TNO-rapport
2520109/r0003392

GOED GEKEURD

Aanstellingskeuringenbeleid en de invulling en uitvoering van de Wet op de medische keuringen

TNO Arbeid

Polarisavenue 151
Postbus 718
2130 AS Hoofddorp

Telefoon 023 554 93 93
Fax 023 554 93 94

Datum
25 januari 2001

Auteur(s)
E. L. de Vos
F. Andries
A.M. Kremer
M. Westerveld

TNO ARBEID
BIBLIOTHEEK
POSTBUS 718
2130 AS HOOFDDORP
TEL. 023-5549 468

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks-opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2000 TNO Arbeid

NR. 46454
plaats 63-455

TNO Arbeid is een kennisintensieve dienstverlener voor bedrijfsleven en overheid op het gebied van strategische arbeidsvraagstukken.
Met als uitgangspunt een optimale inzet van mensen, houdt TNO Arbeid zich bezig met de innovatie van arbeid, organisatie en technologie, bevordering van arbeidsparticipatie en versterking van arbeidsomstandighedenbeleid.

Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek TNO

Inhoudsopgave

1. Interim rapportage over het functioneren van de WMK 1
1.1 Eerste deelonderzoek naar aanstellingskeuren 1
1.2 Keuring en medisch onderzoek 1
1.3 Aanleiding evaluatieonderzoek 2
1.4 Evaluatievragen 2
1.5 Centrale onderzoeksvragen 3
1.6 Onderzoek en rapportage 4

2. De aanloop tot een Wet op de medische keuringen 5
2.1 Inleiding 5
2.2 De aanleiding tot een Wet op de medische keuringen 5
2.3 Naar een wettelijke regeling: van initiatiefontwerp Kohnstamm naar een Wet op de medische keuringen 6
2.4 De aanstellingskeuring tot 1998: feiten en cijfers 7
2.4.1 In welke mate kwamen aanstellingskeuringen voor? 8
2.4.2 Reden, doel en uitvoering van keuring tot 1998 9
2.4.3 Mate waarin aanstellingskeuringen voor 1998 in afkeuring en herkeuring resulteren 10
2.4.4 De toename van het aantal aanstellingskeuringen tot 1998: enkele verklaringen 11

3. De aanstellingskeuring in wettelijk perspectief 13
3.1 Inleiding 13
3.2 De normstelling van aanstellinskeuringen in de wet op de medische keuringen 14
3.3 Relevante regelgeving naast de WMK 17
3.4 Evaluatievragen 21

4. Opzet sociaal wetenschappelijk evaluatieonderzoek 23
4.1 Inleiding 23
4.2 Conceptueel kader gebruikt bij dit onderzoek 23
4.2.1 Onderzoek naar invulling van vrije ruimte en uitvoering 23
4.2.2 Beoordeling van beleidsuitkomsten 24
4.2.3 De beoordeling van de WMK door diverse betrokkenen (actoren) 25
4.3 Onderzoeksmethode: vragen aan actoren 26
4.4 Operationalisering van de onderzoeksvragen 27
4.4.1 Normstelling 27
4.4.2 Afstemming, handhaving en zelfregulering 29

5. Ontwikkelingen in het veld sinds de invoering van de WMK 31
5.1 Inleiding 31
5.2 De actoren: arbodiensten en bedrijfsartsen 31
5.3 De actor: werkgever 32
5.4 De actor: de politiek 33
5.5 Invloed op de inhoud van vragen aan actoren 35

6. Onderzoek naar werkgeversbeleid 37
6.1 Verantwoording onderzoek 37
6.2 Bedrijven die medische aanstellingkeuringen laten uitvoeren 38
6.3 Andere bronnen over keurende bedrijven 41
6.4 Vragen van werkgevers naar de gezondheid, eerder verzuim en een gezondheidsverklaring 42
6.5 Wanneer gaat men over tot het achterhalen van gezondheidskenmerken? 43
6.6 Overleg met werknemers en/of arbodienst over functies die in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring 44
6.7 Klachtenprocedure 46
6.8 Een door WMK verborgen gebleven arbeidshandicap 47
6.9 Conclusies geordend naar de onderzoeksvragen 48

7. Onderzoek onder bedrijfsartsen 51
7.1 Introductie 51
7.1.1 De respons van de bedrijfsartsen 51
7.1.2 Overwegingen ten aanzien van de respons 52
7.1.3 Achtergrond van de bedrijfsartsen 53
7.2 De WMK en de beroepspraktijk van bedrijfsartsen 55
7.2.1 Introductie 55
7.2.2 Redenen om te stoppen met het verrichten van aanstellingskeuringen 55
7.2.3 De invloed van de WMK voor de praktijk als bedrijfsarts en het gedrag van werkgevers 55
7.2.4 Het beleid van werkgevers en arbodiensten 58
7.3 Aanstellingskeuringen in de jaren 1998 en 1999 60
7.3.1 Introductie 60
7.3.2 Aantallen keuringen 60
7.3.3 Het resultaat van de keuring 61
7.3.4 Kenmerken van de keuring 62
7.3.5 De werkwijze bij de keuring, standaarden en richtlijnen 63
7.3.6 Het doel van de aanstellingskeuring 66
7.3.7 De onderdelen van een aanstellingskeuring 67
7.3.8 Informatie en raad van derden 69
7.3.9 Mededeling van de keuringsuitslag en de mogelijkheid tot herkeuring 69
7.3.10 Het bewaren of vernietigen van het dossier 70
7.4 Intredeonderzoeken 71
7.5 Samenvatting en conclusies geordend naar onderzoeksvragen 72

8. Resultaten kwalitatief onderzoek 77
8.1 Inleiding 77
8.2 Schattingen van aantallen aanstellingskeuringen en de mate van vragen naar gezondheid 77
8.3 Klachten van sollicitanten 79
8.4 Effecten op bedrijfssectorniveau: werkgevers en bedrijfsartsen. 80

8.5 Gezondheidsverklaringen ... 81
8.6 Wel of geen keuring volgens de ARA ... 84
8.7 WMK en intrede-onderzoeken ... 85
8.8 (Uit)werking van de WMK op werknemers ... 85

