie over het doel van de keuring, echter informatie over de inhoud en over de rechten en plichten van de betrokkenen wordt nog steeds door minder dan de helft van de bedrijven verstrekt aan de kandidaat. De informatie wordt overwegend mondeling verstrekt, ondanks de aanbeveling dit schriftelijk te doen.

De privacy van de keurling dient beschermd te zijn.

Op dit punt is er weinig veranderd ten opzichte van 1988. Conform de aanbeveling ontvangen de meeste bedrijven de keuringsuitslag nog steeds schriftelijk in korte bewoordingen (veelal in termen van 'medisch geschikt' of 'medisch ongeschikt'). Een klein deel van de bedrijven zegt weleens inzage in het keuringsrapport te krijgen, hetgeen in strijd is met de aanbevelingen hieromtrent. Er zijn nu - in vergelijking met 1988 - minder grote bedrijven die weleens aanvullende informatie

krijgen over de psychische gesteldheid van de keurling (nu nog ongeveer een kwart). Een kwart van de middelgrote en ruim tweevijfde van de grote bedrijven ontvangt weleens informatie van de arts over het risico op verzuim of arbeidsongeschiktheid.

Driekwart van de grote bedrijven en tweevijfde van de middelgrote bedrijven heeft af en toe overleg met de keurend arts over de kandidaat. Of dit met toestemming van de kandidaat gebeurt is niet duidelijk.

De keurling dient het recht op herkeuring te hebben.

De mogelijkheid tot een herkeuring is bij minder dan de helft van de middelgrote en bij tweederde van de grote bedrijven aanwezig (wat minder vaak dan in 1988, maar niet significant). In de uitvoering van de herkeuring zijn geen noemenswaardige veranderingen opgetreden. Ook nu geeft meer dan de helft van de bedrijven aan dat dit door de arts/instantie wordt gedaan die ook de eerste keuring heeft verricht.

Uitgangswaarden ten behoeve van een periodieke evaluatie van de TAV

Gemiddeld zijn er in 1992 per bedrijf minder mensen gekeurd dan in 1988, namelijk door de middelgrote bedrijven 4 (1988: 6) en door grote bedrijven 56 personen (1988: 90). Dit verschil kan niet worden verklaard uit een veranderd keuringsbeleid. Ook nu geven de meeste bedrijven aan dat de aanstellingskeuring deel uitmaakt van vrijwel alle selectieprocedures.

Een verklaring kan liggen in het feit dat er in 1991 minder personeel is aangenomen per bedrijf dan in 1988 (4,6 personen bij de middelgrote bedrijven versus 6,4 in 1988 en 61,4 personen bij de grote bedrijven versus 88,8 in 1988).

Van alle kandidaten die gekeurd zijn is zowel bij de middelgrote als de grote bedrijven 96% medisch geschikt bevonden (1988: 98%). Slechts 1 à 2% wordt beperkt geschikt verklaard, en 2 à 3% medisch ongeschikt.

Ongeveer eenderde van de bedrijven is van mening dat er, in vergelijking met 1990, sprake is van een toename van het aantal aanstellingskeuringen. Slechts 2% meent dat er een toename is van het aantal afkeuringen. Of dit werkelijk zo is, is niet na te gaan omdat cijfers over 1991 ontbreken. Een vergelijking met de cijfers van 1987 laat echter zien dat er nu sprake is van een afname van het aantal keuringen en een geringe toename van het percentage afkeuringen (de toename is niet significant).

Tweevijfde van de bedrijven geeft aan dat de aanstellingskeuring onderdeel uitmaakt van de individuele arbeidsovereenkomst en voor circa eenvijfde van de bedrijven is de keuring vastgelegd in

een CAO-bepaling. Voor een minderheid van de bedrijven is de keuring een onderdeel van het contract met de BGD of het pensioenfonds dan wel vastgelegd in wettelijke bepalingen. Er zijn op dit punt geen vergelijkingsgegevens uit 1988 beschikbaar.

Bijna tweederde van de middelgrote en 82% van de grote bedrijven zegt - als gevolg van de invoering van de TAV - maatregelen genomen te hebben (of te gaan nemen) ter verbetering van de verzuimbegeleiding. Het doorvoeren van arbeidsplaatsverbeteringen wordt door bijna eenderde van de middelgrote bedrijven en de helft van de grote bedrijven als maatregel genoemd. Daarnaast wordt het verscherpen van de verzuimcontrole door ongeveer eenderde van de bedrijven genoemd.

Een strengere medische selectie, het verplicht stellen van aanstellingskeuringen en/of het formuleren van nieuwe medische eisen per functie, wordt door een minderheid van de bedrijven als maatregelen genoemd. Deze bevindingen lijken in tegenspraak met de resultaten van een recent gehouden onderzoek onder het midden- en kleinbedrijf (KNOV 1992). Daar gaf de helft van de betreffende bedrijven te kennen verscherpt medisch te gaan selecteren als gevolg van de TAV. Wellicht speelt in één van beide onderzoeken sociaal wenselijke beantwoording een rol.

Andere aanbevelingen

Het melden van de keuring in de advertentie, komt nog weinig voor. Indien voor een functie een aanstellingskeuring wenselijk dan wel noodzakelijk wordt geacht, wordt dit -evenals in 1988- door ongeveer 20% van de bedrijven vermeld in de advertentie.

Conform de aanbevelingen worden de kosten van de aanstellingskeuring nooit door de keurling betaald.

Aansluitend bij de aanbeveling, vindt de keuring bij de meeste bedrijven plaats na afloop van de selectieprocedure. Circa eenvijfde van de bedrijven laat voornamelijk in de loop van de selectieprocedure keuren. Bij 11% van de middelgrote en 2% van de grote bedrijven blijkt de aanstellingskeuring plaats te vinden na het in dienst treden van de kandidaat. Op dit punt zijn er geen significante verschillen tussen 1988 en 1992.

Evenals in 1988, maakt de keurend arts bij 4% van de middelgrote en 2% van de grote bedrijven weleens deel uit van de selectiecommissie, hetgeen in strijd is met de aanbeveling hieromtrent.

De keurend arts wordt in ruim 90% van de gevallen aangewezen door het bedrijf. Of de keurling - conform de aanbeveling- hiertegen bezwaar kan maken, is niet gevraagd. Wel blijkt dat 8% van de middelgrote bedrijven de keurend arts door de keurling te laten kiezen (een significante toename ten opzichte van 1988; toen 0%).

Volgens 11% van de middelgrote en 21% van de grote bedrijven is de geldigheid van de keuringsuitslag beperkt tot het tijdstip van de keuring (4% respectievelijk 13% in 1988), hetgeen aansluit bij de aanbeveling hieromtrent. Ondanks een significante afname is toch nog ruim de helft van de middelgrote (85% in 1988) en 46% van de grote bedrijven (63% in 1988) van mening dat de uitslag het hele arbeidsleven geldig is.

5.2 De resultaten bij de artsen

Evenals in 1988 blijken vooral bedrijfsartsen en huisartsen aanstellingskeuringen te verrichten. Het percentage huisartsen dat keurt is ten opzichte van 1988 duidelijk afgenomen. Daarentegen is het percentage 'overige artsen' (een categorie die als zodanig door het ministerie van WVC wordt geregistreerd) dat keuringen verricht gestegen. Hier kan sprake zijn van een registratieartefact omdat een ruim aantal artsen in de categorie 'overige artsen' aangeeft huisarts te zijn.

De volgende bevindingen hebben uitsluitend betrekking op de artsen die aanstellingskeuringen verrichten.

De dienst waar de arts werkzaam is

De huisartsen blijken veelal werkzaam in een zelfstandige praktijk dan wel in een groepspraktijk. Bedrijfsartsen werken in hoofdzaak bij een gezamenlijke of enkelvoudige bedrijfsgezondheidsdienst en iets mindere mate bij een GG&GD of de RBB. Op dit punt zijn er geen verschillen met de situatie in 1988.

Uitgangspunten uit het kabinetsstandpunt

Een aanstellingskeuring zou alleen moeten plaatsvinden als er medische eisen aan de functie verbonden zijn.

De meeste artsen verrichten aanstellingskeuringen bij alle soorten functies. De meeste bedrijfsartsen zeggen op de hoogte te zijn van de specifieke arbeidsomstandigheden door middel van een functiebeschrijving of functie-eisen. Huisartsen zeggen wat vaker dan bedrijfsartsen hiervan soms tot nooit op de hoogte te zijn (dit geldt voor tweevijfde van de huisartsen).

De meeste artsen informeren naar de functiebeschrijvingen/eisen indien ze hiermee niet bekend zijn. Ongeveer de helft doet dit alleen als de bevindingen daartoe aanleiding geven. Huisartsen vragen deze informatie meestal aan de keurling zelf en in mindere mate aan de opdrachtgever/per-

soneelszaken. Bedrijfsartsen informeren voornamelijk bij personeelszaken, een collega-bedrijfsarts of de keurling zelf. Op deze punten zijn geen noemenswaardige veranderingen opgetreden in vergelijking met 1988.

Huisartsen geven nu duidelijk vaker te kennen dat de functiebeschrijving van invloed is op de inhoud van de keuring (nu ruim tweederde van deze artsen versus de helft in 1988) en iets vaker op de wijze waarop de kandidaat wordt beoordeeld. De eerdere verschillen tussen huisartsen en bedrijfsartsen op dit punt zijn nu nagenoeg verdwenen. De meeste bedrijfsartsen geven ook nu te kennen dat de functiebeschrijving van invloed is op de inhoud van de keuring en de beoordeling van de kandidaat.

De doelstelling van de aanstellingskeuring moet de beoordeling van de medische geschiktheid zijn, niet het vermijden van verzuimrisico.

Evenals in 1988, verrichten vrijwel alle artsen de aanstellingskeuring om te beoordelen of de persoon medisch geschikt is voor de functie. Voorts hanteren ook nu vooral bedrijfsartsen de keuring om risico's voor de gezondheid van de kandidaat te voorkomen. Meer dan de helft van de artsen hanteert de keuring voor het beoordelen van de belastbaarheid van de kandidaat. Huisartsen geven deze doelstelling nu duidelijk vaker aan dan in 1988. Meer dan de helft van de huisartsen en circa eenderde van de bedrijfsartsen benut de keuring om risico's voor de werkgever te beoordelen. Deze doelstelling wordt nu door beide categorieën artsen minder vaak genoemd dan in 1988, maar de afname is niet significant.

Daarnaast wordt door ongeveer tweederde van de bedrijfsartsen de keuring benut om risico's voor anderen te voorkomen, om uitgangswaarden vast te leggen of om de kandidaat kennis te laten maken met de BGZ (dit laatste doel wordt nu wat vaker genoemd dan in 1988).

Een klein deel van de huisartsen en tweevijfde van de bedrijfsartsen benut de keuring om de kandidaat te kunnen opnemen in het pensioenfonds. Deze doelstelling wordt nu door bedrijfsartsen duidelijk minder vaak genoemd dan in 1988.

De meeste bedrijfsartsen en tweederde van de huisartsen geven aan dat er, naar hun mening, een duidelijke overeenstemming bestaat tussen de arts en de opdrachtgever over het doel van de keuring. Dit beeld wijkt nauwelijks af van de situatie in 1988. Opvallend is wederom dat tweederde van de huisartsen deze mening is toegedaan terwijl bijna 70% van deze artsen aangeeft dat hierover nooit afspraken zijn gemaakt.

De aanstellingskeuring moet slechts relevante informatie opleveren in verband met de functie-eisen en dient dus geen standaard vragen/onderzoeken of vragen naar het ziekteverleden te bevatten.

De meerderheid van de artsen geeft aan de lichamelijke en psychische belastbaarheid van de keurling te beoordelen. Daarnaast zeggen vooral bedrijfsartsen zich een oordeel te vormen over het risico op ziekte dat de functie met zich meebrengt. Huisartsen zeggen dit nu minder vaak dan in 1988.

Het te verwachten ziekteverzuim wordt door ruim de helft van de huisartsen en een derde van de bedrijfsartsen beoordeeld. Iets minder dan de helft van de artsen beoordeelt het risico op ziekte, invaliditeit of dood. Huisartsen lijken deze doelstellingen nu minder vaak te hanteren dan in 1988.

Evenals in 1988 behoren de anamnese, oriënterend lichamelijk onderzoek en het meten van lengte, gewicht en visus alsmede urinebepalingen voor de meeste artsen tot de vaste onderdelen van de aanstellingskeuring. In mindere mate behoren het audiogram en bepalingen van het bloed (Hb, BSE) en de longfunctie tot de vaste onderdelen van de keuring.

Verder kijken de meeste artsen (huisartsen wat vaker dan bedrijfsartsen) naar het ziekteverleden en het psychiatrisch verleden van de kandidaat (hierover ontbreken vergelijkingsgegevens uit 1988).

Huisartsen verrichten wat vaker aanvullend bloedonderzoek naar druggebruik, alcoholgebruik en erfelijke aandoeningen. Het betreft hier minder dan 15% van de artsen.

Volgens eigen zeggen doet 2% van de huisartsen vrijwel altijd een HIV-test bij de keuring. 35% van de huisartsen en 1% van de bedrijfsartsen zegt dit af en toe te doen. Alleen de afname bij de bedrijfsartsen (van 5% in 1988 tot 1% in 1992) is significant.

Standaardonderzoeken kunnen deel uitmaken van de keuring om uitgangswaarden te bieden voor de verdere bedrijfsgeneeskundige begeleiding. Deze zouden op vrijwillige basis moeten plaatsvinden.

Tweederde van de bedrijfsartsen en een klein deel van de huisartsen benut de keuring om uitgangswaarden vast te leggen. Veel van de standaardonderzoeken (tests/bepalingen waarvan artsen zeggen dat ze vrijwel altijd deel uitmaken van de keuring) worden ook genoemd door artsen die geen uitgangswaarden vastleggen. Dit geldt voor de onderdelen als lichamelijk onderzoek, gewicht, bloedbepalingen, audiogram en dergelijke, maar ook voor aanvullend bloedonderzoek naar druggebruik en alcoholgebruik. Van de artsen die uitgangswaarden vastleggen, zeggen de meeste huisartsen en minder dan de helft van de bedrijfsartsen dat ze hiervoor de instemming van de kandidaat vragen.

Het dient de keurling tevoren duidelijk te zijn welke medische eisen aan de functie gesteld worden en wat het doel en de inhoud van de keuring is.

Ongeveer tweederde van de huisartsen en driekwart van de bedrijfsartsen zegt de keurling, voorafgaand aan de keuring, op de hoogte te brengen van het doel en de inhoud van de keuring. Bedrijfsartsen geven nu vaker dan in 1988 informatie over de inhoud van de keuring. Aspecten van de functie - zoals risico's die aan de functie verbonden zijn of medische eisen die gesteld worden - komen bij minder dan de helft van de huisartsen en bij tweederde van de bedrijfsartsen aan de orde. Huisartsen geven de informatie vooral mondeling, bedrijfsartsen wat vaker ook schriftelijk.

De keurling dient als eerste geïnformeerd te worden over de uitslag van de keuring en rapportage aan de opdrachtgever kan alleen na uitdrukkelijke toestemming van de keurling als geen sprake is van onvoorwaardelijke goedkeuring.

Evenals in 1988 wordt een positieve keuringsuitslag (goedgekeurd) door de meeste artsen aan zowel de keurling als de opdrachtgever meegedeeld. Bedrijfsartsen vragen vaker dan huisartsen toestemming aan de kandidaat voordat aan de opdrachtgever wordt gerapporteerd.

Bij een negatieve uitslag (afgekeurd) vraagt driekwart van de bedrijfsartsen toestemming aan de keurling voordat de opdrachtgever op de hoogte wordt gesteld. Slechts eenvijfde van de huisartsen doet hetzelfde in voorkomende gevallen.

Uit het feit dat de opdrachtgever meestal kort schriftelijk wordt geïnformeerd over de uitslag en de keurling over het algemeen mondeling, mag worden afgeleid dat de keurling doorgaans als eerste op de hoogte is van de uitslag.

Aan de keurling dient desverlangd inzage in het keuringsdossier te worden verschaft

Inzage in de keuringsgegevens is bij de meeste artsen mogelijk. Huisartsen zeggen wat vaker dat dit alleen via een vertrouwensarts mogelijk is (16% versus 2% van de bedrijfsartsen).

De privacy van de keurling dient beschermd te zijn. De keurend arts dient zonder toestemming van de keurling aan derden geen inlichtingen over de keurling of de keuring te vragen of te geven

Eenvijfde van de huisartsen geeft de opdrachtgever weleens inzage in het keuringsrapport, waarbij de meeste artsen aangeven dat dit met toestemming van de kandidaat gebeurt. Bedrijfsartsen geven zelden inzage en uitsluitend met toestemming van de kandidaat.

De meeste artsen (97%) vragen de keurling om toestemming wanneer ze ruggespraak willen houden om tot een oordeel over de medische gesteldheid van de keurling te komen.

Eenderde van de huisartsen en 14% van de bedrijfsartsen zegt weleens een uitspraak te doen over de psychische gesteldheid van de kandidaat. Een gelijk percentage artsen doet weleens een uitspraak over het risico op ziekteverzuim/arbeidsongeschiktheid. Bedrijfsartsen doen nu minder vaak een uitspraak over de psychische gesteldheid dan in 1988 (toen een kwart). De meeste bedrijfsartsen en bijna de helft van de huisartsen zegt na de keuring weleens overleg te hebben met de opdrachtgever over een kandidaat. Of er in bovengenoemde gevallen om toestemming wordt gevraagd aan de kandidaat is niet nagegaan.

De keurling dient het recht op herkeuring te hebben.

Evenals in 1988 zeggen de meeste artsen (bedrijfsartsen wat vaker dan huisartsen) dat de mogelijkheid tot herkeuring aanwezig is. Bedrijfsartsen geven nu wat vaker aan dat dit gebeurt door een andere arts/instantie (38% nu versus 17% in 1988) en wat minder vaak door een collega binnen de eigen dienst (38% nu, versus de helft in 1988). Volgens huisartsen worden herkeuringen vooral door een andere arts/instantie gedaan. Opmerkelijk is dat een klein deel van de huisartsen (6%) zelf de herkeuring doet.

De uitslag van andere keuringen mag niet van invloed zijn op de beoordeling van de medische geschiktheid van de kandidaat. Verder onderschrijft het kabinet de wenselijkheid om een kandidaat uitsluitend op grond van medische geschiktheidverklaring voor de functie in een pensioenfonds op te nemen.

Ongeveer tweederde van de bedrijfsartsen en een kwart van de huisartsen zegt gegevens van vorige keuringen (bijvoorbeeld eerdere aanstellingskeuringen of keuringen voor een pensioenfonds) te gebruiken bij de oordeelsvorming. Tweevijfde van de bedrijfsartsen en eenvijfde van de huisartsen doet dit uitsluitend na toestemming van de keurling. De verschillen tussen huisartsen en bedrijfsartsen kunnen wellicht verklaard worden uit het feit dat bedrijfsartsen een grotere kans hebben om een kandidaat te keuren waarvan al eerdere keuringsgegevens binnen de dienst aanwezig zijn.

