

Ser. 4
553-3

SZW

Ministerie van Sociale Zaken
en Werkgelegenheid

De praktijk van de medische aanstellingskeuring in Nederland

Een samenvattend verslag van een aantal
onderzoeken naar de omvang, uitvoering en
kwaliteit van medische aanstellingskeuringen

S 53-3

Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden



NIA1114271

De praktijk van de medische aanstellingskeuring in Nederland

Een samenvattend verslag van een aantal
onderzoeken naar de omvang, uitvoering en
kwaliteit van medische aanstellingskeuringen

E.C.M.P. Lourijsen
W.L.A.M. de Kort
J. Dam

Nederlands Instituut voor
Arbeidsomstandigheden NIA
bibliotheek-documentatie-informatie
De Boelelaan 32, Amsterdam-Buitenveldert

ISN-nr.
plaats
datum

7203
R59, 4, 553-3
20 NOV. 1991

**Onderzoek uitgevoerd in opdracht van het
Directoraat-Generaal van de Arbeid door het
Nederlands Instituut voor Praeventieve
Gezondheidszorg/TNO**

november 1991

CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag

Lourijsen, E.C.M.P.

De praktijk van de medische aanstellingskeuring in Nederland: een samenvattend verslag van een aantal onderzoeken naar de omvang, uitvoering en kwaliteit van medische aanstellingskeuringen / E.C.M.P. Lourijsen, W.L.A.M. de Kort, J. Dam. - Den Haag: Arbeidsinspectie, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. - ([Studie / Arbeidsinspectie], ISSN 0921-9218; S 53-3)

NIPG-publicatienummer 91.057. - Met lit. opg.

ISBN 90-5307-216-0

Trefw.: medische keuringen; Nederland.

VOORWOORD

De medische aanstellingskeuring is een veel gebruikt selectie-instrument in de procedure van werving en selectie. Het doel, de inhoud en de uitvoering van de aanstellingskeuring is echter vaak onderwerp van discussie geweest. Dit heeft in de 70-er jaren geleid tot diverse codes en richtlijnen. Hoewel er, met name ten aanzien van het doel van de aanstellingskeuring, een redelijke consensus leek te bestaan kwamen er steeds meer berichten dat de praktijk niet (meer) in overeenstemming was met deze codes en richtlijnen. Dit was niet in de laatste plaats te wijten aan het gebruik van (nieuw) voorspellend medisch onderzoek, zoals tests op seropositiviteit voor het HIV en onderzoek naar genetische aanleg.

Het Directoraat-Generaal van de Arbeid (DGA) van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid rekent de bedrijfsgezondheidszorg, waarvan het geneeskundig onderzoek bij de aanstelling onderdeel behoort te zijn, tot haar beleidsterrein. Omdat de uitvoering van een aanstellingskeuring grote gevolgen voor de sollicitant kan hebben, is het een ongewenste situatie dat de betrokken partijen de praktijk van de aanstellingskeuring op verschillende wijze invullen. Niet alleen is de uitslag van de keuring dikwijls een beslissende factor voor het krijgen van de baan, maar ook kan het uitvoeren van de keuring een inbreuk betekenen op fundamentele rechten van de keurling, zoals het non-discriminatie beginsel, het recht op privacy en het recht op integriteit van het lichaam. De aanstellingskeuring mag uitsluitend dienen ter beoordeling van de *medische* geschiktheid van de sollicitant voor de beoogde functie. De medische geschiktheid zou moeten inhouden, dat de keurling de werkzaamheden naar behoren kan verrichten zonder dat zulks schade oplevert voor de eigen gezondheid en/of veiligheid en zonder benadeling van de veiligheid en/of gezondheid van derden. Het DGA streeft er in haar beleid op dit terrein naar, dat de uitvoering (vorm en inhoud) van de aanstellingskeuring strikt doelgebonden is, waarbij de rechten van de keurling gewaarborgd zijn.

Voordat er beleidsstappen ondernomen werden, bestond er behoefte om een beter beeld te krijgen van de praktijk rond de aanstellingskeuring en om inzicht te krijgen in de waarde van de aanstellingskeuring als selectie-instrument. Aan

het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO is daartoe een onderzoeksopdracht gegeven. In samenwerking met het Medisch Biologisch Laboratorium TNO is gedurende drie jaar een aantal onderzoeken verricht, waarvan de resultaten in voorliggend verslag zijn samengevat. Tevens wordt een aantal aanbevelingen gedaan richting sociale partners, artsen en overheid.

Deze onderzoeksresultaten en de aanbevelingen voor beleid zullen voor DGA één van de uitgangspunten vormen bij de besluitvorming omtrent te nemen beleidsstappen. Wetgeving met betrekking tot rechten van keurlingen vormt één van de mogelijkheden, maar de nadruk zal liggen op voorlichting en stimulering van betrokken partijen: sociale partners en artsen-organisaties. Ook de overheid zal, als werkgever en grootste opdrachtgever tot het doen van medische keuringen, tot de doelgroepen gerekend worden.

De onderzoeksresultaten en aanbevelingen - uiteraard voor rekening van de onderzoekers - zijn mede tot stand gekomen onder het wakend oog van een breed samengestelde begeleidingscommissie. In de begeleidingscommissie hadden gedurende de hele looptijd van het project of een belangrijk deel daarvan de volgende leden zitting: mevrouw C.M. Voermans-Neleman, (voorzitter) arts (Diaconessenhuis Voorburg); mevrouw drs. A. Muusse-Schrevel (DGA); mevrouw mr. V. Kooy, arts (DGA); H. Hoolboom, bedrijfsarts (NIPG); drs. J. Jol (DGA); mr. N.J.J. van Kesteren (RCO); A.W. Onstein (DGA); A. de Rooy, bedrijfsarts (DGA); mr. A.P.M.G. Schoenmaeckers (NCW); drs. H.P.W. Schmitz (FNV); J. Schreurs, bedrijfsarts (NVAB); dr. J. Verbeek, bedrijfsarts (UvA); drs. D. Wallenburg (DGA); dr. P.A. van Wely, bedrijfsarts; drs. A. Woltmeijer (CNV);

Directoraat-Generaal van de Arbeid,

...

Voorzitter begeleidingscommissie,
mevrouw C.M. Voermans-Neleman,
arts

INHOUD

SAMENVATTING	i
1. INLEIDING	1
1.1 Waarom onderzoek naar medische aanstellingskeuringen in Nederland?	1
1.2 Hoe de kwaliteit van de aanstellingskeuring te meten?	2
1.3 Vraagstellingen en opzet van de uitgevoerde deelprojecten	3
1.4 Opbouw van het rapport	5
2. RESULTATEN	6
2.1 Het jaarlijks aantal aanstellingskeuringen in Nederland	6
2.2 Kosten van aanstellingskeuringen per jaar	6
2.3 Het soort bedrijven dat aanstellingskeuringen laat verrichten	6
2.4 Het soort artsen dat aanstellingskeuringen verricht	7
2.5 (Technische) Mogelijkheden van de aanstellingskeuring	8
2.6 Doel van de aanstellingskeuringen volgens bedrijven en artsen	9
2.7 Onderdelen van de aanstellingskeuring	10
2.8 Besluitvorming bij aanstellingskeuringen	11
2.9 Percentage keurlingen dat jaarlijks wordt afgekeurd	13
2.10 Belangrijkste afkeuringsredenen	13
2.11 Mate waarin wordt voldaan aan de rechten en plichten van de bedrijven, keurlingen en artsen bij aanstellingskeuringen	14
3. BESCHOUWING NAAR AANLEIDING VAN DE ANTWOORDEN OP DE ONDERZOEKSVRAGEN	17
3.1 Evaluatie van de huidige situatie	17
3.2 Voorstellen voor aanpak	21
3.2.1 Wat zouden de sociale partners kunnen doen?	21
3.2.2 Wat zouden de artsen(-organisaties) kunnen doen?	22
3.2.3 Wat zou de overheid kunnen doen?	23
LITERATUUR	26

SAMENVATTING

In dit rapport wordt verslag gedaan van de resultaten van een onderzoeksproject op het gebied van de medische aanstellingskeuring. Het project heeft tot doel gehad inzicht te verschaffen in de omvang, de kosten, de uitvoering en de zin van de aanstellingskeuring als selectie-instrument. In het kader van het onderzoeksproject zijn zes deelonderzoeken uitgevoerd, te weten: 1) een literatuurevaluatie, 2) een enquête-onderzoek onder artsen en bedrijven, 3) een uitvoerbaarheidsstudie betreffende onderzoek naar de kwaliteit van de aanstellingskeuring als selectie-instrument, 4) een voorstudie naar het besluitvormingsproces bij aanstellingskeuringen, 5) een analyse van keuringsresultaten in een grote bedrijfsgezondheidsdienst en 6) een onderzoek naar de reproduceerbaarheid van de keuringsuitslag.