9. Beantwoording van de onderzoeksvragen ... 87
9.1 Evaluatieonderzoek Wet op de medische keuringen ... 87
9.2 Centrale onderzoeksvraag 1: Hoe is het gesteld met de doelstelling van de WMK? ... 88
9.2.1 Welke effecten werden beoogd met de WMK, welke (mogelijke) neveneffecten zijn benoemd en wat is de praktijk? ... 88
9.3 Centrale onderzoeksvraag 2: Hoe is de afstemming met andere wetten, de handhaving van de WMK en versterking van de rechtspositie van de sollicitant geregeld? ... 93
9.3.1 Afstemming met andere wetten en rechtsnormen in de praktijk ... 93
9.3.2 Handhaving en zelfregulering (in brede zin) ... 94
9.3.3 Handhaving en zelfregulering in de praktijk ... 95
9.4 Beschouwing ... 99

Literatuur ... 103

Interviews ... 107

Bijlage 1 Wet op de medische keuring ... 108

Bijlage 2 Protocol Aanstellingskeuringen (PAK) ... 114

Bijlage 3. Bronnen voor schatting van aantal aanstellingskeuringen. ... 121

Bijlage 4. Vragenlijsten ... 124

Over de Auteurs

TNO Arbeid:

ir. E.L. de Vos (projectleider) *is werkzaam als onderzoeker/adviseur op het terrein van reïntegratie en arbeidsmarkt en de evaluatie van (wettelijke) maatregelen in de sociale zekerheid.*

dr. A.M. Kremer *is werkzaam als arts-onderzoeker/adviseur op het terrein van chronische ziekten en arbeid.*

drs. F.M. Andries *is werkzaam als onderzoeker/adviseur op het terrein van (chronische) ziekten en arbeid.*

UvA (HSI):

mr. M. Westerveld, Hugo Sinzheimer Instituut *is werkzaam als senior onderzoeker arbeids- en sociale zekerheidsrecht.*

Begeleidingscommissie:

Voorzitter:
Prof. dr. O.J.S. Buruma
Leidsche Universitair Medische Centrum (LUMC), / ZorgOnderzoek Nederland (ZON) Commissie evaluatie regelgeving.

Secretaris:
mr. dr. A.C. Hendriks
ZON

mr. R.M. Haas-Berger
ZON Commissie evaluatie regelgeving

dr. C.T.J. Hulshof
Academisch Medisch Centrum / UvA, Coronel Institute; SKB

mr. L.F. Markenstein
KNMG

mr. M.M. Wewer
Breed Platform Verzekerde en Werk(BPV&W)/ Helpdesk Gezondheid Werk en Verzekeringen

Waarnemers:
drs. B.N. Groot
Ministerie van SZW (Directie SV, Volksverzekeringen & Pensioenen)
ing. drs. H. van der Stelt
Ministerie van SZW (A&O)
mr. ir. J.R. Storm
Ministerie van VWS

Externe deskundigen:
Prof. mr. J.K.M. Gevers
Hoogleraar gezondheidsrecht UvA [1]
Prof. dr. J.H.B.M. Willems
Directeur TNO-PG, te Leiden, [2]
drs. C.W.J. Wevers, arts
TNO Arbeid, te Hoofddorp

---

[1] (Hoofdstuk 2, 3, 5)

[2] (Hoofdstuk 6 tot 8)

1. Interim rapportage over het functioneren van de WMK

1.1 Eerste deelonderzoek naar aanstellingskeuren

De Wet op de medische keuringen beoogt de persoonlijke levenssfeer en de lichamelijke integriteit van keurlingen beter te beschermen. Bovendien is deze bedoeld om ongewenste risicoselectie door middel van een aanstellingskeuring of een verzekerings- of pensioenkeuring tegen te gaan.[3]
Het voorliggende rapport bevat de resultaten van het eerste deelonderzoek naar de uitvoering van het onderdeel aanstellingskeuringen van de Wet op de medische keuringen (WMK).[4] Dat betekent dat hier met name wordt besproken de wettechnische aspecten van de WMK en de uitvoering daarvan in relatie tot een sollicitatie naar een aanstelling in arbeid.

1.2 Keuring en medisch onderzoek

Artikel 1 van de WMK vangt als volgt aan:
In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- *keuring: vragen over de gezondheidstoestand van de keurling en het verrichten van medisch onderzoek in verband met het aangaan of wijzigen van: een burgerrechtelijke arbeidsverhouding die bij of krachtens de Ziektewet of de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering als dienstbetrekking wordt aangemerkt.*

In het kort stelt de WMK beperkingen aan keuringen bij sollicitaties. Als iemand solliciteert naar een baan, mag alleen onder bepaalde omstandigheden een medische keuring worden verlangd. Dit is om vast te stellen of de sollicitant de functie waarnaar hij of zij solliciteert, kan uitoefenen zonder de eigen gezondheid of die van anderen in gevaar te brengen. Een aanstellingskeuring mag pas dan plaatsvinden als de werkgever van plan is de kandidaat aan te nemen. De werkgever mag een kandidaat dus niet tijdens het selectieproces keuren. Uiteraard mogen de resultaten ook niet gebruikt worden om de 'meest gezonde' kandidaat te selecteren.

De wetgever beoogt met de WMK onder meer de rechtspositie te versterken van personen die een medische keuring moeten ondergaan. Een keuring bij aanstelling

---

[3] *Staatsblad,* 1997, 636. Zie voor een volledig overzicht van de WMK wettekst bijlage 1

[4] Het vormt daarmee het eerste deel van het evaluatieonderzoek naar de Wet op de medische keuringen dat TNO Arbeid uitvoert in opdracht van ZorgOnderzoek Nederland (ZON). Begin 2001 volgt een tweede deel over de verzekerings- en pensioenkeuringen en een derde deel waarin de conclusies uit de beide delen zijn samengevat en waarin een algehele beoordeling over de uitvoering van WMK wordt gegeven.

mag alleen worden uitgevoerd door een arts die werkzaam is bij een gecertificeerde arbodienst. Voor de werkgever is er in de WMK een expliciet verbod tot keuren opgenomen: een werkgever mag tijdens een sollicitatiegesprek niet vragen naar de gezondheid van de sollicitant of diens ziekteverzuim in het verleden, en niet vragen naar een gezondheidsverklaring.