Eenderde van de huisartsen en de meeste bedrijfsartsen gebruiken de keuring in meer of mindere mate om de kandidaat tevens te keuren voor het pensioenfonds. Van de artsen die tevens voor een pensioenfonds keuren, zegt ongeveer de helft dat er ten behoeve van de pensioenkeuring weleens aanvullende informatie wordt verzameld. Een kwart van de huisartsen en 16% van de bedrijfsartsen geeft aan dat een medische geschiktheidverklaring niet automatisch betekent dat de kandidaat wordt opgenomen in het pensioenfonds. Een minderheid van de artsen (7% van de huisartsen, 4% van de bedrijfsartsen) geeft te kennen dat het resultaat van een pensioenkeuring weleens leidt tot afwijzing voor een functie waarvoor een kandidaat medisch goedgekeurd is.

Uitgangswaarden ten behoeve van een periodieke evaluatie van de TAV

Bedrijfsartsen blijken in 1991 meer aanstellingskeuringen en keuringen voor een pensioenfonds te hebben verricht dan huisartsen. Keuringen voor collectieve of andere verzekeringen zijn met name door huisartsen verricht. Dit beeld komt overeen met dat van 1988.

Huisartsen keurden in 1991 gemiddeld 21 kandidaten, bedrijfsartsen gemiddeld 193. Deze aantallen liggen iets lager dan in 1987. Gemiddeld wordt rond de 94% van de kandidaten medisch geschikt bevonden en rond de 4% beperkt medisch geschikt. Huisartsen keurden in 1991 gemiddeld 1.4% van de kandidaten af (iets minder dan in 1987), bedrijfsartsen gemiddeld 1.8%. De verschillen ten opzichte van 1987 zijn nergens significant.

Als belangrijkste redenen voor het afkeuren van kandidaten zijn genoemd de aanwezigheid van een ziekte en de aanwezigheid van een ziekte/aandoening die het uitoefenen van de functie belemmert.

Minder vaak worden 'het voorkómen van risico's voor het bedrijf' en 'een verhoogde kans op het ontstaan van een ziekte door het werk' als redenen voor afkeuring genoemd.

Bedrijfsartsen geven te kennen dat de maatregelen die door de opdrachtgevers genomen zijn als gevolg van de TAV vooral betrekking hebben op het verbeteren van de verzuimbegeleiding, een verscherping van de verzuimcontrole en/of het verbeteren van arbeidsplaatsen. Huisartsen zijn veelal onbekend met de genomen maatregelen. Een minderheid van de artsen (circa 10-15%) geeft aan dat er bij de opdrachtgevers sprake is van een strengere medische selectie en/of verplichte aanstellingskeuringen.

Evenals in 1988 geven de meeste bedrijfsartsen en 15% van de huisartsen aan dat de opdrachtgever weleens geadviseerd wordt om de werkplek/functie aan te passen om de keurling in dienst te kunnen nemen.

Andere aanbevelingen

Conform de aanbeveling, vindt de aanstellingskeuring bij 77% van de huisartsen en 90% van de bedrijfsartsen plaats na afloop van de selectieprocedure. Bij 18% van de huisartsen en 8% van de bedrijfsartsen vindt de keuring in de loop van de selectieprocedure plaats. Keuringen na het in dienst treden van de kandidaat vindt zelden plaats (3% van de huisartsen en 2% van de bedrijfsartsen). Er zijn op dit punt geen significante verschillen tussen 1988 en 1992.

Evenals in 1988 maakt de arts zelden deel uit van de selectiecommissie. 5% van de artsen antwoordt dat dit wel (soms) voorkomt, hetgeen in strijd is met de aanbeveling hieromtrent.

Of de keurend arts -conform de aanbeveling- een gedegen kennis bezit van de gezondheidkundig van belang zijnde aspecten van het bedrijf, het werk en de werksituatie, kon uiteraard niet worden vastgesteld in dit onderzoek. Op de vraag in hoeverre artsen zichzelf deskundig achten, antwoorden -evenals in 1988- de meeste artsen dat zij zich (zeer) deskundig achten in het beoordelen van de lichamelijke belastbaarheid van de keurling. Verder acht een meerderheid van de artsen zich deskundig in het beoordelen van de psychische belastbaarheid van de kandidaat, de persoon van de keurling en het mogelijke ziekteverzuim. Wel achten huisartsen zich nu significant minder vaak deskundig in het beoordelen van het mogelijke verzuim (nu 61%, in 1988 76%).

Conform de aanbeveling is -evenals in 1988- eenderde van de huisartsen en een kwart van de bedrijfsartsen van mening dat de geldigheidsduur van de keuringsuitslag beperkt is tot het tijdstip van de keuring. In vergelijking met 1988, zijn nu meer artsen van mening dat de geldigheidsduur beperkt is tot maximaal 1 jaar (8% van de huisartsen en 43% van de bedrijfsartsen).

6. ENKELE KANTTEKENINGEN BIJ HET HERHALINGSONDERZOEK, CONCLUSIES EN UITGANGSWAARDEN VOOR DE TOEKOMST

6.1 Kanttekeningen bij de herhalingsonderzoek

De onderzoeksresultaten die betrekking hebben op de bedrijven kunnen beïnvloed zijn door de geringe bereidheid van de bedrijven - in het bijzonder van de bedrijven met minder van 100 werknemers - om aan het onderzoek mee te werken. Dit geldt zowel voor de enquête in 1988 als in 1992. De respons voor de kleine bedrijven (minder dan 10 werknemers) bedroeg in 1988 20% en in 1992 25%. De middelgrote en grote bedrijven reageerden iets beter, namelijk 35% respectievelijk 51% in 1988 en 40% respectievelijk 42% in 1992. Een vraag die hierbij ook in het eerdere onderzoek van 1988 is gesteld, is in hoeverre de bedrijven die meewerken aan het onderzoek een goede afspiegeling vormen van alle Nederlandse bedrijven. Het kan zijn dat bedrijven die beschikken over een personeelsafdeling of een personeelsfunctionaris meer in de gelegenheid zijn geweest om aan het onderzoek mee te werken. Eventuele oververtegenwoordiging van dergelijke bedrijven kan een verstorende factor zijn omdat gebleken is dat deze bedrijven vaker aanstellingskeuringen laten verrichten dan bedrijven die niet over een personeelsafdeling of -functionaris beschikken. Als gevolg van de lage respons dienen de resultaten van dit onderzoek met voorzichtigheid te worden gezien.

Vergelijkingen met de eerder onderzochte situatie in 1988, zijn -ondanks de lage respons- goed mogelijk omdat de bedrijven die in 1992 gereageerd hebben, niet afwijken van de bedrijven uit 1988 als het gaat om een aantal achtergrondkenmerken (bijvoorbeeld de aanwezigheid van een personeelsafdeling en de verzekeringsvorm in het kader van de Ziektewet). Met andere woorden, als er al sprake is van selectiviteit in de respons, dan is deze selectiviteit in beide onderzoeksjaren vergelijkbaar. Bovendien is voor de verschillen in de respons tussen de verschillende bedrijfstakken gecorrigeerd door middel van herweging van de resultaten, waardoor de resultaten nu goed vergelijkbaar zijn met die van 1988. Als gevolg van de herweging wijken de resultaten van 1988 soms iets af van de eerder gepresenteerde bevindingen van dat onderzoek (Lourijzen e.a. 1989). Tenslotte moet worden opgemerkt dat eventuele veranderingen in de huidige keuringspraktijk kunnen samenhangen met het feit dat de samenstelling van de bedrijfspopulatie anno 1992 anders is dan in 1988. In 1992 was er sprake van minder overheidsbedrijven en relatief wat meer bedrijven die tot de bouwnijverheid, handel & horeca en de overige dienstverlening behoren. Waar nodig is dan ook gekeken naar eventuele veranderingen binnen bedrijfstakken.

De onderzoeksresultaten die betrekking hebben op de artsen, met name de huisartsen, kunnen eveneens beïnvloed zijn door de geringe bereidheid om aan het onderzoek mee te werken. De respons van de huisartsen ligt in beide onderzoeksjaren rond de 40% (41% in 1992 en 40% in 1988). De bedrijfsartsen daarentegen responderen duidelijk beter, het responspercentage bedraagt hier 66% in 1992 en 70% in 1988. De resultaten die betrekking hebben op de huisartsen dienen daarom met grote voorzichtigheid te worden gezien.

6.2 Conclusies

6.2.1 Conclusies met betrekking tot het aantal keurende bedrijven en artsen

Twintig procent van de middelgrote bedrijven en 73% van de grote bedrijven in Nederland laat aanstellingskeuringen verrichten. In vergelijking met 1988 is er bij de grote bedrijven sprake van een significante afname van het aantal keurende bedrijven. Mogelijke verklaringen voor dit verschijnsel zijn: 1) een geringer percentage keurende bedrijven bij de overheid en overige dienstverlening en 2) een gewijzigde samenstelling van de bedrijfspopulatie die nu - in vergelijking met 1988 - minder overheidsbedrijven bevat, terwijl met name bij de overheid veel bedrijven in 1988 keuringen lieten verrichten.

Aanstellingskeuringen worden vooral door bedrijfsartsen en huisartsen verricht. 88% van de bedrijfsartsen en 53% van de huisartsen verrichten deze keuringen. Ten opzichte van 1988 is het percentage keurende huisartsen significant afgenomen van 70% tot 53%. Bij deze afname moeten overigens wel enkele kanttekeningen worden geplaatst. De categorie 'overige artsen' (als zodanig geregistreerd in het adressenbestand van WVC) blijkt namelijk ook een ruim aantal keurende huisartsen te bevatten. Hier is dus sprake van een registratie-artefact in het adressenbestand, immers deze laatstgenoemde artsen hadden geregistreerd moeten zijn als 'huisartsen'. Op basis hiervan kan geconstateerd worden dat de steekproef van huisartsen in dit herhalingsonderzoek geen goede afspiegeling vormen van de huisartsen in Nederland; er is sprake van een ondervertegenwoordiging van huisartsen in deze categorie. Dit kan een verklaring zijn voor de gesignaleerde afname van het percentage keurende huisartsen.

6.2.2 Conclusies met betrekking tot het kabinetsstandpunt inzake de medische aanstellingskeuring

In het rapport 'Goed Gekeurd?' van de Interdepartementale Werkgroep Aanstellingskeuringen (1989) is een aantal conclusies neergelegd ten aanzien van de inhoud van en procedures bij aanstellingskeuringen. Het kabinet heeft in het kabinetsstandpunt (1989/1990) een aantal van deze conclusies onderschreven. In het onderhavige onderzoek - een herhaling van het enquête-onderzoek uit 1988 onder artsen en bedrijven - is nagegaan of er sprake is van een ontwikkeling/verandering in de verschillende onderzochte aspecten van de aanstellingskeuring bij bedrijven en artsen ten opzichte van de situatie in 1988. Tevens is nagegaan of eventuele ontwikkelingen/veranderingen in de richting gaan van de uitgangspunten uit het kabinetsstandpunt.

Tabel 6.1 geeft per uitgangspunt een beknopte samenvatting van de resultaten. Aansluitend worden de belangrijkste conclusies weergegeven.

Uitgangspunt		Conclusies	
1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	1.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	1.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	1.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
	1.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	1.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	1.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	2.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	2.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	2.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
	2.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	2.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	2.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
3. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	3.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	3.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	3.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
	3.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	3.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	3.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
4. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	4.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	4.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	4.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
	4.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	4.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	4.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
5. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	5.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	5.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	5.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
	5.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	5.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	5.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
6. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	6.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	6.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	6.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
	6.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	6.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	6.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
7. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	7.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	7.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	7.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
	7.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	7.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	7.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
8. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	8.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	8.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	8.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
	8.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	8.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	8.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
9. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	9.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	9.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	9.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
	9.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	9.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	9.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
10. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	10.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	10.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	10.1. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:
	10.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	10.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:	10.2. Het kabinetsstandpunt is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

Tabel 6.1 Overzicht van resultaten bij bedrijven en artsen met betrekking tot het kabinetsstandpunt (situatie 1992)

¹ MGB = middelgrote bedrijven (10-99 werknemers), GB = grote bedrijven (> 100 werknemers)

² Aangegeven zijn de statistisch significante veranderingen ten opzichte van 1988 ($p < 0.05$ of $p < 0.01$)

³ HA = huisartsen, BA = bedrijfsartsen

Kabinetsstandpunt d.d. 1989/1990	Resultaat bedrijven ¹	Verandering tov 1988 ²	Resultaat artsen ³	Verandering tov 1988 ²
Aanstellingskeuring moet alleen plaatsvinden als er medische eisen aan de functie verbonden zijn	- meeste bedrijven maken geen onderscheid in functie waarvoor gekeurd wordt - helft MGB en kwart GB heeft geen specifieke eisen voor de functie geformuleerd	- nee - nee	- meeste artsen keuren voor alle soorten functies - BA vaak op de hoogte van de functie-eisen - 43% HA soms/nooit op hoogte van functie-eisen (BA 9% soms)	- geen - geen - geen
Doelstelling van de keuring moet een beoordeling van de medische geschiktheid zijn en niet beoordeling van het verzuimrisico	- ruim de helft keurt om (financiële) risico's voor werkgever te beoordelen - 31% MGB heeft soms/ nooit overeenstemming met arts over doel	- nee - nee	- 56% HA, 31% BA beoordeelt risico's voor werkgever (bv. verzuim/arbeidsongeschiktheid) - 12% HA, 39% BA keurt om kandidaat te kunnen opnemen in pensioenfondsen - volgens meeste artsen is er overeenstemming met opdrachtgever over doel keuring - 70% HA heeft hierover geen afspraken gemaakt met opdrachtgever	- geen - BA doen dit nu minder vaak - geen - geen
Keurling dient het vooraf duidelijk te zijn welke medische eisen aan de functie worden gesteld. Dit dient bij voorkeur schriftelijk te gebeuren.	- Eenderde brengt keurling hiervan (vnl. mondeling) op de hoogte	- onbekend	- 46% HA en tweederde BA informeert keurling over aspecten van functie (zoals medische eisen en risico's)	- geen
Keurling dient het vooraf duidelijk te zijn wat doel en inhoud van keuring is	- minder dan de helft geeft info over inhoud van keuring	- nee	- tweederde HA en driekwart BA geeft info over doel en inhoud van keuring. (overwegend mondeling)	- BA nu vaker info over inhoud
Privacy van de keurling dient beschermd te zijn.	- rond 7% krijgt weleens inzage in keuringsrapport. - 27% MGB en 36% GB krijgt soms info over psychische gesteldheid van keurling - 44% MGB en 25% GB krijgt soms info over risico verzuim/arbeidsongeschiktheid	- nee - GB krijgen dit nu minder vaak - onbekend	- eenvijfde HA geeft weleens inzage, meestal met toestemming van kandidaat. - BA geven zelden inzage en uitsluitend met toestemming. - eenderde HA en 14% BA doet weleens uitspraak over de psychische gesteldheid van kandidaat - eenderde HA en 14% BA doet weleens uitspraak over risico op verzuim/WAO - meeste BA, bijna helft HA heeft weleens overleg met opdrachtgever over kandidaat	- onbekend - onbekend - BA doen dit nu minder vaak - onbekend - geen
Keurling dient recht op herkeuring te hebben	- bij ruim de helft MGB en eenderde GB mogelijkheid niet aanwezig	- nee	- meeste artsen geven aan dat herkeuring wel mogelijk is - 6% huisartsen doet herkeuring zelf	- geen

Kabinetstandpunt d.d. 1989/1990	Resultaat bedrijven ¹	Verandering tov 1988 ²	Resultaat artsen ³	Verandering tov 1988 ²
Aanstellingskeuring moet slechts relevante informatie opleveren in verband met functie-eisen en dient dus geen standaard vragen/onderzoeken te bevatten, noch vragen naar ziekteverleden en/of psychiatrisch verleden. In keuring is geen plaats voor routinematig onderzoek van alle sollicitanten op gebruik van drugs en alcohol.	niet gevraagd aan bedrijven	niet van toepassing	- meeste artsen doen standaard: anamnese, oriënterend lich. onderzoek, meting lengte, gewicht, visus, urinebepaling en audiogram. - minderheid artsen doet standaard: longfunctiebepaling, bloed (BSE, Hb), ECG, lever/nierfunctiebepalingen - circa 15% HA doet standaard bloedonderzoek op druggebruik, alcoholgebruik, erfelijke aandoening. - 2% HA doet standaard HIV-test - 35% HA en 1% BA doet soms HIV-test - meeste artsen (HA>BA) vragen naar ziekteverleden en/of psychiatrisch verleden. - 56% HA, 36% BA vormt zich oordeel over te verwachten ziekteverzuim - bijna helft artsen vormt zich oordeel over risico op ziekte, invaliditeit, dood	- BA doen nu minder vaak urinebepaling - BA doen nu minder vaak bloedbepaling - geen - afname BA - onbekend - afname HA - afname HA
Standaardonderzoeken kunnen deel uitmaken van de keuring om uitgangswaarden te bieden voor latere BGZ-begeleiding. Deze onderzoeken zouden op vrijwillige basis moeten plaatsvinden.	niet gevraagd aan bedrijven	niet van toepassing	- Veel onderzoeken zijn tevens genoemd door artsen die geen uitgangswaarden vastleggen (HA>BA). - 12% HA en tweederde BA gebruikt keuring om uitgangswaarden vast te leggen. - 45% bedrijfsartsen vraagt hiervoor toestemming aan kandidaat.	- - geen - onbekend
Uitslag van andere keuringen mag niet van invloed zijn op de beoordeling van de medische geschiktheid. Het is wenselijk om de kandidaat uitsluitend op grond van medische geschiktheitsverklaring voor de functie in een pensioenfonds op te nemen.	niet gevraagd aan bedrijven	niet van toepassing	- 7% HA en 4% BA geeft aan dat resultaat pensioenkeuring weleens leidt tot afwijzing voor functie waarvoor kandidaat medisch is goedgekeurd. - 26% HA en 16% BA geeft aan dat medische geschiktheitsverklaring niet automatisch betekent dat kandidaat wordt opgenomen in pensioenfonds.	- niet gevraagd in 1988 - niet gevraagd in 1988

Een aanstellingskeuring zou alleen moeten plaatsvinden als er medische eisen aan de functie verbonden zijn.

Deze aansporing lijkt nog weinig gehoor te vinden. De meeste bedrijven die keuringen laten verrichten maken geen onderscheid in de functies waarvoor gekeurd wordt. Ook de meeste artsen geven aan bij alle soorten functies keuringen te verrichten. Bovendien geven de meeste bedrijven te kennen dat een aanstellingskeuring vrijwel altijd deel uitmaakt van de selectie-procedure.