Op basis van de resultaten van de deelonderzoeken wordt het volgende geconcludeerd:

- Naar schatting worden jaarlijks tussen de 165.000 en 350.000 medische aanstellingskeuringen verricht. Het bedrag dat hiermee gemoeid is ligt tussen de 22 en 40 miljoen gulden.
- De (technische) mogelijkheden voor het vaststellen van de belastbaarheid van een kandidaat zijn beperkt. Hetzelfde geldt voor de mogelijkheden voor het voorspellen van gezondheidsrisico's of het voorspellen van het risico op ziekteverzuim.
- De uniformiteit in de gehanteerde keuringsprocedures ten aanzien van doel, inhoud, besluitvorming en de rechten en plichten van betrokkenen bij deze keuringen blijkt gering:
 - * de algemene doelstelling van de aanstellingskeuring - het beoordelen van de medische geschiktheid van een sollicitant voor een beoogde functie - wordt op uiteenlopende wijzen geïnterpreteerd;
 - * gezien de verschillen tussen artsen als het gaat om de inhoud van de keuring, blijkt er geen sprake te zijn van een eenduidige handeling of methode als men het heeft over deze keuringen;
 - * veelal ontbreken duidelijke richtlijnen en/of harde geschiktheidscriteria om de keuringsresultaten te kunnen vertalen naar een uitspraak over de medische geschiktheid van een kandidaat voor een functie;

- * de thans gehanteerde procedures ten aanzien van rechten en plichten van de bedrijven, keurlingen en artsen bij een aanstellingskeuring, wijken nog belangrijk af van de daartoe opgestelde aanbevelingen. Zo kunnen er bijvoorbeeld kanttekeningen worden geplaatst bij de zorgvuldigheid van de inrichting en uitvoering van de keuring gezien de grote verschillen tussen artsen wat betreft de inhoud van de keuring en de beoordeling van de resultaten;
- Wanneer ervaren bedrijfsartsen hun oordeel moeten geven over de geschiktheid van een kandidaat voor een bepaalde functie, blijkt de onderlinge overeenstemming over dat oordeel gering te zijn.

Naar aanleiding van deze bevindingen wordt beargumenteerd dat wanneer selectie door middel van een aanstellingskeuring wenselijk of zelfs noodzakelijk wordt geacht (de pretentie van artikel 25 van de Arbowet), een overtuigende onderbouwing van de noodzaak en het nut van een aanstellingskeuring op zijn plaats lijkt. In die onderbouwing dient een accent te worden gelegd op de mogelijkheden voor preventie middels de aanstellingskeuring, in het bijzonder ten aanzien van de gezondheids en veiligheidsrisico's voor betrokkene en/of diens omgeving die het uitoefenen van de functie met zich meebrengt. Tevens dient daarbij het doel, de inhoud en de procedure van de aanstellingskeuring zorgvuldig te worden aangegeven.

Het rapport besluit met aanbevelingen in de richting van de sociale partners, de keurende artsen en de overheid. De aanbevelingen geven aan op welke wijze de genoemde partijen kunnen bijdragen aan de bedoelde onderbouwing van de aanstellingskeuring als selectie-instrument en daarmee aan de verbetering van de huidige keuringspraktijk.

1. INLEIDING

1.1 Waarom onderzoek naar medische aanstellingskeuringen in Nederland?

Vele werknemers, zowel in het particuliere bedrijfsleven als bij de overheid, worden medisch gekeurd voordat een aanstelling in een nieuwe baan plaats vindt. Deze keuringen bij in dienst treden kunnen van belang zijn om mogelijke toekomstige schade aan de gezondheid van de betrokkene of anderen te helpen voorkomen. Bij de keuring wordt in principe de gezondheidstoestand van een aspirant-werknemer vastgesteld, in het bijzonder zijn of haar fysieke en/of mentale belastbaarheid. De resultaten van dit onderzoek worden beoordeeld ten opzichte van de verwachte functie-eisen van de geambieerde functie, zijnde de belasting. De uitslag van de keuring is het resultaat van de theoretische afweging die plaatsvindt in het belasting-belastbaarheidsmodel. Zo kan althans de gangbare gedachte over de aanstellingskeuring omschreven worden.

Jaarlijks zijn grote sommen geld gemoeid met de uitvoering van aanstellingskeuringen. Daarom wordt reeds sinds vele jaren de vraag gesteld of de vele kosten die gepaard gaan met het grote aantal aanstellingskeuringen in Nederland, wel zinvol besteed zijn. Beantwoorden deze keuringen wel aan hun doel, dat wil zeggen leiden ze wel tot een adequaat inzicht in de belastbaarheid van de aspirant-werknemer in het algemeen en meer in concreto tot inzicht in die belastbaarheid in relatie tot de belasting van de beoogde functie.

De inhoud en betekenis van de aanstellingskeuring zijn voorts de laatste jaren weer in de aandacht gekomen vanwege de mogelijke bijdrage van deze keuring aan het voorkomen van (al dan niet beroepsgebonden) arbeidsongeschiktheid. Met name het testen op seropositiviteit voor het HIV (Aids) virus, onderzoek naar erfelijke aanleg en het controleren van aspirant-werknemers op het gebruik van alcohol of drugs, staan ter discussie.

Op de achtergrond speelt mee dat de overheid, met het inwerking treden van artikel 25 van de Arbowet (1 januari 1988), de mogelijkheid heeft, voor bepaalde functies, een medische aanstellingskeuring verplicht te stellen. Voor concretisering van het beleid op dit punt is inzicht nodig in de mogelijkheden die medische aanstellingskeuringen hebben te bieden. De medische keuring zal in die gevallen immers als *selectie-instrument* worden gehanteerd en van selectie-instrumenten mag worden verwacht dat zij een terecht onderscheid maken in kandidaten die geschikt dan wel ongeschikt zijn voor de geambieerde functie.

Echter, vanwege de ondoorzichtigheid van de praktijk van de aanstellingskeuringen in Nederland en onduidelijkheid over de waarde van deze keuringen, is in opdracht van het Directoraat-Generaal van de Arbeid (DGA) van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, eind 1987 een onderzoeksproject op dit terrein van start gegaan. Dit project, dat in totaal 3 jaar heeft geduurd en is uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, daarbij ondersteund vanuit het Medisch Biologisch Laboratorium TNO, heeft tot doel gehad inzicht te verschaffen in de omvang, de kosten, de uitvoering en de zin van de aanstellingskeuring als selectie-instrument. Dit inzicht kan een bijdrage leveren aan het keuringsbeleid van de overheid, in casu het uitvoering geven aan artikel 25 van de Arbo-wet.

Alvorens in te gaan op de vraagstellingen die in het onderzoeksproject aan de orde zijn geweest, zullen in de volgende paragraaf eerst enkele begrippen worden verduidelijkt die betrekking hebben op de kwaliteit van de aanstellingskeuring.

1.2 Hoe de kwaliteit van de aanstellingskeuring te meten?

Validiteit, betrouwbaarheid en voorspellende waarde kunnen als graadmeters worden gezien voor de kwaliteit van de aanstellingskeuring als selectie-instrument.

De *validiteit* van een medische aanstellingskeuring zegt iets over de mate waarin met de keuring inzicht kan worden verkregen in de geschiktheid van een sollicitant voor een functie. De aanstellingskeuring is valide als ze een terecht onderscheid maakt tussen personen die, vanuit medisch oogpunt bezien, geschikt zijn voor de functie en personen die dat niet zijn.

Of de aanstellingskeuring valide is hangt onder meer af van de (technische) mogelijkheden die er zijn voor diagnostiek, met name als het gaat om het vaststellen van de belastbaarheid van een keurling of het schatten van gezondheidsrisico's in relatie tot de belasting van de beoogde functie. Echter ook de betrouwbaarheid waarmee de keuring(sonderdelen) plaatsvindt kan van invloed zijn op de validiteit van de keuring.

De *betrouwbaarheid*, ook wel de reproduceerbaarheid, van een medische aanstellingskeuring zegt iets over de *mate van overeenstemming* tussen de keuringsuitslagen die verkregen worden wanneer een keuring meer dan eens wordt toegepast bij dezelfde aspirant-werknemer voor dezelfde situatie. De keuring is betrouwbaar als ze bij herhaalde toepassing bij één persoon resulteert in dezelfde beslissing over de medische geschiktheid.

Een geringe betrouwbaarheid werkt altijd door op de validiteit van de keuring. Over het algemeen kan gesteld worden dat de betrouwbaarheid van de keuring het

best gewaarborgd is, indien men de omstandigheden waaronder de keuring wordt uitgevoerd zoveel mogelijk gelijk houdt.

Een derde graadmeter voor de kwaliteit van de aanstellingskeuring is de voorspellende waarde van een keuringsuitslag. De *voorspellende waarde* van een keuringsuitslag geeft aan hoe groot de kans is dat een persoon die geschikt (ongeschikt) wordt geacht bij de keuring, later inderdaad geschikt (ongeschikt) blijkt te zijn voor het uitoefenen van de functie.

1.3 Vraagstellingen en opzet van de uitgevoerde deelprojecten

In het nu volgende worden de vraagstellingen van het Onderzoeksproject Medische Aanstellingskeuringen besproken. Hierbij is een onderscheid gemaakt in 1) algemene vraagstellingen gericht op het verwerven van inzicht in de omvang en de kosten van het keuren in Nederland en 2) vraagstellingen die samenhangen met de kwaliteit van de aanstellingskeuringen. De paragraaf besluit met een beknopte samenvatting van de deelprojecten.

Algemene vraagstellingen betreffende de aanstellingskeuring

Om meer inzicht te krijgen in het jaarlijks aantal aanstellingskeuringen in Nederland, de daarmee gepaard gaande kosten, het soort bedrijven dat deze keuringen aanvraagt en het soort artsen dat deze keuringen verricht, zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Hoeveel aanstellingskeuringen worden in Nederland jaarlijks verricht?
2. Welke kosten zijn daarmee gemoeid?
3. Welke bedrijven laten aanstellingskeuringen verrichten?
4. Welke artsen verrichten aanstellingskeuringen?

Vraagstellingen betreffende de kwaliteit van de aanstellingskeuring

Met betrekking tot de kwaliteit van de aanstellingskeuring hebben de volgende *globale vragen* in dit onderzoeksproject centraal gestaan:

- Kan met een aanstellingskeuring inzicht in de geschiktheid van een sollicitant worden verkregen?
- Is er sprake van uniformiteit in het keuringsproces, met name ten aanzien van het doel en de inhoud van de aanstellingskeuring en de besluitvorming bij deze keuringen?
- Worden bij een aanstellingskeuring de juiste procedures met betrekking tot de rechten en plichten van de betrokken partijen in acht genomen?

- Wat is de relatie tussen de resultaten van medisch onderzoek en het keuringsresultaat?