Uit bovenstaande wordt duidelijk dat de wetgever onder medisch keuren meer verstaat dan alleen een medisch onderzoek door een arts, maar bijvoorbeeld ook een vragenformulier, een gezondheidsverklaring en het stellen van mondelinge vragen door de werkgever. Voor degenen die betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van de WMK is dit evident. Uit het evaluatie-onderzoek waarover hierna wordt gerapporteerd blijkt dat dit voor andere betrokkenen vaak niet duidelijk is. Dat wil zeggen dat veel bedrijfsartsen, werknemers en werkgevers bij een *aanstellingskeuring* denken aan een (uitgebreid) onderzoek door een arts. Tot voor de komst van de WMK in 1998 was dit in de regel ook de praktijk. Wat daarna gebeurde, is onderwerp van deze studie.

1.3 Aanleiding evaluatieonderzoek

De Minister van VWS zendt in overeenstemming met de Minister van SZW drie jaar na inwerkingtreding van de wet, en vervolgens telkens na vijf jaar, aan de Staten-Generaal een verslag over de doeltreffendheid en effecten van de WMK in de praktijk (artikel 15 WMK). De Ministers van VWS en SZW hebben ZorgOnderzoek Nederland (ZON) verzocht zorg te dragen voor de uitvoering van deze wetevaluatie via het Programma evaluatie regelgeving.[5] Deze heeft vervolgens aan TNO Arbeid de opdracht verleend het onderzoek uit te voeren en daarbij apart te rapporteren over aanstellingskeuringen.
De resultaten van het deelonderzoek naar verzekerings- en pensioenkeuringen en de uiteindelijke integrale rapportage komen in het voorjaar 2001 ter beschikking. Voor de onderhavige rapportage over aanstellingskeuringen betekent dit dat gegevens zijn verzameld over de periode van ruim twee jaar na inwerkingtreden van de WMK.

1.4 Evaluatievragen

Op het terrein van aanstellingskeuringen diende een evaluatieonderzoek plaats te vinden, waarbij ook aandacht moest worden besteed aan de wijze waarop door betrokkenen vorm is gegeven aan uitvoeringsprocedures, onder meer met betrekking tot het doel en de proportionaliteit van vragen en medisch onderzoek.
Door ZON zijn de invalshoeken of vraagstellingen aangegeven van waaruit de analyse van de door TNO Arbeid verzamelde gegevens diende te geschieden. Deze zijn

[5] Dit programma is specifiek bedoeld om inzicht te geven in de doeltreffendheid en effecten van wetten op het gebied van gezondheid, preventie en zorg in de praktijk. April 2000 heeft de door ZON samengestelde begeleidingscommissie het door TNO Arbeid voorgestelde onderzoeksplan goedgekeurd.

beschreven in de programmatekst 'Programma Evaluatie regelgeving Wet op de medische keuringen'.[6] De vraagstellingen door ZON zijn hieronder weergegeven:

1. **In hoeverre worden de WMK-bepalingen nageleefd?**
2. **In hoeverre zijn de doelstellingen van de WMK bereikt?**
3. **Zijn de risicoselectie bij sollicitaties, alsmede de (vrees voor) ongewenste maatschappelijke gevolgen van keuringen verminderd?**
4. **Is de wet handhaafbaar? Hoe verloopt het toezicht op de naleving van de wet?**
5. **Hoe is de afstemming met andere wetten en andere rechtsnormen, waaronder de mededelingsplicht en de precontractuele redelijkheid en billijkheid?**
6. **Is het instrumentarium –c.q. het reguleren van de keuring, in eerste instantie grotendeels door middel van zelfregulering – doeltreffend ter versterking van de rechtspositie van de sollicitant?**
7. **Is de rechtspositie van sollicitanten en aspirant-verzekerden versterkt?**

Deze zeven vraagstellingen zijn in lijn gebracht met de 22 vragen op het terrein van verzekeringskeuringen (die in de tweede deelrapportage worden behandeld) en teruggebracht tot twee centrale onderzoeksvragen.

1.5 Centrale onderzoeksvragen

De eerste centrale onderzoeksvraag omvat vragen naar de min of meer kwantificeerbare doelstellingen en resultaten van de WMK. De tweede centrale onderzoeksvraag omvat vragen naar meer procesmatige componenten.[7] Daarbij worden onderscheiden de vragen met een meer politiek en/of juridisch component, waarin de doel- en normstellingen van de wet naar voren komen en vragen met een meer beleidsevaluatief of sociaal-wetenschappelijke component.

Centrale onderzoeksvraag 1:
Wat beoogt de WMK en wat zijn de effecten? (evaluatievragen 1,2,3)

- Welke effecten worden(en werden) beoogd met de WMK?
- Welke (mogelijke) neveneffecten van de WMK zijn door de diverse partijen benoemd?
- Wat zijn in de praktijk de effecten van de WMK?
- Welke neveneffecten doen zich in de praktijk voor (benoemde en onbenoemde)?

---

[6] De Programmatekst onderscheidt de terreinen van Aanstellingskeuringen, Verzekerings- en pensioenkeuringen (arbeidsgerelateerde verzekeringen en particuliere verzekeringen) en Zelfregulering. Op deze terreinen worden een groot aantal specifieke vragen genoemd, waarvan 7 op het terrein van aanstellingskeuringen.

[7] In hoofdstuk 4 wordt hier nader op ingegaan.

Centrale onderzoeksvraag 2:
Hoe is de afstemming met andere wetten, de handhaving van de WMK en versterking van de rechtspositie van de sollicitant geregeld? (evaluatievragen 4,5,6,7)

- Hoe is de afstemming met andere wetten en andere rechtsnormen, waaronder de mededelingsplicht, de precontractuele redelijkheid en billijkheid en de Wet REA?
- Op welke wijze is de handhaving geregeld in de wet?
- Wat voor een consequenties heeft de afstemming met andere wetten en rechtsnormen in de praktijk?
- Op welke wijze vindt de handhaving in de praktijk plaats?
- Is het instrumentarium adequaat voor de versterking van de rechtspositie van de sollicitant of behoeft deze verbetering?