Verder blijkt dat er niet altijd specifieke eisen geformuleerd zijn. Een kwart van de grote en bijna de helft van de middelgrote bedrijven heeft voor geen enkele functie specifieke eisen geformuleerd en ruim 40% van de huisartsen zegt zelden op de hoogte te zijn van de specifieke arbeidsomstandigheden door middel van een functiebeschrijving of functie-eisen. Opmerkelijk is dat de meeste huisartsen en bijna 50% van de bedrijfsartsen bij de keuring zelf informeren naar de functie-eisen, wanneer ze hiervan onvoldoende op de hoogte zijn.

Ten opzichte van 1988 zijn er geen duidelijke veranderingen opgetreden in bovengenoemde punten.

De doelstelling van de aanstellingskeuring moet de beoordeling van de medische geschiktheid zijn, niet het vermijden van verzuimrisico.

Aan dit uitgangspunt wordt nog onvoldoende tegemoet gekomen. Weliswaar zijn zowel bedrijven als artsen van mening dat het accent van de keuring ligt op het beoordelen van de medische geschiktheid van een sollicitant voor een functie, echter het begrip medische geschiktheid wordt op velerlei wijzen ingevuld.

Bedrijven laten namelijk - evenals in 1988 - vooral keuren om (financiële) risico's voor de werkgever te beoordelen. Daarnaast worden keuringen verricht om te voldoen aan wettelijke verplichtingen of arbeidsovereenkomsten. De laatste doelstelling wordt nu significant vaker genoemd dan in 1988.

Huisartsen gebruiken de keuring vooral om de belastbaarheid van de kandidaat te beoordelen (nu zelfs vaker, namelijk 61% versus 39% in 1988) en om te beoordelen of de functie geschikt is voor de kandidaat, hetgeen aansluit bij het bovengenoemde uitgangspunt. Daarnaast benut ruim de helft van de huisartsen de keuring om risico's voor de werkgever te beoordelen.

Bedrijfsartsen keuren vooral om risico's voor de gezondheid van de kandidaat of anderen te voorkomen en om de belastbaarheid van de kandidaat te beoordelen. Ook wordt de keuring vaak gehanteerd om de kandidaat kennis te laten maken met de BGZ (nu vaker dan in 1988) en om uitgangswaarden vast te leggen ten behoeve van een latere bedrijfsgeneeskundige begeleiding. Hier gebruikt eenderde van de artsen de keuring om risico's voor de werkgever te beoordelen.

De meeste bedrijven en artsen zijn (onafhankelijk van elkaar) van mening dat er tussen beide partijen duidelijke overeenstemming bestaat over de doelstelling van de aanstellingskeuring. Opmerkelijk is dat ook nu tweederde van de huisartsen deze mening is toegedaan terwijl bijna 70% van deze artsen te kennen geeft hierover nooit afspraken te hebben gemaakt met de opdrachtgever. Grote bedrijven hebben in vergelijking met 1988 nu vaker afspraken gemaakt met de keurend arts over de doelstelling.

Het dient de keurling tevoren duidelijk te zijn welke medische eisen aan de functie gesteld worden en wat het doel en de inhoud van de keuring is.

Informatie over de functie - bijvoorbeeld over risico's die aan de functie verbonden zijn of medische eisen die gesteld worden - komt bij tweederde van de bedrijfsartsen en minder dan de helft van de huisartsen aan de orde. Bedrijven verstrekken hier nog weinig informatie over aan de kandidaat (ongeveer eenderde van de bedrijven). Verder brengt tweederde van de huisartsen en driekwart van de bedrijfsartsen de kandidaat, voorafgaand aan de keuring, op de hoogte van het doel en de inhoud van de keuring. In vergelijking met 1988 geven bedrijfsartsen nu wat vaker informatie over de inhoud van de keuring (nu 76%, in 1988 67%). Huisartsen en bedrijven geven de informatie vooral mondeling, bedrijfsartsen wat vaker ook schriftelijk.

De aanstellingskeuring moet slechts relevante informatie opleveren in verband met de functie-eisen en dient dus geen standaard vragen/onderzoeken of vragen naar het ziekteverleden te bevatten.

Deze aanbeveling vindt nog onvoldoende navolging. Evenals in 1988 behoren de anamnese, oriënterend lichamelijk onderzoek en het meten van lengte, gewicht en visus alsmede urinebepalingen voor de meeste artsen tot de vaste onderdelen van de aanstellingskeuring. In wat mindere mate behoren het audiogram en bepalingen van het bloed (Hb, BSE) en de longfunctie tot de vaste onderdelen van de keuring.

Verder kijken de meeste artsen (huisartsen wat vaker dan bedrijfsartsen) naar het ziekteverleden en het psychiatrisch verleden van de kandidaat (hierover ontbreken vergelijkingsgegevens uit 1988).

Huisartsen verrichten wat vaker dan bedrijfsartsen aanvullend bloedonderzoek naar druggebruik, alcoholgebruik en erfelijke aandoeningen. Het betreft hier 10-15% van de artsen.

Volgens eigen zeggen doet 2% van de huisartsen vrijwel altijd een HIV-test bij de keuring en 35% van de huisartsen en 1% van de bedrijfsartsen zegt dit af en toe te doen. Bedrijfsartsen doen dit nu minder vaak dan in 1988 (toen zei 5% weleens een HIV-test te doen).

De meeste artsen vormen zich tijdens de keuring een oordeel over de lichamelijke en psychische belastbaarheid van de keurling en de persoon van de keurling. Daarnaast kijken bedrijfsartsen met

name naar het risico op ziekte dat de functie met zich meebrengt. Huisartsen doen dit minder vaak en bovendien ook minder dan in 1988.

Het te verwachten ziekteverzuim wordt door 56% van de huisartsen en eenderde van de bedrijfsartsen beoordeeld. Iets minder dan de helft van de artsen beoordeelt het risico op ziekte, invaliditeit of dood. In positieve zin valt op, dat huisartsen - in vergelijking met 1988 - nu minder vaak naar deze aspecten kijken (toen keek 73% van de huisartsen naar het te verwachten ziekteverzuim en 63% naar het risico op ziekte, invaliditeit of dood).

Standaardonderzoeken kunnen deel uitmaken van de keuring om uitgangswaarden te bieden voor de verdere bedrijfsgeneeskundige begeleiding. Deze zouden op vrijwillige basis moeten plaatsvinden.

Uitgangswaarden worden door tweederde van de bedrijfsartsen en een minderheid van de huisartsen vastgelegd. Echter, veel van de standaardonderzoeken (tests/bepalingen waarvan artsen zeggen dat ze vrijwel altijd deel uitmaken van de keuring) worden ook genoemd door artsen die geen uitgangswaarden vastleggen. Dit geldt voor de onderdelen zoals lichamelijk onderzoek, gewicht, bloedbepalingen, audiogram en dergelijke, maar ook voor aanvullend bloedonderzoek naar druggebruik en alcoholgebruik. Van de artsen die uitgangswaarden vastleggen, zeggen de meeste huisartsen en minder dan de helft van de bedrijfsartsen dat ze hiervoor de instemming van de kandidaat vragen.

De keurling dient als eerste geïnformeerd te worden over de uitslag van de keuring en rapportage aan de opdrachtgever kan alleen na uitdrukkelijke toestemming van de keurling als geen sprake is van onvoorwaardelijke goedkeuring.

Een negatieve uitslag (afgekeurd) wordt door driekwart van de bedrijfsartsen eerst aan de keurling meegedeeld en ná diens toestemming pas aan de opdrachtgever. Huisartsen informeren vaker zowel opdrachtgever als keurling. Uit het feit dat de opdrachtgever meestal kort schriftelijk wordt geïnformeerd over de uitslag en de keurling over het algemeen mondeling, mag wellicht wel worden afgeleid dat de keurling doorgaans als eerste op de hoogte is van de uitslag. Daarentegen vraagt slechts een minderheid van de huisartsen toestemming aan de kandidaat om de opdrachtgever te informeren over een negatieve uitslag.

Een positieve keuringsuitslag (goedgekeurd) wordt door de meeste artsen aan zowel de keurling als de opdrachtgever meegedeeld. Bedrijfsartsen vragen vaker dan huisartsen toestemming aan de kandidaat voordat aan de opdrachtgever wordt gerapporteerd.

Aan de keurling dient desverlangd inzage in het keuringsdossier te worden verschaft

De meeste artsen geven de kandidaat inzage in de keuringsgegevens. Dit gebeurt nu zelfs wat vaker dan in 1988. Bij 16% van de huisartsen is dit alleen via een vertrouwensarts mogelijk.

De privacy van de keurling dient beschermd te zijn. De keurend arts dient zonder toestemming van de keurling aan derden geen inlichtingen over de keurling of de keuring te vragen of te geven

Een klein deel van de bedrijven zegt weleens inzage in het keuringsrapport te krijgen. Dit blijkt met name door huisartsen te gebeuren (eenvijfde van de huisartsen geeft dit aan). Wel zeggen de meeste huisartsen dat dit met toestemming van de kandidaat gebeurt. Bedrijfsartsen geven zelden inzage en uitsluitend met toestemming van de kandidaat.

De meeste artsen (97%) vragen de keurling om toestemming wanneer ze ruggespraak willen houden om tot een oordeel over de medische gesteldheid van de keurling te komen.

Bedrijven zeggen nu minder vaak informatie over de psychische gesteldheid van de kandidaat te ontvangen dan in 1988. Echter, nog altijd een kwart van de bedrijven wordt hier weleens over geïnformeerd. Huisartsen doen hierover vaker een uitspraak dan bedrijfsartsen (eenderde van de huisartsen en 14% van de bedrijfsartsen). Bedrijfsartsen lijken nu minder geneigd hier informatie over te verschaffen dan in 1988 (nu 14% versus een kwart in 1988).

Voorts ontvangt een kwart van de bedrijven weleens informatie over het risico op ziekteverzuim/arbeidsongeschiktheid. Ook deze informatie wordt vaker door huisartsen dan bedrijfsartsen gegeven, hetgeen in overeenstemming lijkt met de bevinding dat huisartsen vaker de risico's voor de werkgever beoordelen.

Met name grote bedrijven hebben weleens overleg met de keurend arts over de kandidaat. Dergelijk overleg wordt vaker door bedrijfsartsen gemeld dan door huisartsen.

Of er in bovengenoemde gevallen (in casu uitspraak psychische gesteldheid en/of verzuim, overleg met opdrachtgever) om toestemming wordt gevraagd aan de kandidaat is niet nagegaan.

De keurling dient het recht op herkeuring te hebben.

Ruim de helft van de middelgrote en eenderde van de grote bedrijven geven aan dat een herkeuring niet mogelijk is. Daarentegen zeggen de meeste artsen (bedrijfsartsen wat vaker dan huisartsen) dat de mogelijkheid tot herkeuring wel aanwezig is. Dit beeld komt overeen met de situatie in 1988. Volgens de bedrijfsartsen gebeurt dit nu vaker door een andere arts/instantie en wat minder vaak door een collega binnen de eigen dienst. Volgens huisartsen worden herkeuringen vooral door een andere arts/instantie gedaan. Opmerkelijk is dat een klein deel van de huisartsen (6%) zelf de herkeuring doet.

De uitslag van andere keuringen mag niet van invloed zijn op de beoordeling van de medische geschiktheid van de kandidaat. Verder onderschrijft het kabinet de wenselijkheid om een kandidaat uitsluitend op grond van medische geschiktheitsverklaring voor de functie in een pensioenfonds op te nemen.

Bedrijfsartsen zeggen vaker dan huisartsen gegevens van vorige keuringen (bijvoorbeeld eerdere aanstellingskeuringen of keuringen voor een pensioenfonds) te gebruiken bij de oordeelsvorming. Bedrijfsartsen vragen hiervoor ook vaker toestemming van de keurling. De verschillen tussen huisartsen en bedrijfsartsen kunnen wellicht verklaard worden uit het feit dat bedrijfsartsen een grotere kans hebben om een kandidaat te keuren waarvan al eerdere keuringsgegevens binnen de dienst aanwezig zijn. In hoeverre de beoordeling van de medische geschiktheid van de keuring wordt beïnvloed door eerdere keuringsgegevens, kon niet worden nagegaan.

Verder blijken vooral bedrijfsartsen de keuring te benutten om de kandidaat tevens te keuren voor het pensioenfonds. Van de artsen die tevens voor een pensioenfonds keuren, zegt ongeveer de helft dat er ten behoeve van de pensioenkeuring weleens aanvullende informatie wordt verzameld.

Volgens een kwart van de huisartsen en 16% van de bedrijfsartsen betekent een medische geschiktheitsverklaring niet automatisch dat de kandidaat wordt opgenomen in het pensioenfonds.

Een minderheid van de artsen (7% van de huisartsen, 4% van de bedrijfsartsen) geeft voorts te kennen dat het resultaat van een pensioenkeuring weleens leidt tot afwijzing voor een functie waarvoor een kandidaat medisch goedgekeurd is. Dit is in strijd met het bovenstaande uitgangspunt en het advies van de SER in deze.

Al met al lijkt er nauwelijks sprake van veranderingen in de verschillende onderzochte aspecten van de aanstellingskeuring bij bedrijven en artsen ten opzichte van de eerder onderzochte situatie in 1988. Weliswaar is er op sommige punten sprake van veranderingen/ontwikkelingen in de richting van de uitgangspunten uit het kabinetsstandpunt. Echter, de huidige keuringspraktijk wijkt op een aantal punten - evenals in 1988 - nog belangrijk af van de gewenste situatie zoals geformuleerd in het kabinetsstandpunt.

Veranderingen in positieve zin zijn de volgende:

- Bedrijfsartsen informeren de keurling nu vaker over de inhoud van de keuring dan in 1988.
- Er zijn nu vrijwel geen bedrijfsartsen meer die zeggen dat ze weleens een HIV-test doen bij de keuring.
- Bedrijfsartsen verschaffen nu minder vaak dan in 1988 informatie aan de opdrachtgever over de psychische gesteldheid van de kandidaat.

- Huisartsen gebruiken de keuring nu vaker om de belastbaarheid van de kandidaat te beoordelen dan in 1988.
- Huisartsen kijken nu minder vaak naar het te verwachten ziekteverzuim en/of het risico op ziekte, invaliditeit of dood.
- Kandidaten krijgen nu nog vaker inzage in de keuringsgegevens indien zij dat wensen.

Voor de overige uitgangspunten geldt dat er geen noemenswaardige veranderingen zijn opgetreden in vergelijking met de situatie van 1988.

6.2.3 Conclusies met betrekking tot eerder gedane aanbevelingen inzake de medische aanstellingskeuring

Op het gebied van rechten en plichten van bedrijven, keurlingen en artsen bij een aanstellingskeuring zijn in het verleden - behalve de door het kabinet onderschreven aanbevelingen van de IWA (1989) - aanbevelingen opgesteld door onder meer de Commissie Hessel (1977), de Stichting van de Arbeid (STAR 1991) en de Vereniging voor gezondheidsrecht (1980). In dit onderzoek is - evenals in 1988- nagegaan in welke mate deze aanbevelingen hun weerslag hebben gevonden in de praktijk. De belangrijkste conclusies zijn hier weergegeven.

Het melden van de keuring in de advertentie, komt nog weinig voor. Indien voor een functie een aanstellingskeuring wenselijk dan wel noodzakelijk wordt geacht, wordt dit -evenals in 1988- door ongeveer 20% van de bedrijven vermeld in de advertentie.

Conform de aanbevelingen worden de kosten van de aanstellingskeuring nooit door de keurling betaald.

Aansluitend bij de aanbeveling, vindt de keuring overwegend plaats na afloop van de selectieprocedure; dit wordt zowel door de bedrijven als de artsen aangegeven. Circa een vijfde van de bedrijven laat voornamelijk in de loop van de selectieprocedure keuren. Een keuring na het in dienst treden van de kandidaat komt weinig voor. Op dit punt zijn er geen significante verschillen tussen 1988 en 1992.

In strijd met de aanbeveling maakt de keurend arts -evenals in 1988- bij 4% van de middelgrote en 2% van de grote bedrijven weleens deel uit van de selectiecommissie. 5% van de artsen geeft aan dat dit weleens het geval is.

Conform de aanbeveling wordt de keurend arts over het algemeen aangewezen door het bedrijf. Of de keurling -conform de aanbeveling- hiertegen bezwaar kan maken, is niet gevraagd. Wel mag de keurling bij 8% van de middelgrote bedrijven de keurend arts kiezen.

Of de keurend arts -aansluitend bij de aanbeveling- een gedegen kennis bezit van de gezondheidkundig van belang zijnde aspecten van het bedrijf, het werk en de werksituatie, kon niet worden vastgesteld in dit onderzoek. Wel geven de meeste artsen aan zichzelf (zeer) deskundig te achten in het beoordelen van de lichamelijke belastbaarheid van de keurling. Verder acht een meerderheid van de artsen zich deskundig in het beoordelen van de psychische belastbaarheid van de kandidaat, de persoon van de keurling en het mogelijke ziekteverzuim. In vergelijking met 1988 zijn huisartsen nu iets terughoudender als het gaat om hun deskundigheid in het beoordelen van mogelijk ziekteverzuim. Desondanks acht nog steeds 61% van de huisartsen zich hierin voldoende deskundig (76% in 1988), terwijl de literatuur op dit terrein wijst op de geringe mogelijkheden om toekomstig verzuim te beoordelen (Smulders & Veerman 1991).

De aanbeveling dat de geldigheid van de keuringsuitslag beperkt is tot het tijdstip van de keuring vindt nu weliswaar meer navolging dan in 1988 (11% van de middelgrote en 21% van de grote bedrijven), maar toch is nog ruim aantal bedrijven van mening dat de uitslag het hele arbeidsleven geldig is (ruim de helft van de middelgrote en 46% van de grote bedrijven).

Bij de artsen is sprake van een toename van het percentage artsen dat van mening is dat de geldigheidsduur beperkt is tot maximaal 1 jaar (nu 8% van de huisartsen en 43% van de bedrijfsartsen, versus 3% en 17% in 1988). Verder gelooft -net als in 1988- eenderde van de huisartsen en een kwart van de bedrijfsartsen in de geldigheidsduur zoals deze wordt aanbevolen, namelijk beperkt tot het tijdstip van de keuring.

6.3 Uitgangswaarden ten behoeve van een periodieke evaluatie van de TAV

Om op termijn eventuele ontwikkelingen als gevolg van de TAV-maatregelen te kunnen volgen, zijn door middel van het onderhavige onderzoek 'uitgangswaarden' vastgesteld. De uitgangswaarden betreffen onder meer de grondslag van de keuring en de aantallen uitgevoerde aanstellingskeuringen. Daarnaast zijn gegevens verzameld over de redenen die artsen aangeven voor het afkeuren van kandidaten, alsmede de maatregelen die bedrijven en artsen nemen c.q. signaleren als gevolg van de invoering van de TAV.