Om een antwoord te kunnen geven op deze globale vragen zijn de volgende, meer concrete onderzoeksvragen geformuleerd en onderzocht:

5. Wat zijn de (technische) mogelijkheden van de aanstellingskeuring om de geschiktheid van een aspirant werknemer vast te stellen?
6. Met welk(e) doel(en) wordt een aanstellingskeuring verricht?
7. Uit welke onderdelen bestaat de aanstellingskeuring?
8. Hoe verloopt het besluitvormingsproces bij een (gemiddelde) aanstellingskeuring?
9. Welk percentage keurlingen wordt jaarlijks goed- en afgekeurd?
10. Wat zijn de belangrijkste afkeuringsredenen en in hoeverre zijn keuringsuitslagen reproduceerbaar?
11. In welke mate wordt bij een aanstellingskeuring voldaan aan de rechten en plichten van de betrokken partijen?

Opzet van de uitgevoerde deelprojecten

Ter beantwoording van de elf onderzoeksvragen zijn de onderstaande deelprojecten uitgevoerd:

- Een literatuurstudie naar de (technische) mogelijkheden van de aanstellingskeuring als selectie-instrument (1), waarbij voor een ruim aantal keuringsonderdelen is nagegaan in welke mate deze voldoen aan de in paragraaf 1.2 genoemde kwaliteitscriteria (Onderzoeker: W.L.A.M. de Kort).
- Een vragenlijstonderzoek onder ruim 2350 Nederlandse bedrijven en 1700 artsen (2) met als doel inzicht te verkrijgen in de huidige keuringspraktijk, met name ten aanzien van het aantal keuringen dat plaatsvindt, het doel van deze keuringen en de inhoud ervan, alsmede het percentage goed- en afgekeurden. (Onderzoeker: E.C.M.P. Lourijzen, adviseurs: H. Hoolboom, W.L.A.M. de Kort).
- Een interview-onderzoek onder tien keurende artsen (3) met als doel meer inzicht te geven in het keurings- en besluitvormingsproces bij aanstellingskeuringen. Dit onderzoek was in eerste instantie als voorstudie bedoeld voor een groter opgezet enquête-onderzoek onder keurende artsen. Echter vanwege een aantal kanttekeningen die bij de haalbaarheid van onderzoek naar de besluitvorming kan worden geplaatst, is besloten dit enquête-onderzoek niet te laten plaatsvinden. (Onderzoeker: E.C.M.P. Lourijzen, adviseur: J.Dam).
- Een dossieronderzoek bij de Rijks Bedrijfsgezondheids- en Bedrijfsveiligheidsdienst (RBB) bestaande uit twee delen. Deel I, de bestandsanalyse (4), is gericht geweest op de vraag in hoeverre afkeuringen gerelateerd zijn aan de

functie waarvoor gekeurd werd. Deel II, het panelonderzoek (5), is gericht geweest op de vraag naar de mate van overeenstemming tussen ervaren beoordelaars in het oordeel over de medische geschiktheid van bepaalde kandidaten. (Onderzoekers: W.L.A.M. de Kort (Deel I, II) en H.W. Post Uiterweer (Deel II)).

De meeste deelprojecten (de literatuurstudie uitgezonderd) hebben betrekking gehad op de betrouwbaarheid van de aanstellingskeuring en de gehanteerde procedures en in veel mindere mate op de validiteit en de voorspellende waarde van de aanstellingskeuring. De reden hiervoor moet vooral worden gezocht in het feit dat, blijkens een uitvoerbaarheidsstudie (6), de mogelijkheden voor onderzoek naar de validiteit en de voorspellende waarde van de aanstellingskeuring beperkt zijn. Het ontbreken van gegevens over het (later) functioneren van afgekeurden - nodig om te kunnen beoordelen of de afkeuringen terecht zijn geweest - is hier debet aan. Tevens ontbreekt een 'gouden standaard' die uitsluitsel zou kunnen geven over de medische geschiktheid van een keurling.

1.4 Opbouw van het rapport

De opbouw van dit rapport is als volgt. In hoofdstuk 2 worden de belangrijkste resultaten per onderzoeksvraag besproken. In hoofdstuk 3 wordt vervolgens een opsomming gegeven van de belangrijkste knelpunten ten aanzien van de kwaliteit van de aanstellingskeuring, gevolgd door suggesties en aanbevelingen ter verbetering van de huidige situatie. De aanbevelingen richten zich tot de sociale partners, de artsen(-organisaties) en de overheid.

2. RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de antwoorden gegeven op de elf onderzoeksvragen die in het eerste hoofdstuk zijn geformuleerd. De antwoorden op de vragen over het aantal keuringen en de keurende bedrijven en artsen, worden behandeld in paragraaf 2.1 tot en met 2.4. Deze paragrafen hebben tot doel het kader te schetsen voor de bevindingen in de volgende paragrafen (2.5 tot en met 2.11) waarin de antwoorden op de vragen rond de kwaliteit van de aanstellingskeuringen worden weergegeven.

2.1 Het jaarlijks aantal aanstellingskeuringen in Nederland

Schattingen op basis van gerapporteerde keuringsaantallen door zowel bedrijven als artsen in het vragenlijstonderzoek én gegevens over het aantal keurende bedrijven en artsen (2), doen vermoeden dat het totaal aantal aanstellingskeuringen dat jaarlijks wordt verricht tussen de 165.000 en 350.000 ligt.

Nederland telt ruim 6 miljoen werknemers en kent een gemiddeld jaarlijks personeelsverloop (inclusief overplaatsingen) van rond de 10%, hetgeen neerkomt op ruim 600.000 te vervullen vacatures. Dit betekent dus dat tussen de 28% en 58% van alle nieuwe werknemers medisch gekeurd wordt voordat ze in een nieuwe functie beginnen. Overigens zal bij een interne overplaatsing niet altijd een nieuwe aanstellingskeuring plaatsvinden.

2.2 Kosten van aanstellingskeuringen per jaar

Uit het vragenlijstonderzoek (2) is naar voren gekomen dat een aanstellingskeuring gemiddeld *f* 125.- kost. Voor kleine bedrijven (minder dan 100 werknemers) kost een keuring gemiddeld zelfs *f* 136,-. Een eenvoudige rekensom leert dan dat, uitgaande van 165.000 tot 350.000 aanstellingskeuringen per jaar, hier jaarlijks een aanzienlijk bedrag mee gemoeid is, namelijk zo'n 22 tot 40 miljoen gulden.

2.3 Het soort bedrijven dat aanstellingskeuringen laat verrichten

Indien bedrijven worden onderscheiden naar het aantal werknemers dat ze hebben, dan blijken met name de grote bedrijven, dat wil zeggen bedrijven met meer dan 100 werknemers, aanstellingskeuringen te laten verrichten. Het percentage keurende bedrijven bedraagt hier 82%. Kleinere bedrijven met 10 tot 100 werknemers,

laten in veel mindere mate keuringen verrichten. Voor deze categorie ligt het percentage keurende bedrijven op slechts 19%. Bij de kleinste bedrijven (minder dan 10 werknemers) wordt nagenoeg niet gekeurd. Gemiddeld hebben de grote bedrijven in 1987 zo'n 90 kandidaten laten keuren en de kleine bedrijven 6 kandidaten.

Behalve van de bedrijfsgrootte is het al dan niet keuren ook afhankelijk van de bedrijfstak waartoe een bedrijf behoort. Het percentage keurende bedrijven is relatief laag in de landbouw (5%), de bouwnijverheid (14%) en de handel (16%). Dat in de bouwnijverheid relatief weinig keurende bedrijven voorkomen zou kunnen samenhangen met het feit dat in deze bedrijfstak niet zo zeer sprake is van een aanstellingskeuring voorafgaand aan het in dienst treden van een nieuwe werknemer, maar van een aanstellingsonderzoek dat plaatsvindt als een nieuwe werknemer al een paar maanden in dienst is. Het percentage keurende bedrijven is relatief hoog voor bedrijven behorende tot de industrie (57%), transport (56%) en de overheid (88%). Met name voor overheidsbedrijven ligt dit percentage hoog omdat een keuring voor een aanstelling als rijksambtenaar wettelijk geregeld c.q. verplicht is (7).

Tenslotte, blijken er nog enkele duidelijke verschillen te bestaan tussen bedrijven die wel en bedrijven die geen aanstellingskeuringen laten verrichten, als het gaat om enkele 'achtergrondkenmerken'. Bedrijven die bijvoorbeeld eigen-risico drager in het kader van de ziektewet zijn, laten beduidend vaker keuren dan bedrijven die omslaglid zijn of aan een afdelingskas deelnemen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de eigen-risico dragende bedrijven er naar streven de kans op ziekteverzuim of uitval van een nieuwe werknemer zo laag mogelijk te houden en hiervoor de aanstellingskeuring als selectie-instrument hanteren.

Verder blijken bedrijven met een personeelsafdeling/functionaris aanzienlijk vaker keuringen te laten verrichten dan bedrijven zonder een dergelijke afdeling of functionaris. Tot slot, laten bedrijven die een bepaalde vorm van bedrijfsgezondheidszorg ontvangen (via een eigen of gezamenlijke BGD) beduidend vaker keuringen doen dan bedrijven die een dergelijke zorg niet ontvangen.

2.4 Het soort artsen dat aanstellingskeuringen verricht

De aanstellingskeuringen in Nederland worden overwegend door bedrijfsartsen en huisartsen verricht. Medisch specialisten en verzekeringsgeneeskundigen verrichten nagenoeg geen aanstellingskeuringen. Voorts blijkt het aantal keurende artsen af te nemen naar mate de leeftijd toeneemt; de keuringen worden dus met name door de jongere artsen verricht.

Het gemiddeld aantal aanstellingskeuringen per jaar voor bedrijfsartsen ligt op 223 terwijl dit aantal voor huisartsen veel lager ligt, namelijk op 35. Toch wijken de aantallen in absolute zin voor deze twee groepen niet veel van elkaar af. Dit is een gevolg van het feit dat er veel meer keurende huisartsen (ruim 4000) zijn dan keurende bedrijfsartsen (bijna 800).