1.6 Onderzoek en rapportage

Om te voldoen aan het verzoek eerder te beschikken over de resultaten van het onderzoek naar aanstellingskeuringen is dit deel van het evaluatieonderzoek binnen zes maanden uitgevoerd. Het stramien van deze deelrapportage over aanstellingskeuringen volgt de diverse gebruikte onderzoeksmethoden:

- een evaluatie van de wettekst;
- bestudering van wettechnische en onderzoeksliteratuur en beleidsdocumenten;
- telefonische interviews met 1.000 werkgevers;
- een schriftelijke enquête verzonden aan 1.800 bedrijfsartsen;
- een tiental gesprekken met vertegenwoordigers van betrokken organisaties (vertegenwoordigers van bedrijfsartsen, van arbodiensten, van werkgevers, van werknemers, van chronisch zieken en gehandicapten en mensen betrokken bij de wetvoorbereiding);
- een Electronic Board Room sessie (EBR) met vertegenwoordigers van partijen.

Voorafgaande aan de beschrijving van de resultaten van de evaluatie van de wettekst in hoofdstuk 3, is in hoofdstuk 2 in het kort de voorgeschiedenis van de WMK beschreven. Hoofdstuk 4 beschrijft het conceptueel kader van het empirische onderzoek en de opzet van het onderzoek. Hoofdstuk 5 schetst in het kort ontwikkelingen die hebben plaatsgevonden in het veld na de invoering van de WMK. De antwoorden op de vragen aan werkgevers zijn beschreven in hoofdstuk 6 en die aan bedrijfsartsen in hoofdstuk 7. De resultaten van de literatuurstudie, de EBR en de gesprekken met werkgevers (organisaties), bedrijfsartsen, arbodiensten, werknemers, arbeidsgehandicapten en hun vertegenwoordigers zijn beschreven in hoofdstuk 8. Antwoorden op de centrale onderzoeksvragen en de conclusies staan in hoofdstuk 9. In bijlagen zijn successievelijk opgenomen de wettekst WMK en onderdelen van het Protocol Aanstellingskeuringen. De verschillende vragenlijsten zullen worden opgenomen in de integrale rapportage.

2. De aanloop tot een Wet op de medische keuringen

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een korte beschrijving van de voorgeschiedenis tot een wettelijke regulering van de aanstellingskeuring (par. 2.2). De verzekeringskeuring, als toegang tot zogenaamde 'normale' of gangbare verzekeringen, blijft hier grotendeels buiten beschouwing. Wel komt deze in de beschrijving van de aanloop tot de wet aan de orde. Omdat de mate waarin de werkgevers aanstellingskeuringen lieten verrichtten hét doorslaggevende argument is geweest voor een wettelijke regulering (zoals beschreven in paragraaf 2.3), wordt dit hoofdstuk afgesloten met het aspect 'de aanstellingskeuring in cijfers' (paragraaf 2.4).
Tot de invoering van de WMK in 1998, werd onder een medische keuring een keuring bedoeld die op verzoek van de werkgever door een arts wordt verricht. In de regel was dit een bedrijfsarts of huisarts. Daar dit hoofdstuk betrekking heeft op de situatie van vóór 1998, heeft de term aanstellingskeuring in dit hoofdstuk alleen betrekking op keuringen die door een arts zijn verricht.

2.2 De aanleiding tot een Wet op de medische keuringen

Vanaf 1970 is er in Nederland en andere landen een maatschappelijke en politieke discussie gaande over aanstellingskeuringen als selectie-instrument van werkgevers en over de validiteit en de voorspellende waarde van keuringen[8]. Deze discussie heeft een keur van rapporten en artikelen opgeleverd en is nu na dertig jaar nog niet verstomd. Deze historische beschrijving is daarom beperkt tot enkele hoogtepunten in het recente verleden. Te beginnen in 1987 toen de jurist Gevers de discussie aanzwengelde binnen de kring van verzekeringsdeskundigen. Dit door een publicatie over het bestaansrecht van en de te stellen grenzen aan *verzekeringskeuringen* in de context van het voortschrijdende inzicht over erfelijkheids- en gezondheidsrisico's (Gevers, 1987). In verzekeringskringen heet het dat dit de start is geweest van de discussie die heeft geresulteerd in een Wet op de medische keuringen (Salomons, 1998). Omstreeks dezelfde tijd werd zowel vanuit de wetenschap als het parlement aangedrongen op een wettelijke regulering van de *aanstellingskeuring*. Deze zou met name meer functiegericht moeten worden (Dute (1997) onder verwijzing naar het rapport uit 1989 van de Interdepartementale Werkgroep Aanstellingskeuringen).

Het eerste initiatiefvoorstel van kamerlid Kohnstamm (1993) dat medische keuringen aan banden wilde leggen, kon aanvankelijk niet op voldoende steun in het Parlement rekenen. Maar dat veranderde toen, met de privatisering van delen van de sociale werknemersverzekeringen, de eerste berichten binnenkwamen dat werkgevers zich steeds meer van aanstellingskeuringen gingen bedienen, teneinde het naar

[8] Zie onder meer De Kort, 1993 en 1997; Dute, 1997; Hendriks, 2000.

hen toegeschoven ziekte- en arbeidsongeschiktheidsrisico vooraf in te perken (Hendriks, 2000). Meer marktwerking in de sociale zekerheid, met name de stapsgewijs doorgevoerde privatisering van de Ziektewet (ZW), wordt alom als doorslaggevende factor genoemd.[9] Doordat de werkgevers meer financiële verantwoordelijkheid kregen voor het ziekteverzuim onder werknemers nam het aantal aanstellingskeuringen toe. Vooral bedrijfsartsen werkzaam bij arbodiensten profiteerden hiervan. De groeiende markt voor selectie van sollicitanten op gezondheid overtuigde de overheid van de noodzaak van flankerende maatregelen. De wetgeving die is bedoeld om het ziekteverzuim en het arbeidsongeschiktheidsvolume terug te dringen, zou anders mogelijk bijdragen aan een verdergaande tweedeling in de samenleving van gezonde mensen met, versus mensen met een handicap en/of een chronische aandoening zonder perspectief op werk. Met de verdere stijging van het aantal WAO-ers tot 900.000 werd de dreiging voor een tweedeling reëel: er ontstond voldoende politiek draagvlak voor een wettelijke regulering van aanstellings-, pensioen- en verzekeringskeuringen.