Tabel 6.2 geeft een beknopt overzicht van de belangrijkste uitgangswaarden. Aansluitend worden de bevindingen kort besproken.

Tabel 6.2 Kerngegevens inzake de medische aanstellingskeuringen 1991/1992

Samenvattend overzicht van resultaten bij bedrijven en artsen

- ¹ MGB = middelgrote bedrijven (10-99 werknemers), GB = grote bedrijven (> 100 werknemers)
² Aangegeven zijn de statistisch significante veranderingen ten opzichte van 1988 ($p < 0.05$ of $p < 0.01$)
³ HA = huisartsen, BA = bedrijfsartsen

Uitgangswaarden ten behoeve van een periodieke evaluatie van de TAV	Resultaat bedrijven ¹	Verandering tov 1988 ²	Resultaat artsen ³	Verandering tov 1988 ²
Aantal personen waarmee een nieuw dienstverband is aangegaan in 1991 (al dan niet na aanstellingskeuring)	MGB: 4,6 GB: 61,4	afname	niet gevraagd aan artsen	niet van toepassing
Percentage keurende bedrijven en artsen in 1992	MGB: 20% GB: 73%	MGB: geen GB: afname	HA: 53% BA: 88%	afname HA
Gemiddeld aantal aanstellingskeuring per bedrijf/arts per jaar (peiljaar 1991)	MGB: 4 GB: 56	afname	HA: 21 BA: 193	geen
Schatting van totaal aantal aanstellingskeuringen (peiljaar 1991)	MGB: 45.000 GB: 195.000	afname	HA: 80.000 BA: 185.000	afname HA
Percentage: medisch geschikt beperkt medisch geschikt medisch ongeschikt	MGB: 96% GB: 96% MGB: 1% GB: 2% MGB: 3% GB: 2%	geen	HA: 95% BA: 94% HA: 4% BA: 4% HA: 1% BA: 2%	geen
Grondslag van de keuring	keuring is onderdeel van/vastgelegd in: - individ. arbeidsovereenkomst ($\pm 40\%$) - CAO-bepaling (ruim 20%) - contract BGD (10-15%) - contract pensioenfonds (ruim 10%) - wettelijke bepalingen (ruim 10%)	- in 1988 niet onderzocht	niet gevraagd aan artsen	niet van toepassing
Maatregelen die bedrijven als gevolg van invoering TAV genomen hebben (of van plan zijn te gaan nemen) respectievelijk: Maatregelen die opdrachtgevers volgens artsen hebben genomen als gevolg van TAV	- verbetering verzuimbegeleiding (meerderheid van bedrijven) - doorvoeren arbeidsplaatsverbeteringen (minder dan helft) - verscherpen verzuimcontrole (circa eenderde) - strengere medische selectie (rond de 10%) - verplichte aanstellingskeuring (rond de 10%) - formuleren nieuwe medische eisen per functie (rond de 5%) - geen maatregelen (ruim 10%)	- niet van toepassing	- verbetering verzuimbegeleiding (meeste BA, kwart HA) - doorvoeren arbeidsplaatsverbeteringen (helft BA, 7% HA) - verscherpen verzuimcontrole (eenderde BA, 12% HA) - strengere medische selectie (rond de 10%) - verplichte aanstellingskeuring (ruim 10%) - formuleren nieuwe medische eisen per functie (minder dan 5%) - onbekend (tweederde HA)	niet van toepassing
Belangrijkste afkeuringsredenen in 1991-1992	niet gevraagd aan bedrijven	niet gevraagd	In volgorde van belangrijkheid: - aanwezigheid ziekte (m.n. HA) - aanwezigheid ziekte/aandoening die het uitoefenen van functie belemmert (m.n. BA) - verhoogde kans op ontstaan van ziekte door het werk - voorkomen van risico's voor bedrijf (HA>BA) - voorkomen risico's anderen (BA)	- geen goede vergelijking mogelijk

De grondslag van de aanstellingskeuring

Voor tweevijfde van de bedrijven maakt de aanstellingskeuring onderdeel uit van de individuele arbeidsovereenkomst en voor circa eenvijfde is de keuring vastgelegd in een CAO-bepaling. Voor een minderheid van de bedrijven is de keuring een onderdeel van het contract met de BGD of het pensioenfonds dan wel vastgelegd in wettelijke bepalingen.

Het aantal aanstellingskeuringen in 1991

Gemiddeld zijn in het peiljaar 1991 door de middelgrote bedrijven 4 personen en door de grote bedrijven 56 personen gekeurd. De gemiddelden liggen lager dan in het peiljaar 1987, hetgeen lijkt samen te hangen met een vermindering van de economische bedrijvigheid in Nederland in de afgelopen periode van vier jaar: In 1991 blijken bedrijven minder personeel te hebben aangenomen dan in 1988. Huisartsen keurden in 1991 gemiddeld 21 kandidaten, bedrijfsartsen gemiddeld 193.

Op basis van de - over het jaar 1991 - gerapporteerde keuringsaantallen door de bedrijven alsmede gegevens over het percentage keurende bedrijven in dit onderzoek, is berekend dat het totaal aantal aanstellingskeuringen voor de middelgrote bedrijven rond de 45.000 ligt en voor de grote bedrijven rond de 195.000. Op vergelijkbare wijze is voor de artsen berekend dat het totaal aantal keuringen door huisartsen circa 80.000 bedraagt en het totaal aantal door bedrijfsartsen ongeveer 185.000.

Het totaal aantal aanstellingskeuringen in 1991 ligt daarmee naar schatting rond de 250.000. In vergelijking met 1988 - toen het geschatte aantal aanstellingskeuringen 325.000 bedroeg - is dit een afname van 23%.

Deze afname lijkt - zoals hierboven al gesteld is - voor een deel samen te hangen met de verminderde economische bedrijvigheid in Nederland, hetgeen zich uit in een afname van het gemiddeld aantal keuringen per bedrijf. Daarnaast speelt een rol dat minder grote bedrijven keuringen laten verrichten (dit geldt vooral voor de overheid en overige dienstverlening) en dat er sprake is van een gewijzigde samenstelling van de bedrijfspopulatie, waardoor er relatief minder overheidsbedrijven in de populatie zitten, terwijl het percentage keurende bedrijven met name daar hoog was in 1988.

Percentages goed-, beperkt goed- en afgekeurden in 1991

Bij de bedrijven is in 1991 96% van de kandidaten medisch geschikt bevonden, 1 á 2% beperkt medisch geschikt en 2 á 3% medisch ongeschikt. Het beeld bij de artsen komt hier nagenoeg mee overeen. Gemiddeld wordt rond de 94% van de kandidaat medisch geschikt bevonden en rond de

4% beperkt medisch geschikt. Huisartsen keurden in 1991 gemiddeld 1.4% van de kandidaten af, bedrijfsartsen gemiddeld 1.8%. Er zijn op dit punt geen verschillen met 1988.

Afkeuringsredenen in 1991-1992

De aanwezigheid van een ziekte/aandoening wordt door ruim de helft van de huisartsen als belangrijke reden genoemd om kandidaten af te keuren. Bij bedrijfsartsen is de aanwezigheid van een ziekte/aandoening die het uitoefenen van de functie belemmert de meest genoemde reden voor afkeuring (60%). Daarnaast is een verhoogde kans op het ontstaan van een ziekte door het werk door ongeveer een vijfde van de artsen als afkeuringsreden genoemd. Tenslotte, wordt het voorkomen van risico's voor het bedrijf vooral door huisartsen genoemd (een vijfde van de huisartsen).

Maatregelen als gevolg van de invoering van de TAV

Bijna tweederde van de middelgrote en 82% van de grote bedrijven zegt - als gevolg van de invoering van de TAV - maatregelen genomen te hebben (of te gaan nemen) ter verbetering van de verzuimbegeleiding. Het doorvoeren van arbeidsplaatsverbeteringen wordt door bijna een derde van de middelgrote bedrijven en de helft van de grote bedrijven als maatregel genoemd. Daarnaast wordt het verscherpen van de verzuimcontrole door ongeveer een derde van de bedrijven genoemd. Een strengere medische selectie, het verplicht stellen van aanstellingskeuringen en/of het formuleren van nieuwe medische eisen per functie, wordt door een minderheid van de bedrijven als maatregelen genoemd. Deze bevindingen lijken in tegenspraak met de resultaten van een recent gehouden onderzoek onder het midden- en kleinbedrijf (KNOV 1992). Daar gaf 55% van de betreffende bedrijven te kennen verscherpt medisch te gaan selecteren als de malusregeling in het kader van de TAV van kracht wordt.

De bevindingen bij de bedrijfsartsen lijken goed aan te sluiten bij de bevindingen van de bedrijven. Zij geven te kennen dat de maatregelen die door de opdrachtgevers genomen zijn als gevolg van de TAV vooral betrekking hebben op het verbeteren van de verzuimbegeleiding, een verscherping van de verzuimcontrole en/of het verbeteren van arbeidsplaatsen. Huisartsen zijn veelal onbekend met de genomen maatregelen. Een minderheid van de artsen (circa 10-15%) geeft aan dat er bij de opdrachtgevers sprake is van een strengere medische selectie en/of verplichte aanstellingskeuringen.

LITERATUUR

BETHLEHEM J. Statistische informatie verwerking. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992.

BETHLEHEM JG, KERSTEN HMP. Werken met non-respons. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1986. Statistische onderzoeken M30.

COMMISSIE HESSEL. De sollicitant is ook een mens. Den Haag: Ministerie van SZW, 1977. Verslagen en rapporten nr. 5.

INTERDEPARTEMENTALE WERKGROEP AANSTELLINGSKEURINGEN. "Goed gekeurd?". Den Haag: Ministerie van SZW, 1989.

KABINETSSSTANDPUNT met betrekking tot medisch onderzoek bij aanstellingskeuringen. Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990, 19 218, nr. 40.

KNOV (Koninklijk Nederlands Ondernemersverbond). Arbeidsongeschiktheid: er is een weg terug. Rijswijk: KNOV, 1992.

KORT WLAM de. Personnel selection through pre-employment medicals. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1993.

LOURIJSEN ECMP, HOOLBOOM H, KORT WLAM de. De medische aanstellingskeuring: een inventarisatie van de mate waarin en de wijze waarop Nederlandse bedrijven en artsen medische aanstellingskeuringen (laten) verrichten. Voorburg: Directoraat-Generaal van de Arbeid, 1989. S 53-1.

LOURIJSEN ECMP, KORT WLAM de, DAM J. De praktijk van de medische aanstellingskeuring in Nederland: een samenvattend verslag van een aantal onderzoeken naar de omvang, uitvoering en kwaliteit van medische aanstellingskeuringen. Den Haag: Ministerie van SZW, 1991. S 53-3.

SMULDERS PGW, VEERMAN TJ. Handboek ziekteverzuim: gids voor de bedrijfspraktijk. Den Haag: Delwel, 1991.

STICHTING VAN DE ARBEID. Aanbevelingen inzake het wervings- en selectiebeleid van ondernemingen. Den Haag: STAR, 1991.

VERENIGING VOOR GEZONDHEIDSRRECHT. Wat mag en moet bij een aanstellingskeuring: overzicht van rechten en plichten. Medisch Contact 1980;28:849-54.

BIJLAGEN

	Pagina
A. Steekproef en responsgegevens van de bedrijven in 1988 en 1992	91
B. De vragenlijst voor de bedrijven	93
C. De vragenlijst voor de artsen	107
D. Overzicht van de variabelen	126
E. Weging van de responsgroepen in 1988 en 1992	129
F. Achtergrondkenmerken van de bedrijven in 1988 en 1992	133

1. The first part of the report is devoted to a general survey of the situation in the country.

2. The second part of the report is devoted to a detailed analysis of the economic situation.

3. The third part of the report is devoted to a detailed analysis of the social situation.

4. The fourth part of the report is devoted to a detailed analysis of the political situation.

5. The fifth part of the report is devoted to a detailed analysis of the cultural situation.

6. The sixth part of the report is devoted to a detailed analysis of the international situation.

7. The seventh part of the report is devoted to a detailed analysis of the future prospects.

8. The eighth part of the report is devoted to a detailed analysis of the conclusions.

9. The ninth part of the report is devoted to a detailed analysis of the recommendations.

10. The tenth part of the report is devoted to a detailed analysis of the appendixes.

11. The eleventh part of the report is devoted to a detailed analysis of the bibliography.

12. The twelfth part of the report is devoted to a detailed analysis of the index.

13. The thirteenth part of the report is devoted to a detailed analysis of the tables.

14. The fourteenth part of the report is devoted to a detailed analysis of the figures.

15. The fifteenth part of the report is devoted to a detailed analysis of the maps.

16. The sixteenth part of the report is devoted to a detailed analysis of the photographs.

17. The seventeenth part of the report is devoted to a detailed analysis of the illustrations.

18. The eighteenth part of the report is devoted to a detailed analysis of the diagrams.

19. The nineteenth part of the report is devoted to a detailed analysis of the charts.

20. The twentieth part of the report is devoted to a detailed analysis of the graphs.

21. The twenty-first part of the report is devoted to a detailed analysis of the tables.

22. The twenty-second part of the report is devoted to a detailed analysis of the figures.

23. The twenty-third part of the report is devoted to a detailed analysis of the maps.

24. The twenty-fourth part of the report is devoted to a detailed analysis of the photographs.

25. The twenty-fifth part of the report is devoted to a detailed analysis of the illustrations.

26. The twenty-sixth part of the report is devoted to a detailed analysis of the diagrams.

27. The twenty-seventh part of the report is devoted to a detailed analysis of the charts.

28. The twenty-eighth part of the report is devoted to a detailed analysis of the graphs.

29. The twenty-ninth part of the report is devoted to a detailed analysis of the tables.

30. The thirtieth part of the report is devoted to a detailed analysis of the figures.

Bijlage A: Steekproef en responsgegevens van de bedrijven in 1988 en 1992

De steekproef van de bedrijven in 1988

Tabel A.1 Verdeling van de steekproef van de bedrijven naar bedrijfstak (absoluut als percentage van de steekproef)

bedrijfstak	aantal werkzame personen						totaal abs.
	abs.	2-9 (%)	abs.	10-99 (%)	abs.	100-meer (%)	
1 landbouw & visserij	29	(4)	19	(2)	4	(1)	52
2 delfstoffenwinning	-	(-)	3	(-)	2	(-)	5
3 industrie	60	(8)	160	(20)	253	(34)	473
4 nutsbedrijven	-	(-)	1	(-)	7	(1)	8
5 bouwnijverheid & installatiebedrijven	58	(8)	129	(16)	75	(10)	262
6 handel, horeca & reparatie	399	(54)	234	(29)	76	(10)	709
7 transport, opslag & communicatie	38	(5)	52	(6)	36	(5)	126
8 bank, verzekering & zakelijke dienstverlening	101	(14)	102	(11)	85	(11)	288
9 overige dienstverlening	52	(7)	20	(3)	21	(3)	93
10 overheid	7	(1)	78	(10)	195	(26)	280
totaal	744	(100)	798	(100)	754	(100)	2296

De steekproef van de bedrijven in 1992

Tabel A.2 Verdeling van de steekproef van de bedrijven naar bedrijfstak (absoluut en als percentage van de steekproef)

bedrijfstak	aantal werkzame personen						totaal abs.
	abs.	2-9 (%)	abs.	10-99 (%)	abs.	100-meer (%)	
1 landbouw & visserij	31	(4)	24	(3)	5	(1)	60
2 delfstoffenwinning	-	(-)	3	(-)	1	(-)	4
3 industrie	59	(7)	149	(17)	268	(31)	476
4 nutsbedrijven	-	(-)	-	(-)	9	(1)	9
5 bouwnijverheid & installatiebedrijven	51	(6)	117	(13)	72	(8)	240
6 handel, horeca & reparatie	439	(51)	320	(36)	147	(17)	906
7 transport, opslag & communicatie	35	(4)	76	(8)	84	(10)	195
8 bank, verzekering & zakelijke dienstverlening	168	(19)	122	(14)	106	(12)	396
9 overige dienstverlening	78	(9)	40	(5)	52	(6)	170
10 overheid	4	(-)	45	(5)	130	(15)	179
totaal	865	(100)	896	(100)	874	(100)	2635

De respons van de bedrijven 1988

(absoluut en als percentage van de steekproef; tabel A.1)

Tabel A.3 Verdeling van de respons van de bedrijven naar bedrijfstak 1988

bedrijfstak	aantal werkzame personen						totaal	
	2-9		10-99		100-meer			
	abs.	(perc)	abs.	(perc)	abs.	(perc)	abs.	(perc)
1 landbouw & visserij	8	(28)	10	(53)	2	(50)	20	(38)
2 delfstoffenwinning	-	-	1	(33)	1	(50)	2	(40)
3 industrie	10	(17)	54	(34)	110	(43)	174	(37)
4 nutsbedrijven	-	-	-	-	9	(-)	9	(-)
5 bouwrijverheid & installatiebedrijven	14	(24)	48	(37)	28	(37)	90	(35)
6 handel, horeca & reparatie	76	(19)	72	(31)	38	(50)	186	(26)
7 transport, opslag & communicatie	8	(21)	14	(27)	23	(64)	45	(36)
8 bank, verzekering & zakelijke dienstverlening	26	(26)	53	(52)	46	(54)	125	(43)
9 overige dienstverlening	9	(17)	5	(25)	9	(43)	23	(25)
10 overheid	1	(14)	26	(33)	114	(58)	141	(50)
totaal	152	(20)	283	(35)	380	(50)	815	(35)

De respons van de bedrijven 1992

(absoluut en als percentage van de steekproef; tabel A.2)

Tabel A.4 Verdeling van de respons van de bedrijven naar bedrijfstak 1992

bedrijfstak	aantal werkzame personen							
	2-9		10-99		100-meer		totaal	
	abs.	(perc)	abs.	(perc)	abs.	(perc)	abs.	(perc)
1 landbouw & visserij	10	(32)	8	(33)	3	(60)	21	(35)
2 delfstoffenwinning	-	-	-	-	-	-	-	-
3 industrie	16	(27)	64	(42)	125	(46)	205	(43)
4 nutsbedrijven	-	-	-	-	7	(77)	7	(77)
5 bouwrijverheid & installatiebedrijven	10	(20)	42	(35)	32	(44)	84	(35)
6 handel, horeca & reparatie	95	(22)	131	(40)	44	(29)	270	(30)
7 transport, opslag & communicatie	13	(37)	19	(25)	34	(40)	66	(33)
8 bank, verzekering & zakelijke dienstverlening	48	(29)	54	(44)	50	(47)	152	(38)
9 overige dienstverlening	23	(29)	21	(52)	21	(40)	65	(38)
10 overheid	1	(25)	23	(51)	54	(41)	78	(43)
totaal	216	(25)	362	(40)	370	(43)	948	(36)

N.B. In 1992 is van 29 bedrijven de bedrijfsgrootte niet bekend. Deze bedrijven zijn daarom niet in de tabel opgenomen.