Wel zijn er enkele verschillen tussen de keurende huisartsen en bedrijfsartsen ten aanzien van het soort bedrijven waarvoor de keuringen worden verricht. Huisartsen keuren wat vaker dan bedrijfsartsen voor de kleinere bedrijven (minder dan 100 werknemers). Daarnaast keuren in verhouding meer huisartsen voor bedrijven in de sectoren "handel & horeca" en "bank & verzekeringswezen". Waarschijnlijk is dit een gevolg van het feit dat deze bedrijven minder vaak beschikken over een eigen BGD of zijn aangesloten bij een gezamenlijke BGD.

2.5 (Technische) Mogelijkheden van de aanstellingskeuring

Aanstellingskeuringen worden verricht vanuit de veronderstelling dat daarmee het gestelde doel kan worden bereikt: Men hoopt gezondheidsschade in verband met arbeid ten dele te voorkomen en onder andere ziekteverzuim (door arbeidsgebonden aandoeningen) te helpen verlagen. Echter, er blijkt weinig tot geen onderzoeksmateriaal voorhanden te zijn waaruit kan worden afgeleid dat de aanstellingskeuring een bijdrage levert aan dit doel (1).

Door middel van de literatuurstudie is getracht antwoord te krijgen op de vraag óf met een aanstellingskeuring inzicht kan worden verkregen in de geschiktheid van een sollicitant en of de keuring als selectie-instrument bruikbaar is. Daartoe is voor verschillende keuringsonderdelen (tests) nagegaan of ze voldoen aan de eerder geformuleerde kwaliteitscriteria (validiteit, betrouwbaarheid voorspellende waarde).

Uit het literatuuronderzoek komt naar voren dat weliswaar de technische mogelijkheden om personen te onderzoeken groot zijn, met name in de curatieve gezondheidszorg, maar dat de toepasbaarheid ervan ten aanzien van selectie door keuringen, daarmee geen gelijke tred heeft gehouden. Gespiegeld aan de verschillende criteria, ontkomt bijna geen enkel keuringsonderdeel aan een kritische kanttekening, bijvoorbeeld ten aanzien van de nauwkeurigheid waarmee beoogde kenmerken kunnen worden vastgesteld, de standaardisering van de gebruikte onderzoeksmethoden en het voorspellend vermogen van keuringsonderdelen. Er zijn slechts weinig tests die kunnen aangeven dat de relatie tussen belasting en belastbaarheid belangrijk verstoord is.

2.6 Doel van de aanstellingskeuringen volgens bedrijven en artsen

Zowel bedrijven, als artsen zijn van mening dat het accent van de keuring, conform het kabinetsstandpunt in deze (8), ligt op het beoordelen van de medische geschiktheid van de kandidaat voor de functie. Echter uit de vele andere doelstellingen die door de bedrijven en artsen worden genoemd, kan worden afgeleid dat het "beoordelen van de medische geschiktheid" op velerlei wijzen wordt ingevuld. De verschillen in doelstellingen worden hieronder toegelicht.

Bedrijven hanteren de aanstellingskeuring vooral om financiële risico's en/of risico's voor de kandidaat te laten beoordelen. Daarnaast laten bedrijven keuringen verrichten om te voldoen aan wettelijke verplichtingen of om de kandidaat te kunnen opnemen in een pensioenfonds. Met betrekking tot dit laatste punt is niet geheel duidelijk of bedrijven de aanstelling van een kandidaat ook afhankelijk stellen van de uitslag van de pensioenkeuring, hetgeen in strijd zou zijn met het kabinetsstandpunt (8).

Een relatief klein aantal bedrijven benut de keuring tevens om uitgangswaarden vast te leggen ten behoeve van vroegdiagnostiek en/of continue begeleiding, dan wel om de kandidaat kennis te laten maken met de bedrijfsgezondheidszorg.

Voor de bedrijfsartsen ligt het accent vooral op het voorkómen van risico's voor de kandidaat, de beoordeling of de functie geschikt is voor de kandidaat en de beoordeling van de belastbaarheid van de kandidaat. Deze doelstellingen lijken goed aan te sluiten bij de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) na advies van de Commissie Beroepsuitoefening en Ethiek (CBE) van deze vereniging (9). Bovendien worden door bedrijfsartsen relatief vaker bedrijfsgeneeskundige doelstellingen gehanteerd zoals het verkrijgen van uitgangswaarden ten behoeve van een continue begeleiding en vroegdiagnostiek dan wel het laten kennismaken met de bedrijfsgezondheidszorg. Huisartsen beoordelen tijdens de keuring met name de (financiële) risico's voor de werkgever, zoals ziekteverzuimrisico en dergelijke.

Overigens zijn de meeste ondervraagde artsen en bedrijven (onafhankelijk van elkaar) wel van mening dat er tussen beide partijen duidelijke overeenstemming bestaat over de doelstelling van de aanstellingskeuring. Opmerkelijk is in dit verband dat huisartsen veelal deze mening zijn toegedaan, terwijl de meeste van deze artsen te kennen hebben gegeven hierover nooit afspraken te hebben gemaakt met het opdrachtgevende bedrijf (2).

Tenslotte blijkt een verband te bestaan tussen het verrichten van ziektewetcontroles enerzijds en het doel van de keuring anderzijds. Bedrijfsartsen die tevens

ziektewetcontroles doen, verrichten de aanstellingskeuring vaker om risico's voor de werkgever en/of om de belastbaarheid van de kandidaat te beoordelen, dan de overige artsen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat artsen, die ook ziektewetcontroles doen, de aanstellingskeuring verrichten om eventuele latere problemen met de ziektewetuitkering of uitkeringen in het kader van de AAW en WAO te voorkómen. Hoewel de aanstellingskeuring in deze zin geen wettelijke verplichting is, wordt de wettelijke regeling klaarblijkelijk wel als legitimatie voor het verrichten van aanstellingskeuringen gehanteerd.

2.7 Onderdelen van de aanstellingskeuring

Het begrip aanstellingskeuring staat niet voor een eenduidig vastgestelde handeling of methode. De diversiteit is enorm, al kunnen wel enkele algemene kenmerken worden aangegeven.

Doorgaans bestaat de aanstellingskeuring uit:

- 1) een geneeskundige anamnese, die mondeling, door middel van een vraaggesprek en/of met behulp van een schriftelijke vragenlijst wordt afgenomen. De vragenlijsten die hiervoor worden gebruikt hebben veelal een algemene strekking; voor diverse functies zijn soms aanvullende vragenlijsten beschikbaar.
- 2) het lichamelijk onderzoek, dat overigens aanzienlijk kan variëren in uitgebreidheid, onder andere afhankelijk van de functie waarvoor gekeurd wordt. Door sommige artsen wordt lichamelijk onderzoek geheel achterwege gelaten, tenzij de bevindingen uit de vragenlijst of het vraaggesprek dan wel de functie daartoe aanleiding geven.
- 3) aanvullend onderzoek, zoals laboratoriumonderzoek aan bloed en urine, röntgenonderzoek van diverse organen (onder andere thorax-foto's) en specifieke functietests zoals een longfunctieonderzoek, een (inspannings)-cardiogram, een gehoortest, een gezichtsscherptebeoordeling of spierkrachtmetingen. Aanvullend onderzoek komt het meest voor bij aanstellingskeuringen door bedrijfsartsen.

De uitgebreidheid en samenstelling van een aanstellingskeuring wordt onder meer bepaald door de functie waarvoor wordt gekeurd, het doel dat met de keuring wordt nagestreefd en door de mogelijkheden en inzichten van de keurende arts of instantie. Veelal wordt bij een aanstellingskeuring een standaard werkwijze gehanteerd, gebaseerd op keuringsleidraden of richtlijnen die door personen, bedrijven of instanties zijn opgesteld. Bedrijfsartsen voeren de keuring uit conform de werkwijze van de dienst waar men werkzaam is. Huisartsen verrichten de keuringen veelal volgens de richtlijnen van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)/KNMG, waarmee waarschijnlijk het LHV-keuringsformulier dan wel de KNMG-richtlijnen worden bedoeld. Deze KNMG-richtlijnen hebben overigens

vooral betrekking op de procedurele aspecten van de aanstellingskeuring en zijn niet direct gericht op de inhoud van de keuring.

Daar waar de inhoud van de keuring niet wordt bepaald door een standaard werkwijze of door richtlijnen, blijkt met name voor bedrijfsartsen de functie waarvoor gekeurd wordt een rol te spelen, terwijl huisartsen de keuring meer naar eigen inzicht invullen.

2.8 Besluitvorming bij aanstellingskeuringen

Uit het vragenlijstonderzoek (2) blijkt dat bijna driekwart van de keurende huisartsen voor geen enkele functie richtlijnen of (bindende) voorschriften met geschiktheidscriteria hanteert ter beoordeling van de keuringsresultaten. Het beeld bij de bedrijfsartsen is iets gunstiger maar ook hier hanteert een kwart van de artsen voor geen enkele functie geschiktheidscriteria. Verder blijkt een kwart van de artsen geen vaste werkwijze te hanteren bij de beoordeling van de keuringsresultaten.

De vraag is dan ook op basis waarvan een arts beoordeelt of de keurling medisch geschikt is of niet. Zowel uit het vragenlijstonderzoek (2) als uit het interviewonderzoek onder tien keurende artsen naar de besluitvorming bij aanstellingskeuringen (3), komt naar voren dat artsen in wisselende mate zo'n 8 á 9 aspecten bij het beoordelen van de medische geschiktheid meewegen. Zowel medische als niet-medische beoordelingsaspecten blijken door elkaar een rol te spelen, zoals: de lichamelijke en psychische belastbaarheid van de kandidaat; risico's voor de gezondheid van de kandidaat als gevolg van het uitoefenen van de functie; (financiële) risico's voor het bedrijf, voor derden en/of voor het pensioenfonds indien de kandidaat wordt aangesteld; maar ook persoonlijke indrukken van de arts over de persoon van de kandidaat.