2.3 Naar een wettelijke regeling: van initiatiefontwerp Kohnstamm naar een Wet op de medische keuringen

Al vanaf het jaar 1988 laat de overheid gericht onderzoek uitvoeren naar de praktijk, de validiteit en het gebruik van het instrument aanstellingskeuring. Met name het gebruik van aanstellingskeuringen als voorspeller van de uitval wegens ziekte wordt nader onderzocht, evenals de bereidheid van actoren om het aantal keuringen te verminderen. Een in dat kader in 1993 verricht onderzoek toont aan dat zelfregulering - de dan in de visie van de regering nog meest wenselijk geachte optie - niet tot het politiek beoogde 'uitsluitend keuren wanneer dat noodzakelijk is' zal leiden (Lourijsen e.a., 1993). De Minister van SZW blijft vooralsnog terughoudend ten aanzien van de noodzaak en wenselijkheid van wetgeving op dit terrein. Alvorens stappen tot een wettelijke regulering te zetten, wenst hij de resultaten af te wachten van een interdepartementaal traject rond de voorspellende waarde van medisch onderzoek bij keuringen. Dit traject behelsde de volgende onderdelen:

- Een onderzoek van het Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu (Jansen e.a., 1993) naar zowel de validiteit van voorspellend medisch onderzoek bij aanstellingskeuringen als bij keuringen voor levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen;
- Een advies van de Gezondheidsraad (1993);
- Een besloten bijeenkomst waarin de betrokken bewindslieden deskundigen hebben geconsulteerd.

Voornaamste uitkomst van dit traject is, ten eerste, dat voorspellend medisch onderzoek alleen thuishoort bij aanstellingen, als daarvoor een strikte rechtvaardiging bestaat; ten tweede, dat zelfregulering nog altijd de voorkeur verdient, maar dat

[9] Deze stappen zijn de privatisering van de eerste 2/6 weken met de TZ-Arbo in 1993 en als tweede stap de uitbreiding van de loondoorbetalingsplicht bij ziekte (Wulbz) in 1996.

wanneer deze niet blijkt te voldoen, de optie van wettelijke regulering met maximale ruimte voor zelfregulering (de zogenaamde geconditioneerde zelfregulering) bespreekbaar is.

Zoals gezegd diende het D'66 kamerlid Kohnstamm in 1993 een initiatiefwetsvoorstel in gericht op de versterking van de rechtspositie van keurlingen.[10] De bedoeling achter het wetsvoorstel gaat verder dan het streven de werkgever in zijn mogelijkheid tot risicoselectie te beperken. De regeling is blijkens de toelichting ondermeer gericht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de lichamelijke integriteit van de keurling. Dit houdt in dat de wet toeziet op bescherming van klassieke grondrechten. Ook sociale grondrechten worden in het voorstel genoemd. Om die reden acht de wetgever zich niet slechts bevoegd, maar zelfs verplicht met een wettelijke regeling te komen. Immers, het waarborgen van grondwettelijke en internationale rechtsnormen kan en mag deze niet aan private partijen overlaten (Hendriks en Van der Vlies, 1995).
Gelijke toegang voor iedere burger tot arbeid is in onze samenleving een belangrijke voorziening. De overheid is, mede gelet op de op haar rustende verantwoordelijkheden uit hoofde van het recht op bestaanszekerheid, gerechtigd om de toegang tot de arbeid aan regels te binden. Dit is één van de redenen van totstandkoming van de WMK.

2.4 De aanstellingskeuring tot 1998: feiten en cijfers

Wat is een aanstellingskeuring tot 1998?
Voor de totstandkoming van de WMK kon de werkgever ten alle tijden besluiten tot het laten verrichten van een aanstellingskeuring. In de regel was dat een medisch onderzoek door een arts. Een aanstellingskeuring werd ook vóór 1998 uitgevoerd om de medische geschiktheid van een kandidaat voor een functie te bepalen. De keuring is een selectieve: afhankelijk van de uitslag volgt al dan niet een aanbod tot toetreding tot de functie. De aanstellingskeuring diende en dient te worden onderscheiden van andere arbeidsgerelateerde onderzoeken, zoals het intredeonderzoek en het periodiek arbeidsgeneeskundig onderzoek (PAGO) dat een werkgever *moet* aanbieden aan werknemers die bepaalde werkzaamheden verrichten (Arbowet, Arbobesluitbepalingen[11]). De werknemer is in de regel niet verplicht aan dit laatste onderzoek mee te werken; voor het behouden van de functie heeft een eventuele weigering van zijn kant geen consequenties.
Tot 1997 werd een aanstellingskeuring uitgevoerd door bedrijfsartsen en door huisartsen. In dat jaar is daarin verandering gekomen: aanstellingskeuringen mochten

[10] Kamerstukken II 1992/93, 23 259.

[11] Deze bepalingen zijn gebaseerd op EG-richtlijnen. Als voorbeeld noemen wij de bepaling (art 4.22 Arbobesluit) dat de werknemer die voor het eerst in het werk met kankerverwekkende stoffen of gevaarlijke stoffen in contact kan komen, in de gelegenheid wordt gesteld om voor de aanvang van die werkzaamheden een arbeidgezondheidskundig onderzoek te ondergaan.

uitsluitend nog door bij gecertificeerde arbodiensten werkzame artsen[12] worden verricht (art.18 Arbowet).