TOELICHTING BIJ HET INVULLEN

In de vragenlijst worden de volgende onderwerpen aan de orde

Wat is uw bedrijf en wat is uw werkzaamheid?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Wat is de aanleiding voor de vragenlijst?

DE MEDISCHE AANSTELLINGSKEURING

VRAGENLIJST VOOR BEDRIJVEN

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

Waarom bent u lid van de (bedrijfs) gezondheidsraad?

TOELICHTING BIJ HET INVULLEN

In de vragenlijst komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- het soort bedrijf waar u werkzaam bent
- het personeelsbestand
- de WAO, het ziekteverzuim, de ziektewet en de (bedrijfs)gezondheidszorg
- de medische aanstellingskeuring

INDIEN UW BEDRIJF GEEN AANSTELLINGSKEURINGEN (LAAT) VERRICHT(EN), WORDT U VERZOCHT DE VRAGEN 1 T/M 13 TE BEANTWOORDEN EN VERVOLGENS DE VRAGENLIJST TERUG TE STUREN.

- U kunt de meeste vragen beantwoorden door een kruisje te zetten bij het antwoord van uw keuze.
- Bij een aantal vragen wordt u gevraagd een getal in te vullen.
- Soms staat achter het antwoord dat u gegeven hebt dat u kunt verdergaan met een vraag verderop in de vragenlijst. In een dergelijk geval slaat u één of meer vragen over, omdat die niet op u van toepassing zijn.
- Als u een antwoord wilt verbeteren kunt u dat doen door een streep te zetten door het foute antwoord. Vervolgens kruist u het goede antwoord aan.
- Als een vraag moeilijk te beantwoorden is, probeer dan toch het meest passende antwoord in te vullen. Als u een vraag echt niet wilt of kunt beantwoorden wordt u verzocht de antwoordmogelijkheden op te laten. Wilt u niets veranderen aan de voorgedrukte antwoorden.

Wilt u a.u.b. de ingevulde vragenlijst **binnen twee weken** terug sturen in de bijgesloten antwoord-envelop. Een postzegel is niet nodig.

Heeft u vragen dan kunt u telefonisch contact opnemen met het NIPG-TNO:

Mw. Drs. E. Lourijsen 071-181765
Mw. Drs. S.G. v.d. Heuvel 071-181801

HIERONDER WORDT UW FUNCTIE GEVRAAGD

1. Wat is uw functie in het bedrijf?
- 1 () directie-lid, bedrijfsleiding
 - 2 () hoofd personeelszaken
 - 3 () medewerker personeelszaken
 - 4 () overig (stafffunctionaris, administrateur e.d.)

DE VOLGENDE VRAGEN HEBBEN BETREKKING OP HET BEDRIJF WAAR U WERKZAAM BENT

2. Tot welke bedrijfstak behoort uw bedrijf?
- 1 () landbouw en visserij
 - 2 () delfstoffenwinning
 - 3 () industrie
 - 4 () openbare nutsbedrijven
 - 5 () bouwnijverheid en installatiebedrijven
 - 6 () handel, horeca en reparatiebedrijven
 - 7 () transport-, opslag- en communicatiebedrijven
 - 8 () bank- en verzekeringswezen, zakelijke dienstverlening
 - 9 () overige dienstverlening (bv. onderwijs, gezondheidszorg)
 - 10 () overheid
3. Wilt u aangeven in welke van de volgende categorieën uw bedrijf valt?
- 1 () juridisch zelfstandige vestiging (moederbedrijf)
 - 2 () juridisch zelfstandige nevenvestiging van een concern
 - 3 () juridisch niet-zelfstandige nevenvestiging van een concern
 - 4 () overheid
 - 5 () anders

DE VOLGENDE VRAGEN GAAN OVER HET PERSONEELSBESTAND

4. Wat was de omvang van het totale personeelsbestand van uw bedrijf op 30-juni-1992? (incl. tijdelijke en part-time werknemers) _ _ _ _ werknemers
5. Met hoeveel personen werd in 1991:
- een nieuw dienstverband aangegaan? aantal: _ _ _ _
 - het dienstverband beëindigd? _ _ _ _

DE VOLGENDE VRAGEN GAAN OVER DE WAO, HET ZIEKTEVERZUIM DE ZIEKTEWET EN DE (BEDRIJFS-)GEZONDHEIDSZORG

6. Wat is het aantal werknemers dat in 1990 en 1991 in de **WAO** terecht is gekomen? (Indien niet precies bekend, maakt u dan een schatting)

aantal werknemers in WAO, 1990: _____

aantal werknemers in WAO, 1991:

7. Wat is in 1990 en 1991 in uw bedrijf het **verzuimpercentage** geweest?

verzuimpercentage 1990: _____ %

verzuimpercentage 1991: _____ %

8. Wat is, in het kader van de Ziektewet de verzekeringsvorm van uw bedrijf?
- 1 () omslaglid
2 () eigen risicodragers
3 () afdelingskas
4 () niet van toepassing

omslaglid: Een omslaglid is een werkgever, waarvoor de bedrijfsvereniging waarbij hij/zij is aangesloten, de ziekengeldverzekering voor het personeel volledig verzorgt.

eigen risicodragers: Een eigen risicodrager is een werkgever die zelf het risico van de ziektegedverzekering draagt (er wordt geen premie voor de Ziektewet ingehouden op het loon van de werknemer).

afdelingskas: Een afdelingskas wordt gevormd door een bedrijfsvereniging. De werkgever(s) gezamenlijk met de werknemers, behartigen zelf de uitvoering van de ziekengeldverzekering. De bedrijfsvereniging blijft echter aansprakelijk.

9. Van wie is uw bedrijf afhankelijk voor (bedrijfs-)gezondheidszorg?
- 1 () de eigen Bedrijfs-gezondheidsdienst (BGD)
- 2 () een gezamenlijke BGD
- 3 () afdeling BGZ van een GGD
- 4 () één of meer huisartsen
- 5 () een andere instantie, te weten:
- 6 () niet van toepassing

DE VOLGENDE VRAGEN GAAN OVER DE PERSONEELSAFDELING

Onder **personeelsafdeling** wordt een afdeling verstaan waar tenminste twee functionarissen beide 70 % of meer van hun tijd besteden aan personele aangelegenheden, **exclusief** werkzaamheden ten behoeve van administratieve, medische, kantine of vaktechnische (opleidings-)aspecten.

10. Is er in uw vestiging een **personeelsafdeling** aanwezig?
- 1 () ja (verder naar vraag 13)
- 2 () nee

11. Indien nee, is er een **functionaris** in uw vestiging die zich uitsluitend of overwegend met personele aangelegenheden bezighoudt? 1() ja
2() nee
12. Tot wiens taakgebied behoren in uw bedrijf werving en selectie? 1() personeelsafdeling
2() personeelsfunctionaris
3() directie
4() anders, nl.....

DE VOLGENDE VRAGEN GAAN OVER DE MEDISCHE AANSTELLINGSKEURING

13. Heeft uw bedrijf in 1991 aanstellingskeuringen (laten) verricht(en)? 1() ja
2() nee

INDIEN UW BEDRIJF GEEN AANSTELLINGSKEURINGEN HEEFT (LATEN) VERRICHT(EN) HOEFT U DE VOLGENDE VRAGEN NIET TE BEANTWOORDEN EN WORDT U VERZOCHT DE VRAGENLIJST IN DE BIJGESLOTEN ANTWOORD-ENVELOP TERUG TE STUREN

14. Hoeveel aanstellingskeuringen heeft uw bedrijf in 1991 (laten) verricht(en)? aantal:
(inclusief het aantal aanstellingskeuringen bij interne werving- en selectie/interne overplaatsing) ---
15. Hoe vaak is in 1991 door een kandidaat zelf om een aanstellingskeuring gevraagd? aantal:

16. Hoe vaak is in 1991 een aanstellingskeuring verricht ten behoeve van een interne overplaatsing van een werknemer? aantal:

(indien de aantallen niet precies bekend zijn, maakt u dan een schatting)

17. In hoeveel procent van de wervings- en selectie-procedures maakt een **medische aanstellingskeuring** deel uit van de procedure? 1() 0 %
(inclusief bij interne werving- en selectie/overplaatsing) 2() 1 - 19 %
3() 20 - 39 %
4() 40 - 59 %
5() 60 - 79 %
6() 80 - 100 %

18. Wat is voor uw bedrijf de grondslag voor het ver-
richten van aanstellingskeuringen?
- 1() vastgelegd in wettelijke bepaling(en)
 - 2() vastgelegd in CAO-bepaling
 - 3() onderdeel van individuele arbeidsovereenkomst
 - 4() onderdeel van contract met BGD
 - 5() onderdeel van contract met pensioenfonds
 - 6() onderdeel van contract met andere verzekeringen
 - 7() anders, nl

PROCEDURES EN/OF RICHTLIJNEN TEN BEHOEVE VAN DE AANSTELLINGS- KEURING

19. Worden door uw bedrijf vaste procedures en/of
richtlijnen gehanteerd ten behoeve van de
aanstellingskeuring?
- 1() ja
 - 2() nee (verder naar vraag 22)
20. Door wie zijn deze procedures en/of richtlijnen
opgesteld? (meerdere antwoorden mogelijk)
- () het bedrijf zelf
 - () het moederbedrijf/concern
 - () een extern adviesbureau
 - () het pensioenfonds
 - () de verzekeringsmaatschappij
 - () de Nederlandse Vereniging voor
voor Personeelsbeleid (NVP-code)
 - () CAO-bepalingen
 - () Stichting van de Arbeid (STAR-
aanbevelingen)
 - () anders, nl
21. Op welke van de volgende aspecten hebben
deze procedures en/of richtlijnen betrekking?
(meerdere antwoorden mogelijk)
- () de werkwijze ten aanzien van de
keuring
 - () het opstellen van een functie-
omschrijving
 - () het verlenen van de keuringsop-
dracht aan de arts
 - () het doel van de keuring
 - () de inhoud van de keuring
 - () de verwerking van de uitslag
 - () de herkeuring
 - () anders, nl.....

DE VOLGENDE VRAGEN HEBBEN BETREKKING OP DE FUNCTIES WAARVOOR EEN AANSTELLINGSKEURING PLAATSVINDT

22. Indien voor een functie een aanstellingskeuring wenselijk/noodzakelijk geacht wordt, wordt dit dan vermeld in de advertentie?
- 1() altijd
2() meestal
3() soms
4() nooit
23. Voor welke functies laat uw bedrijf een aanstellingskeuring verrichten?
- 1() voor alle functies
2() uitsluitend voor belastende functies
3() uitsluitend voor lichamelijk belastende functies
4() uitsluitend voor psychische belastende functies
5() anders, namelijk
.....
24. Worden bij de volgende categorieën werknemers in uw bedrijf medische aanstellingskeuringen verricht?
- | | ja | nee | n.v.t. |
|---|-----|-----|--------|
| | (1) | (2) | (3) |
| - full-time werknemers | () | () | () |
| - part-time werknemers | () | () | () |
| - tijdelijke werknemers (bv. uitzendkrachten, seizoenarbeiders) | () | () | () |
| - anders, namelijk:..... | () | () | () |
25. Zijn voor de functies waarvoor gekeurd wordt specifieke eisen geformuleerd aan de hand van functiebeschrijvingen en/of werkplekbeschrijvingen?
- 1() voor alle functies
2() voor de meeste functies
3() voor enkele functies
4() voor geen enkele functie (verder naar vraag 27)
26. Worden de specifieke functie-beschrijvingen (functie-eisen) doorgegeven aan de keurend arts?
- 1() ja, gelijktijdig met de keuringsaanvraag/opdracht
2() ja, als de keurend arts hierom vraagt
3() nee
4() onbekend, weet niet

DE VOLGENDE VRAGEN HEBBEN BETREKKING OP DE ARTS(EN) DIE VOOR UW BEDRIJF DE AANSTELLINGSKEURINGEN VERRICHT(EN)

27. Door wie worden voor uw bedrijf de aanstellingskeuringen verricht?
(meer dan één antwoord is mogelijk)
- () bedrijfsarts(en) van de eigen BGD
() bedrijfsarts(en) van de gezamenlijke BGD waar het bedrijf bij aangesloten is
() huisarts/contractarts
() anders, namelijk:
.....

- | | altijd | meestal | soms | nooit |
|--|--------|---------|------|-------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 28. Door wie wordt de keurend arts/keurende instantie aangewezen? | | | | |
| - door het bedrijf: | () | () | () | () |
| - door de keurling: | () | () | () | () |
| 29. Maakt de keurend arts deel uit van de wervings- en selectie-commissie? | () | () | () | () |

DE VOLGENDE VRAGEN GAAN OVER HET DOEL, HET TIJDSTIP EN DE UITSLAG VAN DE AANSTELLINGSKEURING

- | | |
|--|-------------------------------|
| 30. Zijn er tussen uw bedrijf en de keurend arts(en) (schriftelijke) afspraken gemaakt over het doel van de aanstellingskeuring? | 1() ja |
| | 2() ja, met de meeste artsen |
| | 3() ja, met enkele |
| | 4() nee |
| 31. Bestaat er tussen uw bedrijf en de keurend arts(en) duidelijke overeenstemming over het doel van de keuring? | 1() altijd |
| | 2() meestal |
| | 3() soms |
| | 4() nooit |
| | 5() onbekend |
| 32. Wanneer vindt de aanstellingskeuring plaats? | altijd meestal soms nooit |
| | (1) (2) (3) (4) |
| - in de loop van de wervings- en selectieprocedure (het keuringsresultaat is één van de factoren die van belang zijn bij de aanstelling) | () () () () |
| - na afloop/als sluitstuk van de wervings- en selectieprocedure (dus ná selectie van de kandidaat) | () () () () |
| - ná het in dienst treden van de kandidaat | () () () () |

33. Met welke van de onderstaande doelen laat uw bedrijf een aanstellingskeuring verrichten?	altijd (1)	meestal (2)	soms (3)	nooit (4)
- het opstellen van een arbeidsgrafiek of belastbaarheidsprofiel	()	()	()	()
- het beoordelen van de belastbaarheid van de betrokken persoon (er wordt <u>geen</u> arbeidsgrafiek/belastbaarheidsprofiel opgesteld)	()	()	()	()
- het beoordelen van de vraag of de betrokken <u>persoon</u> medisch geschikt is voor de betreffende functie	()	()	()	()
- het beoordelen van de vraag of de betreffende <u>functie</u> medisch geschikt is voor de betrokken persoon	()	()	()	()
- het beoordelen van risico's van het in dienst nemen voor de werkgever (zoals te verwachten ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, invaliditeit)	()	()	()	()
- het verkrijgen van uitgangswaarden/beginwaarden ten behoeve van vroege opsporing van latere ziekten/afwijkingen	()	()	()	()
- kennismaken van de kandidaat met de Bedrijfsgezondheidszorg (BGZ)/begin BGZ-begeleiding	()	()	()	()
- het voorkómen van risico's voor de gezondheid van de kandidaat	()	()	()	()
- het voorkómen van risico's voor anderen bij het in dienst nemen van de kandidaat	()	()	()	()
- het voldoen aan wettelijke verplichtingen en/of arbeidsovereenkomsten	()	()	()	()
- de keurling te kunnen opnemen in het pensioenfonds of een collectieve verzekering	()	()	()	()
- anders, nl.....	()	()	()	()

DE UITSLAG VAN DE KEURING

34. Op welke van de volgende wijzen wordt de keuringsuitslag door de keurend arts(en) aan uw bedrijf meegedeeld?
- | | altijd
(1) | meestal
(2) | soms
(3) | nooit
(4) |
|---------------------------------------|---------------|----------------|-------------|--------------|
| - mondeling korte verklaring | () | () | () | () |
| - schriftelijk korte verklaring | () | () | () | () |
| - mondeling uitgebreide verklaring | () | () | () | () |
| - schriftelijk uitgebreide verklaring | () | () | () | () |
| - anders, nl..... | () | () | () | () |
35. Wie ontvangt deze uitslag?
- 1() directie
2() personeelsafdeling
3() anders, nl.....
36. Hoe is de keuringsuitslag over het algemeen geformuleerd?
(meer dan één antwoord is mogelijk)
- () medisch geschikt/ongeschikt
() arbeidsgrafiek
() α , β of γ
() medisch geschikt/beperkt geschikt/ongeschikt
() functiegeschiktheid:
1 (geschikt) t/m 6 (ongeschikt)
() functiegeschiktheid :
1 (geschikt) t/m 4 (ongeschikt)
() anders, nl
37. Ontvangt uw bedrijf bij de uitslag aanvullende informatie waarin een oordeel uitgesproken wordt over:
- | | altijd
(1) | meestal
(2) | soms
(3) | nooit
(4) |
|--|---------------|----------------|-------------|--------------|
| - de psychische gesteldheid van de keurling? | () | () | () | () |
| - het risico op ziekteverzuim/arbeidsongeschiktheid van de keurling? | () | () | () | () |
38. Krijgt uw bedrijf inzage in het keuringsrapport van de arts?
- () () () ()
39. Vindt er na de keuring mondeling overleg plaats tussen uw bedrijf en de arts over de kandidaat en/of over de resultaten van de keuring?
- () () () ()
40. Wat is voor uw bedrijf, in het algemeen, de geldigheidsduur van de keuringsuitslag?
- 1() het hele arbeidsleven
2() 5-10 jaar
3() 1-4 jaar
4() minder dan 1 jaar
5() beperkt tot het tijdstip van de keuring
6() anders, namelijk
.....