Bovendien zijn er verschillen tussen artsen als het gaat om de gegevens die men hanteert om over elk bovengenoemd aspect een oordeel te kunnen geven. Om vast te stellen of een kandidaat bijvoorbeeld lichamelijk gezien in staat is de geambieerde functie uit te oefenen (één van de beoordelingsaspecten), wordt afhankelijk van de keurend arts, in meer of mindere mate gekeken naar de informatie over de gezondheidstoestand van de kandidaat (de anamnese, lichamelijk en aanvullend onderzoek), maar ook naar de mentaliteit van de kandidaat en/of de arbeidsanamnese.

Bij de vertaling van deze bevindingen naar een oordeel over de lichamelijke belastbaarheid, worden verschillende referentiekaders gehanteerd, zelfs binnen één

arts (3). Voor zover specifieke functie-eisen voorhanden zijn, wordt wel nagegaan of de kandidaat hieraan voldoet. Veelal ontbreken echter duidelijk omschreven functie-eisen, waardoor meer gelet wordt op de aanwezigheid van een aandoening of handicap met als achterliggende gedachte dat bij afwezigheid hiervan, de keurling de functie wel zal "aankunnen". Maar ook verwachtingspatronen omtrent een kandidaat, persoonlijke indrukken van de arts of verwachtingen dat een bepaalde aandoening/handicap verenigbaar is met de functie, blijken dan in meer of mindere mate een rol te spelen bij de beoordeling.

Afhankelijk van de keurend arts en/of het opdrachtgevende bedrijf, wordt soms nog nagegaan of een kandidaat, gegeven een bepaald gezondheidsprobleem, met eventuele aanpassingen of adviezen aan de slag kan.

Tenslotte zijn er ook nog verschillen tussen artsen als het gaat om het interpreteren van dezelfde medische gegevens. Uit het interviewonderzoek (3) komt bijvoorbeeld naar voren dat als artsen eenzelfde medische geschiedenis van een keurling op papier voorgelegd krijgen, de betreffende gegevens verschillend worden geïnterpreteerd. Deze verschillen komen dan onder ander tot uitdrukking in de verwachtingen van de arts omtrent de lichamelijke en psychische belastbaarheid van de beschreven kandidaat, verwachtingen omtrent toekomstige gezondheidsproblemen bij de kandidaat en verwachtingen omtrent mogelijke (financiële) risico's voor de werkgever.

Aan welke van de in totaal 8 á 9 beoordelingsaspecten (lichamelijke belastbaarheid, risico's voor de werkgever etcetera) de keurende arts het meeste belang hecht is onder meer afhankelijk van het doel dat de arts voor ogen heeft, de functie waarvoor wordt gekeurd en de inzichten van de keurende arts. Zo blijkt uit het vragenlijstonderzoek (2) dat huisartsen zich vaker dan bedrijfsartsen een oordeel vormen over de psychische belastbaarheid en (financiële) risico's voor de werkgever zoals het risico op ziekte, invaliditeit of dood, hoewel het verantwoord schatten hiervan een risicovolle bezigheid is. Een mogelijke verklaring voor de verschillen tussen huisartsen en bedrijfsartsen zou kunnen zijn dat huisartsen een andere en misschien meer curatieve invalshoek hebben dan bedrijfsartsen. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat huisartsen tijdens een aanstellingskeuring vooral gericht zijn op het beoordelen van de algemene gezondheidstoestand van een kandidaat, waarbij, op basis van vroegere ziekten of aandoeningen, de kans op toekomstige ziekten en gezondheidsproblemen wordt ingeschat. Zo blijkt (in 1988) bijvoorbeeld bijna een kwart van de keurende huisartsen naar eigen zeggen wel eens een HIV-test te verrichten, hetgeen overigens op gespannen voet staat met het kabinetsstandpunt, waarin wordt gesteld dat deze test geen onderdeel dient te zijn van een aanstellingskeuring (8).

Ook het feit dat huisartsen minder vaak dan bedrijfsartsen zeggen op de hoogte te zijn van de inhoud van een functie waarvoor gekeurd wordt, doet vermoeden dat huisartsen bij hun beoordeling van een sollicitant in veel mindere mate rekening zullen houden met de eisen die de toekomstige functie aan de sollicitant stelt.

2.9 Percentage keurlingen dat jaarlijks wordt afgekeurd

Uit het onderzoek onder artsen en bedrijven (2) blijkt dat jaarlijks gemiddeld 1 à 2% van de kandidaten die een aanstellingskeuring hebben ondergaan, wordt afgekeurd. In absolute zin gaat het dan om zo'n 2000-6000 afgekeurden per jaar. Daarnaast wordt door bedrijfsartsen jaarlijks nog eens 3% van de keurlingen en door huisartsen 6% van de keurlingen "beperkt medisch geschikt" bevonden. Onbekend is het aantal kandidaten dat zich om redenen van dreigende afkeuring terugtrekt uit de sollicitatieprocedure.

2.10 Belangrijkste afkeuringsredenen

De belangrijkste reden om een kandidaat af te keuren is volgens de keurende artsen de aanwezigheid van een ziekte of aandoening die soms pas tijdens de keuring naar voren komt (2). Daarnaast zien met name bedrijfsartsen een verhoogde kans op het ontstaan van een ziekte of aandoening door het werk als belangrijke afkeuringsreden. Voor huisartsen blijken - in tegenstelling tot bedrijfsartsen - risico's voor het bedrijf een grotere rol te spelen bij het afkeuren van kandidaten dan risico's voor de kandidaat. Verder zijn als afkeuringsredenen genoemd: 'het in het verleden niet aangekund hebben van een functie die men wederom ambiëert' en 'het tegen het advies van de arts toch door willen gaan met de sollicitatieprocedure' (3).

Uit een dossieronderzoek bij een grote bedrijfsgezondheidsdienst (RBB) naar de resultaten van aanstellingskeuringen voor een diversiteit aan functies, komt een gemiddeld afkeuringspercentage van 0.6% naar voren (4). Afhankelijk van de functie kan dat oplopen tot circa 4%. Ouderen blijken vaker te worden afgekeurd dan jongeren en personen van 50 jaar en ouder worden ongeveer drie maal zo vaak afgekeurd als jongeren onder de 20 jaar. Bovendien blijken sommige diagnoses zoals "oog- en ooraandoeningen" of "aandoeningen van het bewegingsapparaat" vaak als afkeuringsreden te worden gesteld, maar óók vaak als diagnose te worden gesteld zónder dat dit tot afkeuring leidt. De diagnose "psychische en psychiatrische aandoeningen" vormt hierop een uitzondering in de zin dat deze diagnose belangrijk vaker tot afkeuren leidt dan de andere diagnoses.

Voorts blijken er slechts geringe verschillen te bestaan tussen kandidaten die door de RBB geschikt en kandidaten die ongeschikt werden geacht, als het gaat om de antwoorden in de vragenlijsten, de biometrische gegevens en het overig medisch onderzoek (5). Weliswaar is er een trend waarneembaar dat kandidaten die ongeschikt werden geacht meer afwijkende antwoorden hebben in het inlichtingenformulieren dan de geschikt geachte kandidaten, maar tot beduidende verschillen leidt dit nergens. Hetzelfde kan worden opgemerkt over de gegevens uit het formulier voor medisch onderzoek, al moet er terdege rekening mee worden gehouden, dat dit onderzoek geen uitspraak mogelijk maakt over eventuele verschillen in ernst van afwijkende bevindingen. Het enige opvallende verschil tussen goed- en afgekeurde kandidaten betreft de algemene (lichamelijke en/of psychische) indruk die kandidaten maken op de keurende artsen; bij afgekeurde kandidaten komt een afwijkende indruk relatief vaker voor (39%) dan bij de goedgekeurde kandidaten (18%).

Overigens blijkt uit het tweede deel van het dossieronderzoek, het panel-onderzoek (5), dat wanneer (ervaren) bedrijfsartsen hun oordeel moeten geven over de geschiktheid van een 'papieren' kandidaat voor een bepaalde functie, de onderlinge overeenstemming over dat oordeel slecht is. Uit schattingen van de afkeuringspercentages komt naar voren dat de aantallen kandidaten, die door de panelartsen ongeschikt worden geacht, telkens niet veel afwijken van de door de RBB-artsen vastgestelde aantallen en eerder hoger dan lager zullen zijn. Echter, de groep kandidaten die ongeschikt wordt geacht, zal voor elk van de panelleden belangrijk anders zijn samengesteld en eveneens sterk afwijken van de groep kandidaten die in werkelijkheid ongeschikt is bevonden.

2.11 Mate waarin wordt voldaan aan de rechten en plichten van de bedrijven, keurlingen en artsen bij aanstellingskeuringen

Indien aanstellingskeuringen worden verricht is het van belang dat bij de uitvoering ervan de juiste procedurele regels in acht worden genomen. Eind zeventiger en begin tachtiger jaren is hierover in Nederland uitgebreid gediscussieerd, hetgeen heeft geleid tot een zekere consensus ten aanzien van de rechten en plichten van betrokkenen (10,11,12).

Hierna wordt beschreven welke regels bij een aanstellingskeuring in acht genomen zouden moeten worden (schuingedrukt) en in welke mate, voor zover bekend (2), daar in de huidige keuringspraktijk sprake van is.

- 'Voorafgaand aan de aanstellingskeuring moet aan alle betrokkenen (sollicitant, werkgever en keurend arts) duidelijk zijn met welk doel de keuring wordt verricht en of een aanstellingskeuring onderdeel uitmaakt van de selectie'.