Welke actoren zijn bij een aanstellingskeuring betrokken?
Behalve werkgevers, keurlingen en bedrijfsartsen zijn er nog andere partijen te noemen die min of meer betrokken zijn bij de uitvoering van aanstellingskeuringen. In een studie naar de kwaliteit van de oordeelvorming over de geschiktheid van individuele werknemers, hebben Mul en collega's (1997) een overzicht gemaakt van de instanties die tot 1997 (en ook nu nog) betrokken zijn bij die oordeelvorming. Deze instanties (actoren) worden onderscheiden in voorwaardenscheppende en uitvoerende actoren. De arbodienst is zoals gezegd vanaf 1996 de instantie die de keuring mag uitvoeren.
Onder de voorwaardenscheppende instanties worden er vele gerekend. Behalve de landelijke overheid, zoals de Ministeries van SZW en van VWS, Stichting van de Arbeid en de Gezondheidsraad, vallen daaronder de sociale partners, de sociale zekerheidsorganisaties (CTSV, Lisv), de rechtsprekende/handhavende organen, zoals het Kantongerecht, het Medisch Tuchtcollege, ombudsman verzekeringen en ombudsman pensioenen.
Daarbij worden ook de koepel- of belangenorganisaties gerekend tot de voorwaardenscheppende instanties, waaronder de Branche Organisatie Arbodiensten (BOA), Beroepsverenigingen (NVVA, NVP), belanghebbende artsenorganisaties zoals de KNMG, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Vereniging van Geneeskundig Adviseurs bij Verzekeringsmaatschappijen (GAV), de Vereniging Nederlandse Zorgverzekeraars (NVZ) en de consumenten- en cliëntenorganisaties, zoals de Gehandicaptenraad, Breed Platform Verzekeringen en Werk (BPV&W).

In 1995 werd door vertegenwoordigers van organisaties van werkgevers, werknemers, patiënten, consumenten en artsen overeenstemming bereikt over gedragsregels rondom de aanstellingskeuring. In dit zogeheten Protocol aanstellingskeuringen (hierna: PAK) is bepaald met welk doel en onder welke voorwaarden een aanstellingskeuring plaats mag hebben. Voorts zijn regels gegeven over de wijze van rapportage, het recht op informatie en het recht op herkeuring.[13]

2.4.1 In welke mate kwamen aanstellingskeuringen voor?

Sinds het begin van de jaren negentig worden aanstellingskeuringen steeds vaker toegepast, maar hoeveel vaker is niet geheel duidelijk. De schattingen over de omvang van de stijging lopen in de diverse publicaties uiteen, mede omdat het begrip aanstellingskeuren niet op dezelfde manier wordt gebruikt.
Zo constateren Andriessen e.a. (1995) op basis van onderzoek van de Loontechnische Dienst van het ministerie van SZW onder bedrijven en artsen (LTD, 1994) en een onderzoek van het NIPG-TNO naar de praktijk van aanstellingskeuringen (Lourijsen e.a., 1993) dat de toename van het aanstellingskeuren in 1992/1993 vooral plaats vond in middelgrote ondernemingen (10-100 werknemers). Keurde in 1992 nog 18% van de middelgrote ondernemingen in 1993 nam dit toe tot 56%. In grote bedrijven (100+)

[12] Het zijn artsen die bij de arbodienst in loondienst, gedetacheerd dan wel ingehuurd zijn.

[13] Zie verder hoofdstuk 3 en de bijlage over het protocol.

was het aantal ongeveer constant (64%), in kleinere bedrijven (2-10 werknemers) was het aantal keurende bedrijven vrijwel nihil.

Veerman e.a. (1996) en Huurne e.a. (1997) verschaffen in de rapportages over de metingen van het ZARA-Werkgeverspanel[14] informatie over het gebruik van aanstellingskeuringen in 1995 en 1996. In 1995 is bij 18% van de bedrijven waar personeel werd aangenomen, gebruik gemaakt van aanstellingskeuringen. In 1996 is dit gedaald naar 16%. Grote bedrijven verrichten vaker aanstellingskeuringen dan kleinere: 93% van de bedrijven met 500 of meer werknemers maken gebruik van aanstellingskeuringen tegen 6% van de bedrijven met 2-9 werknemers. In 1995 waren deze percentages 96% en 9%.
Vergeleken met 1995 is er in 1996 weinig veranderd in het patroon van gebruik van aanstellingskeuringen (met uitzondering van de sector detailhandel, waar sprake is van een daling; zie hier na).

Bedrijfssectoren met relatief veel aanstellingskeuringen in 1996 zijn de procesindustrie (in 1996 49%, was in 1995 53%) en de gezondheidszorg (50% respectievelijk 47%). Sectoren waarin men relatief weinig gebruik maakt van aanstellingskeuringen zijn de horeca (1% respectievelijk 1%), landbouw (3% versus 5%) en de detailhandel (2% versus 8%). Deze sectorverschillen blijken na correctie voor bedrijfsomvang in stand te blijven. Vergelijking met eerder onderzoek is volgens de auteurs lastig door verschillen in methodische opzet, in onderzoekseenheden (andere bedrijfstakindeling, grootteklassen en al dan niet opnemen van overheidsbedrijven in het onderzoek) en door andere onderzoekscriteria.

Zoals eerder is aangegeven maakte in 1996 16% en in 1995 18% van de bedrijven gebruik van aanstellingskeuringen. Dit is een percentage op bedrijfsniveau. Een ander cijfer ontstaat als men beziet welk deel van de in 1995 en 1996 geworven werknemers feitelijk met een aanstellingskeuring van doen heeft gehad: bij 28% van àlle wervingsprocedures in 1996 is gebruik gemaakt van een aanstellingskeuring (in 1995 was dit 25%). Terwijl het percentage bedrijven met aanstellingskeuringen van 1995 op 1996 iets is afgenomen, is het percentage op werknemersniveau juist iets gestegen.