DE VOLGENDE VRAGEN HEBBEN BETREKKING OP DE KEURLING

41. Brengt uw bedrijf de keurling voorafgaand aan de aanstellingskeuring, op de hoogte van:
- | | altijd
(1) | meestal
(2) | soms
(3) | nooit
(4) |
|--|---------------|----------------|-------------|--------------|
| - de medische eisen voor de functie? | () | () | () | () |
| - het doel van de keuring? | () | () | () | () |
| - de inhoud van de keuring? | () | () | () | () |
| - de rechten en plichten van de keurling? | () | () | () | () |
| - de rechten en plichten van de werkgever? | () | () | () | () |
- (Indien u op alle vijf de vragen nooit hebt geantwoord, kunt u door gaan naar vraag 43)
42. Indien ja, op welke wijze gebeurt dit?
- 1() mondeling
2() schriftelijk
3() zowel mondeling als schriftelijk
43. Door wie wordt de keurling op de hoogte gebracht van de keuringsuitslag?
- | | altijd
(1) | meestal
(2) | soms
(3) | nooit
(4) |
|--------------------------------------|---------------|----------------|-------------|--------------|
| - het bedrijf | () | () | () | () |
| - de keurend arts/keurende instantie | () | () | () | () |
| - de huisarts van de keurling | () | () | () | () |
| - anders, namelijk | () | () | () | () |
44. Indien uw bedrijf de keuringsuitslag meedeelt aan de keurling, hoe gebeurt dit dan?
- 1() mondeling, uitgebreide verklaring
2() mondeling, korte verklaring (standaard)
3() schriftelijk, uitgebreide verklaring
4() schriftelijk, korte verklaring (standaard)
5() anders, namelijk
45. Heeft de keurling na de wervings- en selectie-procedure de mogelijkheid tot herkeuring?
- 1() ja
2() nee (verder naar vraag 48)
46. Wat is het aantal keurlingen dat in 1991 een herkeuring heeft gehad?
(indien niet precies bekend, maakt u dan een schatting)
- 1() 0
2() 1 - 9
3() 10 - 19
4() 20 - 29
5() 30 of meer
47. Wie doet voor uw bedrijf de herkeuring(en)?
- 1() de arts/instantie die ook de eerste keuring heeft gedaan
2() een andere arts/instantie
48. Komt het voor dat een kandidaat weigert aan de aanstellingskeuring (of onderdelen ervan) mee te werken?
- 1() vaak
2() soms
3() nooit
4() onbekend

49. Indien een kandidaat de keuring (of onderdelen ervan) weigert, kan deze kandidaat dan nog in aanmerking komen voor het vervullen van de vacature? 1() altijd
2() meestal
3() soms
4() nooit
50. Komt het voor dat in uw bedrijf de functie/werkplek wordt aangepast om een keurling te kunnen aannemen die anders afgekeurd zou worden? 1() vaak
2() soms
3() nooit

De volgende 2 vragen hoeft u alleen te beantwoorden als u kandidaten tevens laat keuren voor het pensioenfonds.

51. Wanneer de keurling medisch geschikt wordt verklaard voor de functie, betekent dit dan dat hij/zij zonder meer wordt opgenomen in het pensioenfonds? 1() ja
2() nee
52. Komt het voor dat het resultaat van een pensioenkeuring leidt tot afwijzing voor een functie waarvoor een kandidaat medisch goedgekeurd is? 1() vaak
2() soms
3() nooit

HET AANTAL KEURLINGEN DAT MEDISCH GESCHIKT/ONGESCHIKT WAS IN 1991

53. Kunt u hieronder aangeven hoeveel keurlingen in 1991 medisch (beperkt) geschikt of ongeschikt waren?
(indien deze aantallen niet precies bekend zijn maakt u dan een schatting)

aantal:

- medisch geschikt: ---
- beperkt medisch geschikt:
(inclusief voorwaardelijk geschikt,
tijdelijk medisch ongeschikt) ---
- medisch ongeschikt: ---

54. Kunt u hieronder aangeven hoeveel keurlingen per categorie uiteindelijk in uw bedrijf zijn aangesteld in 1991?

aantal
aangesteld:

- medisch geschikt: ---
- beperkt medisch geschikt: ---
- medisch ongeschikt: ---

55. Is er in vergelijking met 1990 sprake van een toename van: ja (1) nee (2) onbekend (3)

het aantal aanstellingskeuringen: () () ()
het aantal geschikt verklaringen: () () ()
het aantal ongeschikt verklaringen: () () ()

DE VOLGENDE VRAGEN GAAN OVER DE KOSTEN VAN DE AANSTELLINGSKEURINGEN

56. Hoe worden de kosten van de aanstellingskeuring gehonoreerd aan de arts?
- 1 () per verrichting
2 () de keuring is een onderdeel van het abonnement per werknemer
3 () anders, nl.....
57. Door wie worden deze kosten betaald?
- 1 () het bedrijf
2 () de keurling
3 () anders, nl.....
58. Wie vergoedt de kosten van een herkeuring?
- 1 () de opdrachtgever
2 () de keurling, in geval van ongelijk
3 () anders, nl.....
59. Wat zijn in 1991 de kosten geweest per aanstellingskeuring? (exclusief personeelskosten)
(Indien dit bedrag niet precies bekend is maakt u dan een schatting)
- bedrag in guldens:
- voor uw bedrijf: - - - - -
- voor overige financiers: - - - - -

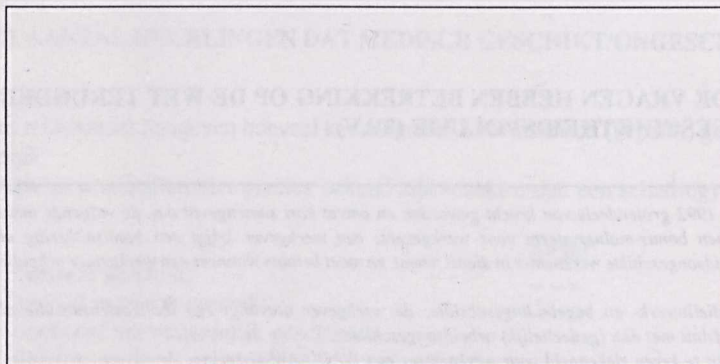
DE VOLGENDE VRAGEN HEBBEN BETREKKING OP DE WET TERUGDRINGING ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVOLUME (TAV)

De TAV is 1 maart 1992 grotendeels van kracht geworden en omvat kort samengevat o.a. de volgende maatregelen:

- invoering van een bonus-malussysteem voor werkgevers; een werkgever krijgt een bonusuitkering als hij een gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemer in dienst neemt, en moet betalen wanneer een werknemer arbeidsongeschikt wordt;
- loonkostensubsidiën in werk- en begeleidingssubsidie; de werkgever ontvangt een loonkostensubsidie als hij een dienstverband afsluit met een (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte;
- verhoging van uit te keren ziekengeld voor werknemers met WAO/AAW-uitkering;
- werkhervatting; de werkgever wordt in de WAO-periode, net als in de Ziektewet verplicht alles te doen om werkhervatting door de arbeidsongeschikte mogelijk te maken.

60. Welke maatregelen heeft u genomen, of gaat u op korte termijn nemen in verband met de invoering van de TAV? (meerdere antwoorden mogelijk)
- () geen maatregelen
() verzuimcontrole verscherpen
() verzuimbegeleiding verbeteren
() arbeidsplaatsverbeteringen doorvoeren
() meer gedeeltelijk arbeidsongeschikten in dienst nemen
() aanstellingskeuring verplichten
() strengere medische selectie toepassen
() formuleren van nieuwe medische eisen per functie
() anders, nl.
.....
() onbekend

61. Wat zijn, volgens u, de maatregelen die andere bedrijven in uw branche genomen hebben, of op korte termijn gaan nemen? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ geen maatregelen
 - ☐ verzuimcontrole verscherpen
 - ☐ verzuimbegeleiding verbeteren
 - ☐ arbeidsplaatsverbeteringen doorvoeren
 - ☐ meer gedeeltelijk arbeidsongeschikten in dienst nemen
 - ☐ aanstellingskeuring verplichten
 - ☐ strengere medische selectie toepassen
 - ☐ formuleren van nieuwe medische eisen per functie
 - ☐ anders, nl.
 - ☐ onbekend
62. Hebt u, tot slot, nog opmerkingen die voor dit onderzoek van belang kunnen zijn?



DE MEDISCHE AANSTELLINGSKEURING

VRAGENLIJST VOOR ARTSEN

November 1992

TOELICHTING BIJ HET INVULLEN

In de vragenlijst komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- uw leeftijd, geslacht en opleiding
- uw werkzaamheden
- de werkwijze die u hanteert bij het doen van aanstellingskeuringen

INDIEN U GEEN AANSTELLINGSKEURINGEN VERRICHT, WORDT U VERZOCHT DE VRAGEN 1 T/M 8 TE BEANTWOORDEN EN VERVOLGENS DE VRAGENLIJST TERUG TE STUREN.

- U kunt de meeste vragen beantwoorden door een kruisje te zetten bij het antwoord van uw keuze.
- Bij een aantal vragen wordt u gevraagd een getal in te vullen.
- Soms staat achter het antwoord dat u gegeven hebt dat u kunt verdergaan met een vraag verderop in de vragenlijst. In een dergelijk geval slaat u één of meer vragen over, omdat die niet op u van toepassing zijn.
- Als u een antwoord wilt verbeteren kunt u dat doen door een streep te zetten door het foute antwoord. Vervolgens kruist u het goede antwoord aan.
- Als een vraag moeilijk te beantwoorden is, probeer dan toch het meest passende antwoord in te vullen. Als u een vraag echt niet wilt of kunt beantwoorden wordt u verzocht de antwoordmogelijkheden op te laten. Wilt u niets veranderen aan de voorgedrukte antwoorden.

Wilt u a.u.b. de ingevulde vragenlijst **binnen twee weken** terug sturen in de bijgesloten antwoord-envelop. Een postzegel is niet nodig.

Heeft u vragen dan kunt u telefonisch contact opnemen met het NIPG-TNO:

Mw. Drs. E. Lourijsen 071-181765
Mw. Drs. S.G. v.d. Heuvel 071-181801

HIERONDER WORDT UW LEEFTIJD, GESLACHT EN OPLEIDING GEVRAAGD

- | | | |
|----|--|---|
| 1. | Wat is uw leeftijd? | -- jaar |
| 2. | Wat is uw geslacht? | 1() man
2() vrouw |
| 3. | Bent u: | 1() huisarts? (verder naar vraag 6)
2() sociaal geneeskundige?
3() medisch specialist?
(verder naar vraag 5)
4() basisarts/arts niet in opleiding
(verder naar vraag 6)
5() anders (verder naar vraag 6) |
| 4. | Indien u sociaal geneeskundige bent, welke
tak der sociale geneeskunde beoefent u dan?

(U kunt na deze vraag door gaan naar vraag 6) | 1() arbeids- en bedrijfsgeneeskunde
2() verzekeringsgeneeskunde
3() anders, nl..... |
| 5. | Indien u medisch specialist bent, welk
specialisme beoefent u dan? | 1() interne geneeskunde
2() neurologie
3() anders, nl..... |
| 6. | Sinds welk jaar bent u geregistreerd dan wel
in opleiding? | 1() geregistreerd, sinds 19 __
2() in opleiding, sinds 19 __
3() n.v.t. |

DE VOLGENDE VRAGEN HEBBEN BETREKKING OP UW WERKZAAMHEDEN

- | | |
|---|---|
| <p>7. Waar bent u werkzaam?</p> | <p>1 () zelfstandige praktijk
 2 () groepspraktijk/maatschap/gezondheidscentrum
 3 () enkelvoudige Bedrijfsgezondheidsdienst (BGD)
 4 () gezamenlijke Bedrijfsgezondheidsdienst (BGD)
 5 () GG & GD / DGD
 6 () RBB
 7 () anders</p> |
| <p>8. Verricht u aanstellingskeuringen?</p> | <p>1 () ja
 2 () nee</p> |

INDIEN U GEEN AANSTELLINGSKEURINGEN VERRICHT HOEFT U DE VOLGENDE VRAGEN NIET TE BEANTWOORDEN EN WORDT U VERZOCHT DE VRAGENLIJST IN DE BIJGESLOTEN ANTWOORDENVELOP TERUG TE STUREN.

9. Hoeveel van de volgende keuringen zijn door u in 1991 verricht?
- | | 0
(1) | 1-9
(2) | 10-49
(3) | 50-99
(4) | 100-meer
(5) |
|--|----------|------------|--------------|--------------|-----------------|
| - medische aanstellingskeuring | () | () | () | () | () |
| - intrede-keuring een pensioenfonds | () | () | () | () | () |
| - intrede-keuring voor collectieve verzekeringen (bv. aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering) | () | () | () | () | () |
| - intrede-keuring voor andere verzekering(en) | () | () | () | () | () |
10. Keurt u een kandidaat bij de aanstellingskeuring op hetzelfde moment tevens voor een pensioenfonds?
- 1() altijd
2() meestal
3() soms
4() nooit (verder naar vraag 14)
11. wordt er ten behoeve van de pensioenkeuring aanvullende informatie verzameld?
- 1() vaak
2() soms
3() nooit
12. wanneer de keuring medisch geschikt wordt verklaard voor de functie, betekent dit dan dat hij/zij zonder meer wordt opgenomen in het pensioenfonds?
- 1() ja
2() nee
13. komt het voor dat het resultaat van een pensioenkeuring leidt tot afwijzing voor een functie, waarvoor een kandidaat medisch goedgekeurd is?
- 1() vaak
2() soms
3() nooit
14. Indien u zowel aanstellingskeuringen als controles in het kader van de Ziektewet doet, verricht u de aanstellingskeuringen dan bij personen (werknemers) waarbij u ook deze controle gaat doen?
- | | altijd
(1) | meestal
(2) | soms
(3) | nooit
(4) |
|--|---------------|----------------|-------------|--------------|
| | () | () | () | () |
15. Maakt u als keurend arts deel uit van de wervings- en selectiecommissie?
- | | () | () | () | () |
|--|-----|-----|-----|-----|
| | | | | |

DE VOLGENDE VRAGEN DIENEN UITSLUITEND BEANTWOORD TE WORDEN DOOR ARTSEN DIE WERKZAAM ZIJN BIJ EEN ENKELVOUDIGE BEDRIJFS-GEZONDHEIDSDIENST (BGD)

Onder een *enkelvoudige BGD* wordt een BGD verstaan die werkt ten behoeve van één werkgever, hetzij van een particuliere onderneming, hetzij van de rijksoverheid (RBB).

(Indien u niet werkzaam bent bij een enkelvoudige BGD kunt u vraag 16 en 17 overslaan)

16. Hoeveel werknemers vallen onder uw zorg? aantal:

17. Welke verzekeringsvorm is in het kader van de Ziektewet van toepassing op het bedrijf waar u aan verbonden bent?
- 1 () omslaglid
2 () afdelingskas
3 () eigen risicodrager
4 () niet van toepassing

omslaglid: Een omslaglid is een werkgever, waarvoor de bedrijfsvereniging waarbij hij/zij is aangesloten, de ziekengeldverzekering voor het personeel volledig verzorgt.

afdelingskas: Een afdelingskas wordt gevormd door een bedrijfsvereniging. De werkgever(s) gezamenlijk met de werknemers, behartigen zelf de uitvoering van de ziekengeldverzekering. De bedrijfsvereniging blijft echter aansprakelijk.

eigen risicodrager: Een eigen risicodrager is een werkgever die zelf het risico van de ziekengeldverzekering draagt (er wordt geen premie voor de Ziektewet ingehouden op het loon van de werknemer).

DE VOLGENDE VRAGEN DIENEN UITSLUITEND BEANTWOORD TE WORDEN DOOR ARTSEN DIE WERKZAAM ZIJN BIJ EEN GEZAMENLIJKE BEDRIJFSGEZONDHEIDSDIENST (BGD)

onder een **gezamenlijke BGD** wordt een BGD verstaan die werkt ten behoeve van verscheidene ondernemingen die gevestigd zijn in een bepaalde regio (incl. afdelingen BGZ van een GGD en categorale BGD-en).

(Indien u niet werkzaam bent bij een gezamenlijke BGD kunt u verder gaan met vraag 20)

18. Hoeveel werknemers vallen onder uw zorg: aantal:
(indien u het aantal niet precies weet, maakt u dan een schatting) - - - -
19. Welke verzekeringsvorm is in het kader van de Ziektewet van toepassing op de bedrijven waar u aan verbonden bent? aantal bedrijven:
- | | |
|----------------------|----|
| omslaglid: | -- |
| een afdelingskas: | -- |
| eigen risicodrager: | -- |
| niet van toepassing: | -- |
| onbekend: | -- |
- (s.v.p. per categorie het aantal bedrijven aangeven)

(zie voor de omschrijving van deze begrippen de toelichting bij vraag 17)

DE VOLGENDE VRAAG IS BESTEMD VOOR ALLE ARTSEN

20. Ten behoeve van welke bedrijfstak verricht u aanstellingskeuringen?
(indien nodig kunt u meer dan één bedrijfstak aankruisen)

- ☐ landbouw en visserij
- ☐ delfstoffenwinning
- ☐ industrie
- ☐ openbare nutsbedrijven
- ☐ bouwnijverheid en installatiebedrijven
- ☐ handel, horeca en reparatiebedrijven
- ☐ transport-, opslag- en communicatiebedrijven
- ☐ bank- en verzekeringswezen, zakelijke dienstverlening
- ☐ overige dienstverlening (bv. onderwijs, gezondheidszorg)
- ☐ overheid

DE VOLGENDE VRAGEN HEBBEN BETREKKING OP DE FUNCTIES WAARVOOR EEN AANSTELLINGSKEURING PLAATSVINDT

21. Bij welk soort functies verricht u een aanstellingskeuring?
- 1 ☐ bij alle soorten functies
 - 2 ☐ bij belastende functies
 - 3 ☐ bij lichamelijk belastende functies
 - 4 ☐ bij psychisch belastende functies
 - 5 ☐ anders, nl.....
22. Bent u op de hoogte van de specifieke arbeidsomstandigheden van de aspirant werknemer door middel van een functiebeschrijving, functie-eisen of een belastingsprofiel?
- 1 ☐ altijd (verder naar vraag 25)
 - 2 ☐ meestal
 - 3 ☐ soms
 - 4 ☐ nooit
23. Indien u hiervan niet altijd op de hoogte bent, informeert u dan naar die functiebeschrijvingen/eisen?
- 1 ☐ ja
 - 2 ☐ nee, tenzij de bevindingen daartoe aanleiding geven
 - 3 ☐ nee (verder naar vraag 25)
24. Bij wie informeert u naar deze functiebeschrijving?
(meer dan één antwoord is mogelijk)
- ☐ de opdrachtgever, directie
 - ☐ personeelszaken
 - ☐ de toekomstige chef van de keuring
 - ☐ een collega bedrijfsarts
 - ☐ een collega huisarts
 - ☐ de keurling zelf
 - ☐ anders, nl.....
25. Is een functie-beschrijving voor u van invloed op:
- | | altijd | meestal | soms | nooit |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) |
| - de inhoud van de keuring? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| - de wijze waarop de kandidaat wordt beoordeeld? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

DE VOLGENDE VRAGEN GAAN OVER DE WERKWIJZE DIE U HANTEERT BIJ DE AANSTELLINGSKEURING

26. Hanteert u een standaard werkwijze ten aanzien van:
- | | | |
|---|-----|-----|
| | ja | nee |
| | (1) | (2) |
| - de inhoud van de keuring? | () | () |
| - de beoordeling van de keuringsresultaten? | () | () |
| - de wijze waarop de keuringsuitslag wordt meegedeeld aan de kandidaat? | () | () |
| - de wijze waarop de keuringsuitslag wordt meegedeeld aan de opdrachtgever? | () | () |
- (indien u alle vier de vragen met nee hebt beantwoord, kunt u door gaan naar vraag 28)
27. Indien u een standaard werkwijze hanteert, welke werkwijze is dat dan?
- | | |
|------|--|
| 1() | van u zelf |
| 2() | van de dienst waar u werkzaam bent |
| 3() | van het bedrijf waar u voor keurt |
| 4() | van de LHV (LHV-basiskeuring) |
| 5() | groene formulieren voor AO |
| 6() | combinatie van bovenstaande werkwijzen |
| 7() | anders, nl..... |
28. Heeft u (bindende) voorschriften met criteria voor geschiktheid tot uw beschikking?
- | | |
|------|----------------------------|
| 1() | ja, voor alle functies |
| 2() | voor de meeste functies |
| 3() | voor enkele functies |
| 4() | nee (verder naar vraag 30) |
29. Houdt u zich aan deze voorschriften?
- | | |
|------|---------|
| 1() | altijd |
| 2() | meestal |
| 3() | soms |
| 4() | nooit |
30. Heeft u richtlijnen tot uw beschikking voor:
- | | | |
|--|-----|-----|
| | ja | nee |
| | (1) | (2) |
| - het doel van de keuring? | () | () |
| - de inhoud van de keuring? | () | () |
| - de beoordeling van de keuringsresultaten? | () | () |
| - de wijze waarop de uitslag wordt meegedeeld? | () | () |
| - anders, nl..... | () | () |

(indien u alle vijf de vragen met nee hebt beantwoord, kunt u doorgaan naar vraag 33)

31. Houdt u zich aan deze richtlijnen?
- | | |
|------|---------|
| 1() | altijd |
| 2() | meestal |
| 3() | soms |
| 4() | nooit |

32. Door wie zijn deze richtlijnen opgesteld?
(meer dan één antwoord is mogelijk)
- () de eigen dienst
() de opdrachtgever
() de KNMG
() de NVAB
() de RBB
() Commissie Hessel (1977)
() het pensioenfonds
() een verzekeringsmaatschappij
() anders, nl.....
33. Indien de inhoud van de keuring niet bepaald wordt door een standaard werkwijze en/of richtlijnen, waardoor wordt de inhoud dan bepaald?
- 1() de functie waarvoor gekeurd wordt
2() eigen inzicht
3() anders, nl.....
4() n.v.t.