Eerder is al gesteld dat bedrijven en artsen zelf van mening zijn dat er tussen beide partijen duidelijke overeenstemming bestaat over de doelstelling van de aanstellingskeuring. Overigens hebben de meeste huisartsen hierover nooit duidelijke afspraken gemaakt met de opdrachtgevende werkgever.

De meeste bedrijven geven te kennen dat ze de kandidaat voorafgaand aan de keuring informeren over het doel van de keuring. Artsen doen dit in iets mindere mate; ongeveer tweederde meldt de keuring met welk doel de keuring wordt gedaan.

Slechts een beperkt aantal bedrijven brengt de kandidaat in een vroeg stadium, bijvoorbeeld in de advertentie, op de hoogte van het feit dat een medische keuring deel uit maakt van de sollicitatieprocedure. Bij de meeste bedrijven blijkt dit pas tijdens de sollicitatieprocedure.

- 'Onderzoek tijdens de aanstellingskeuring houdt niet meer in dan noodzakelijk is voor het gestelde doel. mag niet onnodig belastend zijn en geen onnodige inbreuk doen op de persoonlijke levenssfeer van de sollicitant, terwijl de inrichting en uitvoering van het onderzoek wel zorgvuldig dienen te geschieden'.

De test op seropositiviteit voor het HIV (aids) virus wordt door het kabinet gezien als een test die onnodige inbreuk doet op de persoonlijke levenssfeer van de kandidaat (8). Blijkens het vragenlijstonderzoek (2) wordt (werd) deze test echter wel op beperkte schaal toegepast.

Verder kunnen bij de zorgvuldigheid waarmee het onderzoek wordt ingericht en uitgevoerd, blijkens de bevindingen uit vorige paragrafen, kanttekeningen worden geplaatst. Met name ten aanzien van de samenstelling van de keuringsonderdelen en de interpretatie van de verzamelde gegevens, worden grote verschillen gevonden tussen de keurende artsen.

- 'Noch de medische verklaring zelf, noch de wijze waarop de medische verklaring tot stand komt mag inbreuk doen op het medisch geheim. Wanneer resultaten worden geregistreerd, zal de desbetreffende registratie in overeenstemming met bestaande wettelijke regels opgezet moeten zijn (In Nederland de Wet op de Persoonsregistratie)'.

In strijd met deze aanbeveling blijkt een beperkt percentage van alle keurende bedrijven wel eens inzage te hebben in het keuringsrapport van de arts. Bovendien geeft de meerderheid van de bedrijven te kennen, na de keuring, wel eens overleg

te hebben met de keurend arts over de kandidaat of de keuring. Overigens is niet duidelijk of bij dit overleg ook medische gegevens ter sprake komen.

- 'Tegen een uitslag moet beroep kunnen worden aangetekend en de te volgen procedure moet worden bekend gemaakt'.

De mogelijkheid tot herkeuring blijkt niet altijd aanwezig. Een kwart van de grote bedrijven en bijna de helft van de kleine bedrijven zeggen namelijk dat deze mogelijkheid er niet is. Daarentegen zeggen de meeste ondervraagde artsen dat de mogelijkheid tot herkeuring wel aanwezig is. De verklaring hiervoor is vermoedelijk dat artsen interne procedures voor herkeuring kennen, die aan de bedrijven niet bekend zijn.

3. BESCHOUWING NAAR AANLEIDING VAN DE ANTWOORDEN OP DE ONDERZOEKSVRAGEN

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op mogelijkheden om de aanstellingskeuring als selectie-instrument te gebruiken. Het aanstellingsonderzoek dat zonder selectief oogmerk plaatsvindt en wellicht waardevol is als uitgangspunt voor continue bedrijfsgezondheidskundige begeleiding, blijft hier buiten beschouwing. Dit aspect is namelijk geen onderwerp van onderzoek geweest.

In het onderstaande wordt, na een korte weergave van de belangrijkste knelpunten bij de huidige keuringssituatie, beschreven wanneer een selecterende aanstellingskeuring geïndiceerd zou kunnen zijn. In de daarop volgende paragraaf worden aanbevelingen gedaan in de richting van de sociale partners, de artsen(organisaties) en de overheid om te komen tot een aanvaardbare keuringssituatie voor die gevallen waarin de aanstellingskeuring als *selectie-instrument* wordt gebruikt.

3.1 Evaluatie van de huidige situatie

Indien aanstellingskeuringen met een selecterend oogmerk plaatsvinden, dienen deze keuringen te voldoen aan een aantal kwaliteitscriteria. De Interdepartementale Werkgroep Aanstellingskeuringen (13) heeft de volgende criteria voorgesteld, welke zijn afgeleid van criteria zoals die voor het bevolkingsonderzoek worden gehanteerd.

Voor de aanstellingskeuring geldt dat:

- het moet gaan om een belangrijk gezondheidsprobleem, met belangrijke implicaties voor de betrokkene of diens omgeving;
- de kwaliteit van de te gebruiken onderzoeken zodanig moet zijn dat mogelijke interpretatiefouten in verhouding staan tot de uiteindelijke doelstelling;
- eventuele nadelen van de te gebruiken methoden van onderzoek (risico's, kosten e.d.), in verhouding dienen te staan tot het na te streven doel;
- afkeuringen slechts gerechtvaardigd zijn, indien redelijkerwijs niet kan worden gevergd dat aanpassing van de belasting in de arbeid wordt aangebracht;
- wanneer onderzoeksresultaten daartoe aanleiding kunnen geven, door de keurende arts afspraken gemaakt dienen te zijn over adequate nazorg in de curatieve gezondheidszorg (veelal zal verwijzing naar de huisarts toereikend zijn);
- de te gebruiken methoden van onderzoek zich moeten verdragen met de grondwettelijke bescherming van de persoonlijke levenssfeer of de lichamelijke of geestelijke integriteit van de keurling.

In het Onderzoeksproject Medische Aanstellingskeuringen heeft vooral de kwaliteit van de keuring als selectie-instrument centraal gestaan. Hierbij is met name gelet op:

- 1) de mogelijkheden van de keuring om de medische geschiktheid van een kandidaat vast te stellen en eventuele gezondheidsrisico's te voorspellen;
- 2) de mate van uniformiteit in de gehanteerde keuringsprocedures en
- 3) de reproduceerbaarheid van de keuringsbeslissing.

Uit het onderzoeksproject zijn de volgende knelpunten naar voren gekomen.

Ad 1 Knelpunten met betrekking tot de mogelijkheden van de keuring

De (technische) mogelijkheden voor het vaststellen van de belastbaarheid van een kandidaat zijn beperkt. Evenzo zijn de mogelijkheden beperkt voor het voorspellen van gezondheidsrisico's of het voorspellen van het risico op ziekteverzuim op basis van een eenmalige evaluatie van de gezondheidstoestand. Zo er al sprake is van 'voorspellen', wordt er van uitgegaan dat de belasting en belastbaarheid in de tijd gelijk blijven. De dagelijkse praktijk leert dat dat niet het geval is: de persoonlijke omstandigheden blijven niet gelijk (ongeluk, ziekte e.d.) en de functie verandert naar tijd, plaats en inhoud.

Bovendien is veelal geen sprake van het vaststellen en/of voorspellen van 'medische geschiktheid', maar eerder van het zoeken naar 'medische ongeschiktheid', in casu de aanwezigheid van een beperkende medische aandoening die resulteert in een ongeschiktheidsverklaring voor de functie.

Ad 2 Knelpunten met betrekking tot de gehanteerde keuringsprocedures

De uniformiteit in de gehanteerde keuringsprocedures ten aanzien van doel, inhoud, besluitvorming en de rechten en plichten van betrokkenen bij deze keuringen blijkt gering. In het nu volgende worden de belangrijkste knelpunten in de keuringsprocedure nog eens achter elkaar gezet:

* Als algemene doelstelling van de aanstellingskeuring wordt door vrijwel alle betrokkenen gezien 'het beoordelen van de medische geschiktheid van een sollicitant voor een beoogde functie'. Deze algemene doelstelling wordt echter op zeer uiteenlopende wijze geïnterpreteerd. In meer of mindere mate wordt de aanstellingskeuring door bedrijven en artsen gehanteerd om de belastbaarheid van de kandidaat te beoordelen; om risico's voor de gezondheid van de kandidaat te schatten; om financiële risico's voor de werkgever eh/of een pensioenfonds te bepalen; of om uitgangswaarden te verkrijgen ten behoeve van de vroegdiagnostiek en de continue begeleiding van de kandidaat.

* Gezien de verschillen tussen artsen als het gaat om de inhoud van de aanstellingskeuringen, blijkt er géén sprake te zijn van een eenduidige handeling of me-

thode als men het heeft over deze keuringen. Doorgaans behoren een geneeskundige anamnese (mondeling en/of schriftelijk), lichamelijk en aanvullend onderzoek wel tot de onderdelen van de keuring, maar de uitgebreidheid en samenstelling van de onderdelen worden onder meer bepaald door de functie waarvoor wordt gekeurd (dit geldt met name voor bedrijfsartsen), het doel dat met de keuring wordt nagestreefd en de inzichten van de keurende arts.

Weliswaar worden door veel artsen standaard werkwijzen gehanteerd. Echter, deze zijn veelal gebaseerd op richtlijnen en leidraden die door bedrijven of diensten zelf zijn opgesteld (bijvoorbeeld RBB, Landelijke Huisartsen Vereniging). Daarmee is een verscheidenheid in werkwijzen tussen bedrijven of diensten dus niet uit te sluiten.