2.4.2 Reden, doel en uitvoering van keuring tot 1998

Bij de tweede meting van het ZARA-Werkgeverspanel in 1996 (Veerman e.a., 1996) is bedrijven gevraagd naar de reden, doel en uitvoering van aanstellingskeuringen.

a) reden van de keuring volgens werkgevers;
Aan de bedrijven is in 1996 een zestal mogelijke redenen voor aanstellingskeuringen voorgelegd, (meerdere redenen zijn mogelijk).[15] De verdeling is als volgt:

- onderdeel individuele arbeidsovereenkomst (39% van de ondervraagde werkgevers);
- onderdeel contract met BGD/Arbodienst (17,9%);
- CAO-bepaling (15,7%);

[14] Het toen nog ZARA-Werkgeverspanel heet momenteel SZW-Werkgeverspanel.

[15] In hoofdstuk 6 worden deze vergeleken met de in 2000 genoemde redenen.

- onderdeel contract met particuliere verzekeringsmaatschappij (14,2%);
- wettelijke bepalingen. Dit zijn bepalingen die de werkgever verplichten om een aanstellingskeuring te laten verrichten bij aanname van personeel voor een bepaalde functie en/of bepaalde werkzaamheden (10,2%);
- onderdeel contract met pensioenfonds (9,8%);
- andere grondslagen (32,8%).

b) doel volgens werkgever;
Volgens 77% van de bedrijven is het nagaan of de kandidaat geschikt is voor de functie altijd of meestal een doel van de keuring (Veerman e.a., 1996). In het kader van de risicoselectie bij nieuw personeel is het van belang om te weten in welke mate de aanstellingskeuring bedoeld is om het toekomstig risico van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in te schatten. Voor bijna 50% van de keurende bedrijven blijkt dat *altijd* een doel van de keuring te zijn, en voor nog eens bijna 20 procent *meestal of soms*.

c) uitvoering;
Het overgrote deel (84%) van bedrijven die in 1996 gebruik maken van aanstellingskeuringen hanteert daarbij vaste procedures en/of richtlijnen. De toenmalige bedrijfsgezondheidsdienst of arbodienst is bij de meeste bedrijven (68%) de instantie die de procedures en/of richtlijnen bij aanstellingskeuringen heeft opgesteld. Op de tweede plaats komt het bedrijf zelf: 35% van de bedrijven geeft aan zelf ervoor verantwoordelijk te zijn. Andere instanties (bijvoorbeeld adviesbureau, CAO-partijen, KNMG) worden weinig genoemd als opstellers van de procedures en richtlijnen.

2.4.3 Mate waarin aanstellingskeuringen voor 1998 in afkeuring en herkeuring resulteren

Uit onderzoek onder artsen en bedrijven (Lourijsen e.a., 1993) blijkt dat begin jaren negentig jaarlijks gemiddeld 1 à 2% van de keurlingen werd afgekeurd. In absolute zin gaat het om zo'n twee- tot zesduizend afgekeurden per jaar. Daarnaast worden door bedrijfsartsen jaarlijks nog eens 3% van de keurlingen en door de huisarts 6% van de keurlingen "beperkt medisch geschikt" bevonden.

De Loon Technische Dienst (LTD) van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft in het tweede kwartaal van 1994 bij 1.700 artsen en circa 900 bedrijven met twee of meer werknemers een onderzoek verricht naar de praktijk van de medische aanstellingskeuring in 1993 (LTD, 1994). De belangrijkste reden voor afkeuring van kandidaten was voor zowel huisartsen als bedrijfsartsen in 1993 de aanwezigheid van een ziekte of aandoening. Als tweede belangrijke reden noemen de bedrijfsartsen een verhoogde kans op het ontstaan van een ziekte of aandoening door het werk. Bij huisartsen komt het voorkòmen van risico's voor het bedrijf op de tweede plaats.

Recentere gegevens over de resultaten van aanstellingskeuringen vinden we opnieuw in de rapportage over het ZARA-Werkgeverspanel (Huurne e.a., 1996). Bij 10% van de bedrijven die aanstellingskeuringen laten verrichten, heeft wel eens een herkeuring plaats gevonden. Van het totaal aantal personen dat in 1995 een aanstellingskeuring

onderging is 1% herkeurd. Het aantal afwijzingen als gevolg van de aanstellingskeuring is kleiner dan het aantal herkeuringen. Bij 4% van de bedrijven die gebruik maken van aanstellingskeuringen is in 1995 wel eens een sollicitant afgewezen op grond van de aanstellingskeuring. Van het totaal aantal personen dat een aanstellingskeuring onderging is in 1995 0,5% afgewezen op grond van het keuringsresultaat.

2.4.4 De toename van het aantal aanstellingskeuringen tot 1998: enkele verklaringen

De gesignaleerde stijging van het aantal aanstellingskeuringen tot 1998 is, ook door de politiek, vooral in verband gebracht met de stapsgewijs doorgevoerde marktwerking van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Werkgevers zouden daardoor voorzichtiger zijn geworden met het aannemen van personen met gezondheidsklachten of personen die een risicovolle sport beoefenen. Aanstellingskeuringen werden daarbij steeds vaker gebruikt als instrument tot risicoselectie en het functiegericht keuren maakte plaats voor meer risicogericht keuren (Heemskerk, 1996).
Andriessen (1997) wijst erop dat sommige werkgevers de gevreesde toevloed van slechte (werkgevers-)risico's indammen door werknemers flexibel aan te nemen om zo zowel hun functioneren als hun verzuim te testen. Een andere praktijk is de werknemer na het tijdelijk contract eerst een medisch onderzoek te laten ondergaan alvorens hem/haar een vast contract aan te bieden. Deze praktijk heeft -althans voor 1998- een opstuwend effect op het volume aan aanstellingskeuringen.
Tenslotte konden werkgevers ook gewoon vragen naar het arbeids- en ziekteverleden van de sollicitant.[16] Als daar hiaten in zaten of als sprake was van ziekte of gedeeltelijk arbeidsongeschiktheid dan kon de werkgever de sollicitatieprocedure stoppen. Voor de totstandkoming van de WMK kon de werkgever bij twijfel ten alle tijden besluiten tot het laten verrichten van een medisch onderzoek. Blijkbaar hadden veel managers angst iemand met een vlekje aan te nemen. Door het laten keuren van de sollicitant dekten zij zich in tegen mogelijke kritiek van het hogere management op een verkeerde beslissing. Op basis van onderzoek (Lourijsen e.a., 1993) is geschat dat begin jarennegentig twee op de drie nieuw aangenomen werknemers is gekeurd door een arts.