DE VOLGENDE VRAGEN GAAN OVER HET DOEL EN HET TIJDSTIP VAN DE AANSTELLINGSKEURING

34. Zijn er tussen de opdrachtgever(s) en u als keurend arts (schriftelijke) afspraken gemaakt over het doel van de aanstellingskeuring?
- 1() ja, met alle opdrachtgevers
2() met de meeste opdrachtgevers
3() met enkele opdrachtgevers
4() nee
35. Bestaat tussen de opdrachtgever(s) en u als keurend arts duidelijke overeenstemming over het doel van de keuring?
- 1() altijd
2() meestal
3() soms
4() nooit
36. Wanneer vindt de aanstellingskeuring plaats?
- | | altijd
(1) | meestal
(2) | soms
(3) | nooit
(4) |
|--|---------------|----------------|-------------|--------------|
| - in de loop van de wervings- en selectieprocedure (het keuringsresultaat is één van de factoren die van belang zijn bij de aanstelling) | () | () | () | () |
| - na afloop/als sluitstuk van de wervings- en selectie procedure (dus ná selectie van de kandidaat) | () | () | () | () |
| - ná het in dienst treden van de kandidaat | () | () | () | () |

37. Met welke van de onderstaande doelen verricht u over het algemeen een aanstellingskeuring?

	altijd (1)	meestal (2)	soms (3)	nooit (4)
- het opstellen van een arbeidsgrafiek of belastbaarheidsprofiel	()	()	()	()
- het beoordelen van de belastbaarheid van de betrokken persoon (er wordt <u>geen</u> arbeidsgrafiek/belastbaarheidsprofiel opgesteld)	()	()	()	()
- het beoordelen van de vraag of de betrokken <u>persoon</u> medisch geschikt is voor de betreffende functie	()	()	()	()
- het beoordelen van de vraag of de betreffende <u>functie</u> medisch geschikt is voor de betrokken persoon	()	()	()	()
- het beoordelen van risico's van het indienstnemen voor de werkgever (zoals te verwachten ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, invaliditeit)	()	()	()	()
- het verkrijgen van uitgangswaarden/beginwaarden ten behoeve van vroege opsporing van latere ziekten/afwijkingen	()	()	()	()
- kennismaken van de kandidaat met de Bedrijfsgezondheidszorg (BGZ)/begin BGZ-begeleiding	()	()	()	()
- het voorkómen van risico's voor de gezondheid van de kandidaat	()	()	()	()
- het voorkómen van risico's voor anderen bij het indienstnemen van de kandidaat	()	()	()	()
- het voldoen aan wettelijke verplichtingen en/of arbeidsovereenkomsten	()	()	()	()
- de keurling te kunnen opnemen in het pensioenfonds of een collectieve verzekering	()	()	()	()
- anders, nl.....	()	()	()	()

DE VOLGENDE VRAGEN GAAN OVER DE INHOUD VAN DE KEURING

38.	Vormt u zich tijdens de aanstellingskeuring een oordeel over:	altijd (1)	meestal (2)	soms (3)	nooit (4)
	- de lichamelijke belastbaarheid van de keurling?	()	()	()	()
	- de psychische belastbaarheid van de keurling?	()	()	()	()
	- de persoon van de keurling?	()	()	()	()
	- te verwachten ziekteverzuim?	()	()	()	()
	- mogelijk ziekteverzuimgedrag?	()	()	()	()
	- specifieke vaardigheden van de keurling? (bv. kleurenzien, handvaardigheid)	()	()	()	()
	- de motivatie van de keurling voor de functie?	()	()	()	()
	- risico op ziekte die het aanvaarden van de functie met zich meebrengt?	()	()	()	()
	- risico op ziekte, invaliditeit of dood?	()	()	()	()
39.	Vraagt u tijdens de keuring, de mening van de keurling zélf omtrent de eigen belastbaarheid? (bv. ten aanzien van staan, stress, lawaai, warmte, continu-diensten)	()	()	()	()
40.	Uit welke van de onderstaande onderdelen bestaat over het algemeen een aanstellingskeuring?	altijd (1)	meestal (2)	soms (3)	nooit (4)
	anamnese:				
	geneeskundige anamnese mondeling	()	()	()	()
	geneeskundige anamnese schriftelijk	()	()	()	()
	werkenamnese (arbeidsverleden)	()	()	()	()
	ziekteverleden	()	()	()	()
	psychiatrisch verleden	()	()	()	()
	lichamelijk onderzoek:				
	oriënterend lichamelijk onderzoek	()	()	()	()
	onderzoek gericht op orgaansystemen	()	()	()	()
	onderzoek gericht op vaardigheden	()	()	()	()
	routine bepalingen:				
	lengte	()	()	()	()
	gewicht	()	()	()	()
	bloed (bv: Hb, BSE)	()	()	()	()
	urine (bv: albumine reductie, sediment)	()	()	()	()
	aanvullend onderzoek:				
	visusbepaling	()	()	()	()
	audiogram	()	()	()	()
	longfunctie-bepaling	()	()	()	()
	electro-cardio-gram (ECG)	()	()	()	()
	allergie test	()	()	()	()
	mantoux-test	()	()	()	()
	X-thorax	()	()	()	()
	anders, nl.....	()	()	()	()

vervolg vraag 40: Uit welke van de onderstaande onderdelen bestaat over het algemeen een aanstellingskeuring?

	altijd (1)	meestal (2)	soms (3)	nooit (4)
aanvullend bloedonderzoek:				
standaard leverfunctie bepaling	()	()	()	()
standaard nierfunctie bepaling	()	()	()	()
HIV-test	()	()	()	()
druggebruik	()	()	()	()
alcoholgebruik	()	()	()	()
erfelijke aandoening	()	()	()	()
overig bloedonderzoek:				
namelijk	()	()	()	()
.....	()	()	()	()

41. Kunt u hieronder aangeven wie, over het algemeen, de verschillende keuringsonderdelen verricht?

met paramedisch personeel wordt bedoeld: (bedrijfs-)verpleegkundige, doktersassistente, personeel van eigen laboratoria, e.d.

met "overig" wordt bedoeld: externe onderzoekslaboratoria/instaties, etc.

	keurend arts (1)	paramedisch personeel (2)	beiden (1 en 2) (3)	overig (4)
anamnese:				
geneeskundige anamnese mondeling	()	()	()	()
geneeskundige anamnese schriftelijk	()	()	()	()
werkanamnese (arbeidsverleden)	()	()	()	()
ziekteverleden	()	()	()	()
psychiatrisch verleden	()	()	()	()
lichamelijk onderzoek:				
oriënterend lichamenlijk onderzoek	()	()	()	()
onderzoek gericht op orgaansystemen	()	()	()	()
onderzoek gericht op vaardigheden	()	()	()	()
routine bepalingen:				
lengte	()	()	()	()
gewicht	()	()	()	()
bloed (bv: Hb, BSE)	()	()	()	()
urine (bv: albumine reductie)	()	()	()	()
aanvullend onderzoek:				
visusbepaling	()	()	()	()
audiogram	()	()	()	()
longfunctie-bepaling	()	()	()	()
electro-cardio-gram (ECG)	()	()	()	()
allergie test	()	()	()	()
mantoux-test	()	()	()	()
X-thorax	()	()	()	()
anders, nl.....	()	()	()	()

vervolg vraag 41: wie verricht, over het algemeen de verschillende keuringsonderdelen?

	keurend arts (1)	paramedisch personeel (2)	beiden (1 en 2) (3)	overig (4)
aanvullend bloedonderzoek:				
standaard leverfunctie bepaling	()	()	()	()
standaard nierfunctie bepaling	()	()	()	()
HIV-test	()	()	()	()
druggebruik	()	()	()	()
alcoholgebruik	()	()	()	()
erfelijke aandoening	()	()	()	()
overig bloedonderzoek:				
namelijk	()	()	()	()

DE BEOORDELING VAN DE KEURLING

42. In welke mate acht u zich deskundig in het beoordelen van:
- | | zeer
deskundig
(1) | voldoende
deskundig
(2) | onvoldoende
deskundig
(3) |
|---|--------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| - de lichamelijke belastbaarheid van de keurling? | () | () | () |
| - de psychische belastbaarheid van de keurling? | () | () | () |
| - de persoon van de keurling? | () | () | () |
| - de motivatie van de keurling voor de betreffende functie? | () | () | () |
| - het mogelijke ziekteverzuim? | () | () | () |
43. Raadpleegt u, of houdt u weleens ruggespraak met onderstaande personen om een oordeel te vormen over de (medische) geschiktheid van een keurling:
- | | altijd
(1) | meestal
(2) | soms
(3) | nooit
(4) |
|---|---------------|----------------|-------------|--------------|
| - behandelend huisarts/specialist? | () | () | () | () |
| - medisch specialist als deskundige? (excl. psychiater) | () | () | () | () |
| - psychiater? | () | () | () | () |
| - psycholoog? | () | () | () | () |
| - collega (bedrijfs-)arts binnen de eigen BGD? | () | () | () | () |
| - collega (bedrijfs-)arts buiten de eigen BGD? | () | () | () | () |
| - andere deskundigen (bv. arbeidskundige, ergonoom) | () | () | () | () |
| - anders, nl..... | () | () | () | () |
44. Indien ja, vraagt u hiervoor toestemming aan de keurling? () () () ()
45. Gebruikt u bij de vorming van een oordeel over de keurling, indien voorhanden, gegevens van vorige keuringen?
- 1 () ja
2 () ja, maar uitsluitend na toestemming van de keurling
3 () nee (door naar vraag 47)

46. Om wat voor keuringen gaat het dan? (meer dan één antwoord mogelijk)
- ☐ eerdere aanstellingskeuringen
 - ☐ keuringen voor militaire dienst
 - ☐ sportkeuringen
 - ☐ keuringen voor een pensioenfonds
 - ☐ keuringen voor een verzekering
 - ☐ anders
47. Hoe komt u tot uw advies over de medische geschiktheid van een keurling? (meer dan één antwoord mogelijk)
- ☐ toetsing aan algemene medische kennis
 - ☐ toetsing aan (bindende) voorschriften
 - ☐ toetsing aan richtlijnen
 - ☐ persoonlijke indruk
 - ☐ anders, nl.....
- altijd meestal soms nooit
- (1) (2) (3) (4)
48. Heeft u na de keuring overleg met de opdrachtgever over een kandidaat?
- ☐ ☐ ☐ ☐
49. Krijgt de opdrachtgever inzage in het keuringsrapport?
- ☐ ☐ ☐ ☐
50. Indien ja: gebeurt dit met toestemming van de keurling?
- ☐ ☐ ☐ ☐

HIERONDER WORDEN VRAGEN GESTELD OVER DE KEURINGSUITSLAG

51. Aan wie deelt u een positieve keuringsuitslag (geschikt, beperkt geschikt) mee?
- 1() alleen aan de opdrachtgever
 - 2() alleen aan de keurling
 - 3() eerst aan de keurling, na diens toestemming, ook aan de opdrachtgever
 - 4() zowel aan de opdrachtgever als aan de keurling
 - 5() anders, namelijk
52. Aan wie deelt u een negatieve keuringsuitslag (ongeschikt) mee?
- 1() alleen aan de opdrachtgever
 - 2() alleen aan de keurling
 - 3() eerst aan de keurling, na diens toestemming, ook aan de opdrachtgever
 - 4() zowel aan de opdrachtgever als aan de keurling
 - 5() anders, namelijk

53. Indien u de keuringsuitslag meedeelt aan de opdrachtgever(s), hoe gebeurt dit dan?
- | | altijd
(1) | meestal
(2) | soms
(3) | nooit
(4) |
|---------------------------------------|---------------|----------------|-------------|--------------|
| - mondeling korte verklaring | () | () | () | () |
| - schriftelijk korte verklaring | () | () | () | () |
| - mondeling uitgebreide verklaring | () | () | () | () |
| - schriftelijk uitgebreide verklaring | () | () | () | () |
| - anders, nl..... | () | () | () | () |
54. Hoe is de keuringsuitslag over het algemeen geformuleerd?
(meer dan één antwoord is mogelijk)
- | | |
|-----|--|
| () | medisch geschikt/ongeschikt |
| () | arbeidsgrafiek |
| () | α , β of γ |
| () | medisch geschikt/beperkt geschikt/ongeschikt |
| () | functiegeschiktheid: 1 (geschikt) t/m 6 (ongeschikt) |
| () | functiegeschiktheid: 1 (geschikt) t/m 4 (ongeschikt) |
| () | anders, nl |
55. Komt het voor dat u de opdrachtgever, naar aanleiding van de resultaten van een keuring, het advies geeft de werkplek/functie aan te passen om de keurling in dienst te kunnen nemen?
- | | vaak
(1) | soms
(2) | nooit
(3) |
|--|-------------|-------------|--------------|
| | () | () | () |
56. Komt het voor dat u in de keuringsuitslag een uitspraak doet over:
- | | | | |
|--|-----|-----|-----|
| - de psychische gesteldheid van de keurling? | () | () | () |
| - het risico op ziekteverzuim/arbeidsongeschiktheid van de keurling? | () | () | () |

DE VOLGENDE VRAAG GAAT OVER HET AANTAL KEURLINGEN DAT (BEPERKT) MEDISCH GESCHIKT OF ONGESCHIKT WAS IN 1991

57. Kunt u hieronder aangeven hoeveel van de door u gekeurde kandidaten medisch geschikt, beperkt medisch geschikt of medisch ongeschikt waren in 1991? (Indien niet precies bekend, maakt u dan een schatting)
- | | aantal: |
|--|---------|
| - medisch geschikt | --- |
| - beperkt medisch geschikt
(incl. voorwaardelijk medisch geschikt
en tijdelijk medisch geschikt) | --- |
| - medisch ongeschikt
(incl. advies tot terugtrekken uit procedure) | --- |

- | | ja | nee | onbekend |
|--|-----|-----|----------|
| | (1) | (2) | (3) |
| 58. Is er in vergelijking met 1990 sprake van een toename van: | | | |
| het aantal aanstellingskeuringen: | () | () | () |
| het aantal geschikt verklaringen: | () | () | () |
| het aantal ongeschikt verklaringen: | () | () | () |

DE VOLGENDE VRAGEN GAAN OVER DE GELDIGHEID VAN DE AANSTELLINGSKEURING

- | | | |
|--|------|---|
| 59. Is het volgens u mogelijk met behulp van de medische aanstellingskeuring zoals die nu plaatsvindt, de medische geschiktheid van een persoon voor een functie te bepalen? | 1() | altijd |
| | 2() | meestal |
| | 3() | soms |
| | 4() | nooit |
| 60. Wat is volgens u, in het algemeen de geldigheidsduur van de keuringsuitslag? | 1() | het hele arbeidsleven |
| | 2() | 5-10 jaar |
| | 3() | 1-4 jaar |
| | 4() | minder dan 1 jaar |
| | 5() | beperkt tot het tijdstip van de keuring |
| | 6() | anders, nl..... |
| | | |

DE VOLGENDE VRAGEN HEBBEN BETREKKING OP DE KEURLING

- | | | |
|--|-----|-----|
| 61. Brengt u de keurling vóór de keuring op de hoogte van: | ja | nee |
| | (1) | (2) |
| - het doel van de keuring? | () | () |
| - de inhoud van de keuring? | () | () |
| - aspecten van de functies? (bv. ten aanzien van risico's, en de medische eisen) | () | () |
| - rechten en plichten van de keurling? | () | () |

(Indien u alle vier de vragen met nee hebt beantwoord kunt u door gaan naar vraag 63)

- | | | |
|--|------|----------------------------------|
| 62. Indien ja, hoe brengt u de keurling op de hoogte? | 1() | mondeling |
| | 2() | schriftelijk |
| | 3() | zowel mondeling als schriftelijk |
| 63. Indien u bij een aanstellingskeuring uitgangswaarden vastlegt voor de verdere bedrijfsgeneeskundige begeleiding, gebeurt dit dan met instemming van de keurling? | 1() | ja |
| | 2() | nee |
| | 3() | n.v.t. |

64. Komt het voor dat een keurling weigert aan de aanstellingskeuring of onderdelen hiervan, mee te werken? 1() vaak
2() soms
3() nooit
65. Bespreekt u voorafgaand aan de beoordeling van de medische geschiktheid, uw overwegingen met de keurling? 1() altijd
2() meestal
3() soms
4() nooit
66. Heeft de keurling ná de keuring een nabespreking met u of iemand namens u? 1() ja, altijd
2() ja, als de keurling dit wenst
3() ja, indien
.....
4() nee
67. Kan de keurling, indien hij/zij dat wenst, de keuringsgegevens inzien? 1() ja
2() nee, tenzij via een vertrouwenspersoon(-arts)
3() nee
68. Ontvangt de keurling een kopie van de keuringsuitslag aan de opdrachtgever als deze positief is? 1() altijd
2() meestal
3() soms
4() nooit
69. Ontvangt de keurling een kopie van de keuringsuitslag aan de opdrachtgever als deze negatief is? 1() altijd
2() meestal
3() soms
4() nooit
70. Indien u de keuringsuitslag meedeelt aan de keurling, hoe gebeurt dit dan? altijd meestal soms nooit
(1) (2) (3) (4)
- mondeling korte verklaring () () () ()
- schriftelijk korte verklaring () () () ()
- mondeling uitgebreide verklaring () () () ()
- schriftelijk uitgebreide verklaring () () () ()
- anders, nl..... () () () ()
71. Indien een keurling naar uw oordeel ongeschikt blijkt voor een bepaalde functie, geeft u hem/haar dan het advies zich uit de sollicitatieprocedure terug te trekken? 1() altijd
2() meestal
3() soms
4() nooit
72. Hoe vaak heeft u in 1991 een keurling het advies gegeven zich terug te trekken uit de sollicitatieprocedure? (Indien niet precies bekend maakt u dan een schatting) aantal:

73. Heeft de keurling, indien hij/zij dat wenst, de mogelijkheid tot herkeuring (onder een herkeuring wordt een formele procedure verstaan in vervolg op een uitspraak van de opdrachtgever)?*
- 1() ja
2() nee
74. Wie verricht (indien nodig) een herkeuring van een kandidaat die door u is afgekeurd?
- 1() u zelf
2() een collega-arts binnen de eigen dienst/praktijk
3() een andere arts/instantie
4() anders, nl.....
5() n.v.t.