* Veelal ontbreken duidelijke richtlijnen en/of harde geschiktheidscriteria om de keuringsresultaten te kunnen vertalen naar een uitspraak over de medische geschiktheid van een kandidaat voor de functie. Veel afwijkingen staan te boek als 'relatieve' contra-indicatie en laten daardoor (ruime) verschillen in interpretaties toe. Ook wordt niet altijd een vaste werkwijze gehanteerd bij het beoordelen van de keuringsresultaten. Afhankelijk van het doel dat de arts voor ogen heeft met de keuring, de functie waarvoor gekeurd wordt en inzichten en mogelijkheden van de arts, wordt tijdens de keuring in verschillende mate aan uiteenlopende medische en niet-medische aspecten belang gehecht. Bovendien worden, zoals eerder gesteld, dezelfde medische gegevens niet door alle artsen op gelijke wijze geïnterpreteerd.

* De thans gehanteerde procedures ten aanzien van de rechten en plichten van de bedrijven, keurlingen en artsen bij een aanstellingskeuring, wijken nog belangrijk af van de daartoe opgestelde aanbevelingen van de Commissie Hessel (10), De Stichting van de Arbeid (11), de Vereniging voor Gezondheidsrecht (12) of de Interdepartementale Werkgroep Aanstellingskeuringen (13):

- de sollicitant wordt bijvoorbeeld zelden in de advertentie al geïnformeerd over het feit dat een aanstellingskeuring deel uit maakt van de sollicitatieprocedure;
- er kunnen kanttekeningen worden geplaatst bij de zorgvuldigheid van de inrichting en uitvoering van de keuring gezien de grote verschillen tussen artsen ten aanzien van inhoud van de keuring en beoordeling van de resultaten;
- het testen op seropositiviteit voor het HIV-virus, hetgeen op beperkte schaal gebeurt, doet een onnodige inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van de kandidaat;
- de mogelijkheid tot beroep, indien de kandidaat het niet eens is met de keuringsuitslag, is niet altijd aanwezig.

Ad 3 Knelpunten betreffende de reproduceerbaarheid van de keuringsuitslag

Wanneer ervaren bedrijfsartsen hun oordeel moeten geven over de geschiktheid van een kandidaat voor een bepaalde functie, blijkt de onderlinge overeenstemming over dat oordeel gering te zijn. Bovendien blijken er bij kandidaten waarbij enige afwijkende bevinding is gedaan, slechts geringe verschillen te bestaan tussen hen die worden goed- en hen die worden afgekeurd, als het gaat om de antwoorden in de vragenlijsten, de biometrische gegevens en het overig medisch onderzoek.

Vraagtekens bij de waarde van aanstellingskeuring als selectie-instrument

Mede gebaseerd op het feit dat slechts 1%-2% van alle gekeurden wordt afgekeurd is de conclusie dat er vraagtekens moeten worden geplaatst bij de mogelijkheid om door middel van de aanstellingskeuring de medische geschiktheid van een kandidaat zodanig te bepalen, dat de keuring als een efficiënt en effectief selectie-middel kan worden gebruikt teneinde het aantal beroepsziekten, ziekteverzuim of invaliditeit beduidend te beïnvloeden.

Aanstellingskeuring handhaven ja/nee?

Eén en ander roept de vraag op of het wenselijk is de aanstellingskeuring in zijn huidige vorm en omvang als *selectie-instrument* te handhaven. Vanuit het oogpunt van de kwaliteit van deze keuringen wellicht niet. Echter, er zijn situaties denkbaar dat selectie door middel van een aanstellingskeuring wel wenselijk of noodzakelijk is. Namelijk in die situaties waar het gaat om arbeid of functies die belangrijke gezondheids- en/of veiligheidsrisico's voor de betrokkene of diens omgeving met zich mee brengen (8). Of de aanstellingskeuring voor dergelijke gevallen een adequaat en dus aanvaardbaar instrument is, wordt bepaald door de weging van de omvang en ernst van de te beoordelen risico's enerzijds en de mogelijke inbreuken op de privacy of lichamelijke integriteit, anderzijds. Daarnaast dienen ook de onvermijdelijke beoordelingsfouten, die inherent zijn aan de gehanteerde onderzoeksmethoden, in deze weging te worden meegenomen. Wanneer een risico groot wordt geacht (het risico komt veel voor of kent ernstige consequenties), kan een mogelijk onterechte afkeuring minder zwaar tellen dan wanneer het te verwachten risico klein is.

Zo ja, dan onderbouwing

Wanneer in bovengenoemde gevallen selectie door middel van een aanstellingskeuring wenselijk of zelfs noodzakelijk wordt geacht (de pretentie van artikel 25 van de Arbwet), lijkt een overtuigende onderbouwing van de noodzaak en het nut van een (dergelijke) aanstellingskeuring op zijn plaats. In die onderbouwing dient een accent te worden gelegd op de mogelijkheden voor preventie middels de aanstellingskeuring, in het bijzonder ten aanzien van de gezondheids- en veiligheids-

risico's voor betrokkene en/of diens omgeving die het uitoefenen van de functie met zich meebrengt. Tevens dient daarbij het doel, de inhoud en de procedure van de aanstellingskeuring zorgvuldig te worden aangegeven.

In de nu volgende paragraaf wordt ingegaan op de wijze waarop de sociale partners, artsen(-organisaties) en de overheid aan de bedoelde onderbouwing van de aanstellingskeuring als selectie-instrument en daarmee aan het verbeteren van de huidige keuringspraktijk kunnen bijdragen.

3.2 Voorstellen voor aanpak

3.2.1 Wat zouden de sociale partners kunnen doen?

De sociale partners kunnen op verschillende wijzen bijdragen aan het verbeteren van de huidige keuringspraktijk.

Er zou door de betrokken werkgevers- en werknemersorganisaties op aangedrongen dienen te worden dat werkgevers alleen voor die functies een aanstellingskeuring vragen, waarbij onderbouwd kan worden dat speciale eisen gelden (het 'nee, tenzij'-principe). Daarover kunnen afspraken en regelingen worden bevorderd op bedrijfsniveau, op bedrijfstakniveau (CAO-afspraken) en/of op landelijk niveau (bijvoorbeeld in de Stichting van de Arbeid).

Tevens dient er op aangedrongen te worden dat de opdrachtgevende bedrijven expliciteren met welke doelstelling(en) dergelijke aanstellingskeuringen worden verricht (wat denkt men met de aanstellingskeuring te bereiken?). Dit geldt in het bijzonder als bijvoorbeeld ook financieel-economische risicowering onderdeel van de doelstelling vormt, hetgeen overigens in strijd zou zijn met het kabinetsstandpunt (8).

Omdat de medische beoordeling van een keurling afhankelijk is van de functie waarvoor deze wordt gekeurd, dienen de opdrachtgevende bedrijven bovendien eenduidige functiebeschrijvingen te verschaffen. Hierbij zouden dan met name de taken en omstandigheden waaronder deze moeten worden uitgevoerd, moeten worden omschreven. Vervolgens kan, gebruikmakend van de inbreng van deskundigen, beschreven worden welke eisen aan het uitoefenen van de functie kunnen worden gesteld dan wel welke risico's het uitoefenen van de functie met zich meebrengt. Voor de onderbouwing hiervan kunnen deskundige diensten worden geraadpleegd. Met name wordt daarbij gedacht aan bedrijfszondheidsdiensten.

Daar functiebeschrijvingen nog te weinig worden verstrekt aan de keurende artsen/instanties én de sollicitant, verdient het aanbeveling dat hierop door zowel werkgevers- als werknemersorganisaties wordt aangedrongen.

Het (ongevraagd) verstrekken van deze informatie aan de sollicitant zal er tevens toe bijdragen dat de betrokkene zelf kan oordelen over de bij de functie horende risico's en ongemakken. Zeker wanneer deze informatie wordt verstrekt in de fase dat een vacature wordt gesteld, zal de noodzaak van selectie door middel van aanstellingskeuringen minder worden omdat een vorm van zelfselectie optreedt.

Ten aanzien van de rechten en plichten van de betrokken partijen bij een aanstellingskeuring, zijn door de Stichting van de Arbeid (11,14), alsmede door de Interdepartementale Werkgroep Aanstellingskeuringen (IWA) (13), reeds aanbevelingen opgesteld.

Met betrekking tot de mogelijkheid tot herkeuring heeft de Stichting van de Arbeid onlangs de volgende aanbeveling geformuleerd: "Wanneer de sollicitant de keuringsuitslag betwist, dient in principe een herkeuring mogelijk te zijn" (15).

De sociale partners kunnen een stimulerende rol vervullen in het naleven van deze aanbevelingen.

3.2.2 Wat zouden de artsen(-organisaties) kunnen doen?

Door de Werkgroep Keuringen van de KNMG is in 1989 een discussienota (15) gepubliceerd, waarin een standpunt over keuringen in het algemeen, inclusief de aanstellingskeuring, is weergegeven. Met betrekking tot de aanstellingskeuring wordt onder andere een standpunt geformuleerd aangaande:

- de relatie aanstellingskeuring-pensioenkeuring;
- het begeleidingsaspect van aanstellingskeuringen, in casu het aanstellingsonderzoek, in tegenstelling tot het selectie-aspect;
- de functiegerichtheid van aanstellingskeuringen.

Het overleg over deze nota met sociale partners, overheid en artsenorganisaties ligt momenteel stil en verdient hernieuwde aandacht.

Belanghebbende artsenorganisaties (KNMG, NVAB, Federatie Gezamenlijke Diensten, Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg (SKB)) zouden initiatieven kunnen nemen tot het (laten) uitvoeren van onderzoek op het terrein van de aanstellingskeuringen. Het betreffende onderzoek zal vooral gericht dienen te zijn op:

- het ontwikkelen van valide meetinstrumenten;
- het in prospectief onderzoek vaststellen van bijbehorende keuringscriteria en voorspellende waarden;

- onderzoek naar de betrouwbaarheid van bestaande keuringsonderdelen en onderzoeksmethoden.

Dergelijk onderzoek dient ter onderbouwing van het gebruik van de aanstellingskeuringen als selectie-middel.

Het ontwikkelen van eenvoudig hanteerbare beslissingsmodellen levert een bijdrage aan het tot stand brengen van een meer uniforme oordeels- en besluitvorming bij aanstellingskeuringen. Hiertoe zouden verschillende stappen kunnen worden ondernomen:

- artsen onderling, bijvoorbeeld binnen diensten of in opleidingsituaties, zouden hun opvattingen en wijzen van interpretatie van keuringsgegevens meer expliciet moeten maken. Dit kan bijvoorbeeld door een verscheidenheid aan keuringen en keuringsbeslissingen uitvoerig te bespreken of trainingen in het behandelen van casus in de opleiding op te nemen.
- het stimuleren van intercollegiale toetsing met betrekking tot de procedures en besluitvorming ten aanzien van (aanstellings-)keuringen.
- beslissingsprocessen zouden gestructureerd en geëxpliciteerd kunnen worden door middel van beoordelingsschema's (zie bijvoorbeeld het beoordelingsschema in het rapport van deelproject 3 of 5). Het betreffende beoordelingsschema bevat beslissingsfactoren en daaraan toe te kennen gewichten.

Het op die wijze expliciteren van keuringsbeslissingen is van belang voor de argumentatie naar de afgekeurde toe en eventueel ook naar een herkeuringscommissie toe.

In het recent uitgevoerde onderzoek naar de effectiviteit van bedrijfsgezondheidszorg (16) geven de beroepsbeoefenaren zelf overigens ook te kennen dat meer functie- of risicogericht keuren, alsmede standaardisatie van de keuringsprocedure door middel van protocollen ter verbetering van de aanstellingskeuringen, wenselijk is.

Tenslotte zouden de artsenorganisaties kunnen overwegen om kwaliteitseisen te formuleren waaraan de inhoud van de keuring en de keuringsprocedure zouden moeten voldoen.

3.2.3 Wat zou de overheid kunnen doen?

De overheid heeft de bevoegdheid om op grond van artikel 25 van de ARBO-wet een geneeskundig onderzoek verplicht te stellen en het verkrijgen van de functie afhankelijk te stellen van de resultaten van dit onderzoek. Overigens is de over-

heid zelf van mening dat van een dergelijke ingrijpende bevoegdheid op terughoudende wijze gebruik moet worden gemaakt (17).

Indien van deze bevoegdheid gebruik wordt gemaakt, dient door de overheid te worden aangegeven waarom en met welk doel deze keuringsplicht voor de betreffende functie(s) wordt opgelegd, welke accenten gelegd dienen te worden bij het geneeskundig onderzoek en welke verdere procedures gevolgd dienen te worden. De feitelijke invulling van het geneeskundig onderzoek kan aan de artsen(organisaties) worden overgelaten. De bijdrage van de overheid daarin betreft het stimuleren van overleg en het geven van voorlichting aan de betrokken partijen (artsen en werkgevers), maar zou ook tot uitdrukking kunnen komen in het stimuleren en desnoods opleggen van een certificatie-systeem of een andere vorm van kwaliteitsbewaking.

Voor het beoordelen van de toelaatbaarheid van de methoden voor onderzoek wordt verwezen naar de eerder genoemde kwaliteitscriteria (paragraaf 3.1). Het vertalen van deze criteria naar de praktijk is overigens niet eenvoudig, hetgeen verder pleit voor terughoudendheid als het gaat om het wettelijk verplicht stellen van aanstellingskeuringen.

Indien een werkgever een aanstellingskeuring als selectie-instrument wenselijk dan wel noodzakelijk acht, zonder dat hiervoor altijd een wettelijke verplichting bestaat, lijkt het zinvol om ook voor deze keuringen te streven naar een betere inhoudelijke onderbouwing en een betere keuringsprocedure (zie ook opmerking hierover in paragraaf 3.2.1).

Opdrachtgevende bedrijven en keurende artsen zouden daarbij ook door de overheid geadviseerd kunnen worden 'de aanstellingskeuring niet langer als selectie-instrument te gebruiken, tenzij daar steekhoudende redenen voor zijn'. Indien deze redenen ontbreken zou de 'keuring' benut kunnen worden als uitgangspunt ten behoeve van een continue begeleiding van werknemers.

Voor het beoordelen van de toelaatbaarheid van de keuring als selectie-instrument, zijn de eerder genoemde criteria zoals die gelden voor bevolkingsonderzoek onverkort van toepassing (zie pagina 17).

Ten aanzien van de rechtspositie van de keuring zou ook de overheid - naast de sociale partners - kunnen stimuleren dat de aanbevelingen die hiertoe zijn opgesteld door de IWA (in het rapport "Goed gekeurd") (13) en de STAR (11,14), worden nageleefd. Temeer daar blijkt onderzoek (2) de thans gehanteerde procedures ten aanzien van rechten en plichten van betrokkenen, nog belangrijk afwijken van eerdere aanbevelingen op dit terrein. Bovendien blijkt uit onderzoek, in tegenstelling tot wat verwacht werd (8), de voorgenomen Wet op de Geneeskundi-

ge Behandelingsovereenkomst, in zijn huidige vorm, onvoldoende bij te dragen aan de rechtsbescherming bij keuringen (18).

Tenslotte verdient het - gezien de kwaliteit van de aanstellingskeuring - aanbeveling om de overige wettelijke regelingen op het gebied van medische keuringen (7) kritisch te bezien en te toetsen aan de in dit rapport geformuleerde kwaliteitseisen betreffende validiteit en betrouwbaarheid en de procedures ten aanzien van de rechten en plichten van betrokkenen.

In dit verband wordt erop gewezen dat bij een aanstelling als (rijks-)ambtenaar een aanstellingskeuring wettelijk geregeld c.q. verplicht is.

LITERATUUR

1. KORT, W.L.A.M. DE. De aanstellingskeuring: een selectie-instrument? Een literatuuroverzicht. Voorburg, DGA, 1988 (S53).
2. LOURIJSEN, E.C.M.P., H.HOOLBOOM & W.L.A.M. DE KORT. De medische aanstellingskeuring. Een inventarisatie van de mate waarin en de wijze waarop Nederlandse bedrijven en artsen medische aanstellingskeuringen (laten) verrichten. Voorburg, DGA, 1989 (S53-1).
3. LOURIJSEN, E.C.M.P. & J.DAM. Het keurings- en besluitvormingsproces bij aanstellingskeuringen. Een voorstudie onder tien artsen. Leiden, NIPG/TNO, 1990.
4. KORT, W.L.A.M. DE. Dossieronderzoek bij de RBB in het kader van het vervolgonderzoek aanstellingskeuringen. Deel 1. Bestandsanalyse. Leiden, NIPG/TNO, 1990.
5. KORT, W.L.A.M. DE & H.W. POST UITERWEER. Project Aanstellingskeuringen Dossieronderzoek bij de RBB. Deel 2. Panelonderzoek. Den Haag, DGA, publicatie in voorbereiding.
6. LOURIJSEN, E.C.M.P., W.L.A.M. DE KORT & H.HOOLBOOM: Onderzoek naar de validiteit en voorspellende waarde van de aanstellingskeuring en het aanstellingsonderzoek; Uitvoerbaarheidsstudie. Leiden, NIPG/TNO, 1989.
7. WIJKSTRA, E. & P.J.M. VAN OSCH. Wetgeving inzake medische keuringen. Amsterdam, Instituut voor Sociale Geneeskunde, UVA, 1989. P.13-21.
8. KABINETSSTANDPUNT met betrekking tot medisch onderzoek bij aanstelling. Tweede Kamer, 1989/1990, 19 218, nr. 40.
9. COMMISSIE BEROEPSUITOEFENING EN ETHIEK. Concept CBE richtlijnen bij het uitvoeren van aanstellingskeuringen door bedrijfsartsen. Informatiebulletin NVAB (1989) nr.2, Bijlage.
10. COMMISSIE HESSEL. De sollicitant is ook een mens. Den Haag, Ministerie Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1977 (Verslagen en rapporten, nr.5).

11. **STICHTING VAN DE ARBEID.** Aanbevelingen over werving en selectie, Discriminatie op de arbeidsmarkt, Onderzoek justitiële antecedenten van sollicitanten. Den Haag, Stichting van de Arbeid, 1982.
12. **VERENIGING VOOR GEZONDHEIDSRECHT.** Wat mag en moet bij een aanstellingskeuring. Overzicht van rechten en plichten (Voorzien van kanttekeningen van het hoofdbestuur van de KNMG). Medisch Contact, 28(1980) 849-854.
13. **INTERDEPARTEMENTALE WERKGROEP AANSTELLINGSKEURINGEN.** Goed Gekeurd. 's-Gravenhage, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1989.
14. **STICHTING VAN DE ARBEID.** Aanbevelingen inzake het wervings- en selectiebeleid van ondernemingen. Den Haag, Stichting van de Arbeid, 1991.
15. **WERKGROEP KEURINGEN VAN DE KNMG.** Discussienota van de Werkgroep Keuringen. Utrecht, KNMG, 1989.
16. **DRAAISMA, D., C.R. DE WINTER, J. DAM, & S.G. VAN DEN HEUVEL.** Kwaliteit en effectiviteit van bedrijfsgezondheidszorg. Eerste deelonderzoek: het oordeel van de beroepsbeoefenaren. Den Haag, DGA, 1991 (S101-1).
17. **GRAAF, L. DE.** Adviesaanvraag over artikel 25, eerste t/m derde en achtste lid, van de Arbeidsomstandighedenwet. Zoetermeer, Arboraad, 1987 (nr. 30) (Brief, Bijlage I in Advies Arboraad inzake artikel 25 lid 1 t/m 3 en 8 Arbeidsomstandighedenwet).
18. **BOSMA, A, J.K.M. GEVERS & N.C.V. LABROUCHE.** Rechtsbescherming bij medische keuringen: literatuur, rechtspraak en wetgeving(sbeleid). Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, Instituut voor Sociale geneeskunde, 1991.