DE VOLGENDE VRAGEN HEBBEN BETREKKING OP HET AFKEUREN BIJ EEN AANSTELLINGSKEURING

75. Heeft u ná 1-1-1991 één of meer keurlingen afgekeurd? (uitslag 'medisch ongeschikt')
- 1() ja
2() nee (verder naar vraag 79)
76. Wat zijn voor u sinds 1-1-1991 de belangrijkste redenen geweest om keurlingen af te keuren?

Indien u om verschillende redenen keurlingen heeft afgekeurd, wilt u dan de belangrijkste reden het cijfer 1 geven, de wat minder belangrijke reden het cijfer 2 en zo verder.

- voorkómen van risico's voor het bedrijf, zoals te verwachten ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid ..
- voorkómen van risico's voor anderen ..
- voorkómen van risico's voor een verzekeringsmaatschappij ..
- aanwezigheid van een ziekte/aandoening ..
- verhoogde kans op het ontstaan van een ziekte/aandoening door het werk ..
- anders, namelijk ..

rangorde:

* Hiermee wordt dus geen 'second opinion' bedoeld.

**HIERONDER WORDT EEN AANTAL VRAGEN GESTELD OVER DE KANDIDAAT
DIE U ALS LAATSTE HEEFT AFGEKEURD**

77. Wat was de reden van deze afkeuring?
- 1() voorkómen van risico's voor het bedrijf, zoals te verwachten ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid
 - 2() voorkómen van risico's voor anderen
 - 3() voorkómen van risico's voor een verzekeringsmaatschappij
 - 4() aanwezigheid van een ziekte/aandoening
 - 5() aanwezigheid van een ziekte/aandoening die het uitoefenen van de functie belemmert
 - 6() verhoogde kans op het ontstaan van een ziekte/aandoening door het werk
 - 7() anders, namelijk
78. Hoe was de keuringsuitslag geformuleerd?
- 1() als advies aan de opdrachtgever dat de keurling medisch ongeschikt is voor de beoogde functie
 - 2() als advies aan de opdrachtgever dat het aanpassen van de functie/werkplek wenselijk is voor tewerkstelling
 - 3() als advies aan de huisarts van de keurling dat nader onderzoek/contact wenselijk is
 - 4() anders, namelijk

DE VOLGENDE VRAGEN HEBBEN BETREKKING OP DE WET TERUGDRINGING ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVOLUME (TAV)

De TAV is 1 maart 1992 grotendeels van kracht geworden en omvat kort samengevat o.a. de volgende maatregelen:

- invoering van een bonus-malussysteem voor werkgevers; een werkgever krijgt een bonusuitkering als hij een gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemer in dienst neemt, en moet betalen wanneer een werknemer arbeidsongeschikt wordt;
- loonkostensubsidie/inwerk- en begeleidingssubsidie; de werkgever ontvangt een loonkostensubsidie als hij een dienstverband afsluit met een (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte;
- verhoging van uit te keren ziekengeld voor werknemers met WAO/AAW-uitkering;
- werkhervatting; de werkgever wordt in de WAO-periode, net als in de Ziektewet verplicht alles te doen om werkhervatting door de arbeidsongeschikte mogelijk te maken.

79. Is er bij het bedrijf/de bedrijven waarvoor u keurt, naar uw mening sprake van de volgende maatregelen, als gevolg van de TAV?
(meer dan één antwoord mogelijk)
- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | verzuimcontrole verscherpen |
| ☐ | verzuimbegeleiding verbeteren |
| ☐ | arbeidsplaatsverbeteringen doorvoeren |
| ☐ | meer gedeeltelijk arbeidsongeschikten in dienst nemen |
| ☐ | aanstellingskeuring verplichten |
| ☐ | strengere medische selectie toepassen |
| ☐ | formuleren van nieuwe medische eisen per functie |
| ☐ | geen maatregelen |
| ☐ | anders, nl. |
| ☐ | |
| ☐ | onbekend |

80. Heeft u, tot slot, nog opmerkingen die voor het onderzoek van belang kunnen zijn?

Bijlage D: Overzicht van de variabelen

Thema's uit het kabinetsstandpunt

a. Alleen AK, wanneer er medische eisen aan de functie verbonden zijn.

b. Doelstelling moet beoordeling medische geschiktheid zijn, en niet het vermijden van verzuimrisico.

c. Geen standaardvragen, standaardonderzoeken, vragen naar het ziekteverleden, psychiatrische verleden, gebruik van alcohol, drugs of geneesmiddelen, alleen wanneer de aard van de functie daartoe aanleiding geeft.

d. Alleen standaardonderzoeken op vrijwillige basis, als uitgangspunt voor verdere bedrijfsgeneeskundige begeleiding. (geen invloed op uitslag)

f. Uitslag van andere keuringen (bv. pensioenkeuring) mogen niet van invloed zijn op de beoordeling. Wenselijk dat kandidaat zonder PK wordt opgenomen in pensioenregeling.

g. rechtspositie van de keurling:
- informatie medische eisen;
- info inhoud en doel AK;

- als eerste keuringsuitslag;

- rapportage aan opdrachtgever;

- zonder toestemming geen inlichtingen vragen of geven over de keuring;
- inzage keuringsdossier keurling;

- recht op herkeuring;

vragenlijst bedrijven

23. voor welke functies AK?
25. functie-eisen geformuleerd?
26. functie-eisen doorgegeven aan arts?

30. zijn er afspraken over doel AK?
31. overeenstemming doel?
33. doelen aanstellingskeuring.

-

52. kan resultaat PK leiden tot afwijzing voor functie waarvoor kandidaat medisch is goedgekeurd?
51. goedgekeurd, automatisch voor PK? afgekeurd PK, in aanmerking voor functie?

41. keurling vooraf op de hoogte gebracht van medische eisen, doel/inhoud keuring, rechten/plichten keurling en werkgever.
42. op welke wijze?

43. keurling door wie op de hoogte gebracht van uitslag?
44. indien ja, hoe?

39. overleg arts/bedrijf na de keuring.
34. wijze van mededelen keuringsuitslag.
35. uitslag aan wie meegedeeld?
36. formulering uitslag.
37. oordeel psychische gesteldheid/risico arbeidsongeschiktheid/verzuim.

38. bedrijf inzage keuringsrapport.

45. herkeuring mogelijk?
46. aantal herkeuringen?
47. wie doet de herkeuring?

vragenlijst artsen

21. voor welke functies AK?
22. functiebeschrijving o.i.d. ontvangen?
23. zelf geïnformeerd?
24. bij wie?
25. invloed functie-beschrijving?
34. zijn er afspraken over doel AK?
35. overeenstemming doel?
37. doelen aanstellingskeuring.
75. na 1/1/91 kandidaten afgekeurd?
76. redenen voor afkeuring.
77. laatste reden voor afkeuring.
78. laatste formulering.
38. vormt tijdens AK oordeel over
39. mening keurling zelf omtrent eigen belastbaarheid.
40. onderdelen AK
45. gebruik gegevens vorige keuringen.
46. welke keuringsgegevens?

63. onderzoek uitgangswaarden, met instemming van de keurling?

10. tevens keuring voor pensioenfonds.
11. aanvullende info t.b.v. PK.
12. automatisch opname PK.
13. PK-uitslag leidt tot afwijzing.

61. keurling vooraf op de hoogte gebracht van medische eisen, doel/inhoud keuring, aspecten van de functies, rechten en plichten.
62. indien ja, hoe?
65. bespreking overwegingen met keurl.
66. nabespreking met keurling.
51. mededeling positieve uitslag?
52. mededeling negatieve uitslag?
67. inzage keuringsgegevens.
68/69 kopie keuringsuitslag (pos/neg).
70. mededelen uitslag aan keurling.

48. overleg opdrachtgever na keuring.
53. mededelen uitslag aan bedrijf.

54. formulering keuringsuitslag.
56. uitspraak psychische gesteldheid + risico verzuim/a.o.

49. bedrijf inzage keuringsrapport.
50. inzage met/zonder toestemming.
44. vraagt toestemming keurling voor raadplegen anderen.
73. herkeuring mogelijk?
74. door wie?

TAV-vragen

a. Grondslag van de keuring.

b. Aantallen keuringen.

c. Invloed van de wet.

vragenlijst bedrijven

18. wat is de grondslag van de keuring.

13. AK laten verrichten?

14. aantal AK-en in 1991.

15. hoe vaak door kandidaat zelf om AK gevraagd.

16. aantal vaak AK t.b.v. overplaatsing.

17. hoeveel % maakt AK deel uit van de werving- en selectieprocedure?

53. aantal keurlingen '91, uitgesplitst naar geschikt, beperkt geschikt, ongeschikt.

55. toename 1991.

54. keurlingen aangesteld, (zelfde uitsplitsing).

60. welke maatregelen genomen?

61. welke maatregelen door andere bedrijven genomen?

48. komt weigering AK voor?

49. vacaturevervulling dan mogelijk?

50. aanpassing functie/werkplek?

vragenlijst artsen

9. hoeveel van de genoemde keuringsactiviteiten zijn verricht?

57. hoeveel door u gekeurd, uitgesplitst naar geschikt, beperkt geschikt en ongeschikt.

58. toename 1991.

79. welke maatregelen heeft het bedrijf/de bedrijven genomen.

64. komt weigering AK voor?

71. advies terugtrekking.

72. hoe vaak voorgekomen?

55. advies werkplekaanpassing?

Andere aanbevelingen

a. Vroege melding van de aanstellingskeuring (b.v. in advertentie)

b. De kosten van de AK zijn voor rekening van de opdrachtgever.

c. De AK vindt plaats vóór de indiensttreding, na de selectieperiode.

d. Keurend arts mag geen deel uitmaken van de selectiecommissie.

e. Keurend arts dient kundig te zijn (b.v. een bedrijfsarts).

f. De werkgever mag de keuringsarts aanwijzen, keurling mag bezwaar aantekenen.

g. De waarde van de AK is in het algemeen beperkt tot tijdstip van keuring of functie waarvoor gekeurd wordt.

22. aanstellingskeuring vermeld in advertentie?

56. hoe wordt arts gehonoreerd?

57. door wie betaald?

58. kosten herkeuring?

59. wat zijn de kosten geweest?

32. wanneer vindt de AK plaats?

29. arts in selectiecommissie?

12. van wie afhankelijk voor BGZ?

27. wie verricht AK?

28. door wie wordt arts aangewezen?

40. geldigheidsduur keuringsuitslag

36. wanneer vindt de AK plaats?

15. arts in selectiecommissie?

42. mate van deskundigheid.

60. geldigheidsduur keuringsuitslag

Algemene vragen

Respondent kenmerken.

Slot

vragenlijst bedrijven

8. verzekeringsvorm.
2. bedrijfstak.
1. functie in het bedrijf respondent.
3. categorie bedrijf (moederbedrijf/nevenvestiging)
4. personeelsbestand.
5. personeelsmutaties.
6. % werknemers in WAO gekomen.
7. verzuimpercentage.
10. personeelsafdeling aanwezig.
11. personeelsfunctionaris aanwezig.
12. werving en selectie, wiens taakgebied?

62. slotopmerkingen (open vraag).

vragenlijst artsen

- 17/19. verzekeringsvorm bedrijf.
20. bedrijfstak.
1. leeftijd.
2. geslacht.
3. soort arts.
4. soort sociaal geneeskundige.
5. specialisme.
6. sinds wanneer geregistreerd? (of in opleiding)
7. waar werkzaam.
8. verricht aanstellingskeuringen.
14. combinatie AK & controle voor de Ziektewet.
- 16/18. aantal werknemers onder uw zorg.

80. slotopmerkingen (open vraag).

Bijlage E: Weging van de responsgroepen in 1988 en 1992

Een van de meest gebruikte technieken om de steekproef te corrigeren voor de nadelige effecten van unit non-respons, is wegen. De idee achter wegen is om aan de responderende bedrijven gewichten toe te kennen. Deze gewichten moeten zodanig zijn dat ondervertegenwoordigde groepen een hoger gewicht krijgen dan oververtegenwoordigde groepen. Voor het bepalen van de gewichten is gebruik gemaakt van de verdeling van de bedrijven in de oorspronkelijke steekproeven van kleine, middelgrote en grote bedrijven. In de steekproeven zijn de bedrijven evenredig verdeeld over de bedrijfstakken (c.q. vormen een goede afspiegeling van de kleine, middelgrote en grote bedrijven in Nederland). Omdat daarmee bekend is hoe de verdeling van de responsgroepen over de bedrijfstakken had moeten zijn, kan voor elke bedrijfstak als volgt het gewicht worden berekend:

$$(100 / \text{percentage bedrijven in de responsgroep}) \times \text{percentage bedrijven in de steekproef} = \text{gewicht}$$

In onderstaande tabellen zijn de betreffende gegevens weergegeven voor de drie steekproeven in 1988 en 1992.

Kleine bedrijven 1988	% van de responsgroep	% in de steekproef	gewicht
landbouw & visserij	5	4	0.8
delfstoffenwinning	-	-	0
industrie	7	8	1.14
nutsbedrijven	-	-	0
bouwnijverheid, installatiebedrijven	9	7	0.77
handel/horeca & reparatie	50	54	1.08
transport, opslag & communicatie	5	5	1
bank, verzekering & zakelijke dienstverlening	17	14	0.82
overige dienstverlening	6	7	1.16
overheid	1	1	1

Middelgrote bedrijven 1988	% van de responsgroep	% in de steekproef	gewicht
landbouw & visserij	4	2	0.5
delfstoffenwinning	.4	.4	1
industrie	19	20	1.05
nutsbedrijven	-	.1	0
bouwnijverheid, installatiebedrijven	17	16	0.94
handel/horeca & reparatie	25	29	1.16
transport, opslag & communicatie	5	6	1.2
bank, verzekering & zakelijke dienstverlening	19	11	0.58
overige dienstverlening	2	3	1.5
overheid	9	10	1.11

Grote bedrijven 1988	% van de respons-groep	% in de steekproef	gewicht
landbouw & visserij	.5	1	2
delfstoffenwinning	.3	.3	1
industrie	29	34	1.17
nutsbedrijven	2	1	0.5
bouwnijverheid, installatiebedrijven	7	10	1.43
handel/horeca & reparatie	10	10	1
transport, opslag & communicatie	6	5	.83
bank, verzekering & zakelijke dienstverlening	12	11	.92
overige dienstverlening	2	3	1.5
overheid	30	26	.87

Kleine bedrijven 1992	% van de responsgroep	% in de steekproef	gewicht
landbouw & visserij	5	4	0.8
delfstoffenwinning	-	-	1
industrie	7	7	1
nutsbedrijven	-	-	1
bouwnijverheid, installatiebedrijven	5	6	1.2
handel/horeca & reparatie	44	51	1.16
transport, opslag & communicatie	6	4	0.67
bank, verzekering & zakelijke dienstverlening	22	19	0.86
overige dienstverlening	11	9	0.82
overheid	.5	.5	1

Middelgrote bedrijven 1992	% van de responsgroep	% in de steekproef	gewicht
landbouw & visserij	2	3	1.5
delfstoffenwinning	-	-	1
industrie	18	17	0.94
nutsbedrijven	-	-	1
bouwnijverheid, installatiebedrijven	12	13	1.08
handel/horeca & reparatie	36	36	1
transport, opslag & communicatie	5	8	1.6
bank, verzekering & zakelijke dienstverlening	15	14	0.93
overige dienstverlening	6	5	0.83
overheid	6	5	0.83

Grote bedrijven 1992	% in de responsgroep	% in de steekproef	gewicht
landbouw & visserij	1	1	1
delfstoffenwinning	-	.1	0
industrie	34	31	0.91
nutsbedrijven	2	1	0.5
bouwnijverheid, installatiebedrijven	9	8	0.89
handel/horeca & reparatie	12	17	1.42
transport, opslag & communicatie	9	10	1.11
bank, verzekering & zakelijke dienstverlening	14	12	0.86
overige dienstverlening	6	6	1
overheid	15	15	1

Bijlage F: Achtergrondkenmerken van de bedrijven

tabel F.1

Totaal aantal bedrijven per achtergrondkenmerk en percentage keurende bedrijven per kenmerk voor de kleine en grote bedrijven in 1988 en 1992

	1988				1992			
	klein		groot		klein		groot	
	totaal	% keurend	totaal	% keurend	totaal	% keurend	totaal	% keurend
<u>personeel aangenomen in 1987</u>								
ja	243	21	363	83	311	24	344	77
nee/onbekend	40	3	18	50	51	2	26	42
<u>verzekeringsvorm Ziektewet</u>								
omslaglid	208	11	175	72	263	16	209	68
eigen risicodragers	26	69	122	97	19	79	97	96
afdelingskas	11	-	25	72	22	9	24	58
<u>(bedrijfs-)gezondheidszorg</u>								
eigen BGD	16	31	73	93	17	24	57	90
gezamenlijke BGD	61	39	172	90	80	46	158	85
1 of meer huisartsen	37	30	36	81	35	26	26	65
n.v.t.	137	4	44	25	177	5	50	18
<u>aanwezigheid personeelsafdeling</u>								
ja	11	27	276	91	28	50	279	81
nee	262	19	101	58	332	18	89	52