[16] Het vragen door de werkgever naar gezondheid werd voor 1998 niet opgevat als een medische keuring en ook niet verboden. Met de WMK is dit veranderd (art.1 en art.4 lid 2).

3. De aanstellingskeuring in wettelijk perspectief

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de inhoud van de wettelijke normstelling van de WMK centraal. Welke voorwaarden worden aan het mogen verrichten van aanstellingskeuringen gesteld en welke zijn de wettelijke rechten en plichten van de bij zo'n keuring betrokken partijen? Vervolgens komt het juridisch kader rondom de WMK aan de orde dat als zodanig de hierin gegeven normstellingen nader bepaalt dan wel kleurt. Het wetgevingscluster ter bevordering van marktwerking in de sociale zekerheid, blijft buiten beschouwing. Weliswaar heeft dit een belangrijke rol gespeeld bij de totstandkoming van de WMK, maar een nadere invulling van de juridische normstelling geeft dit niet.
Naast de wettekst is voor deze beschrijving gebruik gemaakt van het oordeel van deskundigen zoals dat beschreven is in wettechnische en onderzoeksliteratuur, en beleidsdocumenten.

Alvorens in te gaan op de inhoud van de WMK moet worden gewezen op het belang het Protocol aanstellingskeuringen. Zoals eerder genoemd werd in 1995 door organisaties van werkgevers, werknemers, patiënten/consumenten en artsen overeenstemming bereikt over gedragsregels rondom de aanstellingskeuring. In het PAK is bepaald met welk doel en onder welke voorwaarden een aanstellingskeuring mag plaats hebben. Ook zijn regels gegeven over de wijze van rapportage, het recht op informatie en het recht op herkeuring. In de slotbepaling spraken partijen af nog datzelfde jaar een onafhankelijke klachtenprocedure in het leven roepen.
Van dat laatste is het echter niet meer gekomen. De politiek besloot in 1996 het spoor van een wettelijke regeling te vervolgen en op dat moment zeiden de betrokken werkgeversorganisaties hun medewerking aan het vervolgtraject op.[17] In hun visie is wetgeving overbodig, omdat over dit onderwerp nu vrijwillige afspraken gemaakt zijn en daarmee tevens onwenselijk. Inderdaad is de WMK op punten een codificatie van zaken die al 'vrijwillig' – zij het onder de druk van een dreigend ingrijpen door de wetgever - zijn afgesproken. Op een aantal andere onderdelen gaat de wet evenwel verder dan de normstelling in het PAK en voorts is uiteraard een verschil dat de in een wet neergelegde normen onbeperkt geldig zijn en niet eenzijdig kunnen worden opgezegd.

[17] Brief van de Raad van Centrale Ondernemingsorganisaties aan de KNMG d.d. 13 .12.96 met afschrift aan de minister van VWS, de staatssecretaris van SZW en de indiener van het wetsvoorstel-WMK.

3.2 De normstelling van aanstellinskeuringen in de wet op de medische keuringen

De normstelling uit de WMK laat zich tot vijf aspecten terugbrengen. Dit zijn:
- de inperking van de bevoegdheid tot aanstellingskeuring;
- de beperking van de inhoud van de aanstellingskeuring;
- de versterking van de rechten van de keurling;
- de aanvullende normstelling voor keuringvrager en keurend arts;
- de opdracht tot zelfregulering aan de betrokken organisaties.

Alle vijf worden hieronder op hoofdlijnen en onder verwijzing naar de betreffende wetsbepalingen beschreven.[18]

Eerste element: de inperking van de bevoegdheid tot aanstellingskeuren: art. 4 lid 1
Een belangrijk, zo niet het belangrijkste aspect van de wet is de inperking van de mogelijkheden om een aanstellingskeuring nog als voorwaarde te stellen of te doen uitvoeren. In het PAK heette het nog dat een aanstellingskeuring alleen plaatsheeft, als er specifieke eisen voor de vervulling van de functie zijn geformuleerd die in medische eisen kunnen worden vertaald (PAK, art. 2.3.1). De WMK scherpt dit verder aan tot het voorschrift dat geen keuring plaats heeft, tenzij *aan de vervulling van de functie (...) bijzondere eisen op het punt van de medische geschiktheid moeten worden gesteld. Onder medische geschiktheid wordt begrepen de bescherming van de gezondheid en veiligheid van de keurling en van derden bij de uitvoering van de desbetreffende arbeid.* (art. 4 lid 1 WMK).
Keuren voor een aanstelling is derhalve alleen nog aan de orde, als dit gelet op de aard van de functie noodzakelijk is om vast te stellen of de betrokkene medisch gezien in staat is de desbetreffende functie te vervullen zonder de veiligheid en gezondheid van hemzelf of die van anderen op het spel te zetten (Gevers, 1998). Ditzelfde noodzakelijkheidcriterium geldt voor het stellen van vragen naar de gezondheidstoestand van een sollicitant, nu dit ingevolge artikel 1 lid 1 sub a eveneens valt onder de term 'keuren'. Artikel 4 meldt hierover: *Bij andere beoordelingen dan de medische keuring* (bijvoorbeeld het sollicitatiegesprek) *mogen geen vragen worden gesteld noch anderszins inlichtingen worden ingewonnen over de gezondheidstoestand van de keurling en over diens ziekteverzuim in het verleden* (art. 4 lid 2).

Tweede element. Beperkingen ten aanzien van de inhoud van keuringen; art. 2, lid 1 en art.3.
Is éénmaal vastgesteld dat een aanstellingskeuring mogelijk is op basis van bepaalde functie-eisen, dan worden de op de inhoud van het keuren gerichte regels relevant. Dit zijn, ten eerste, het noodzakelijkheidcriterium van artikel 2 lid 1 en ten tweede, de proportionaliteitsnorm van artikel 3.

[18] Gecursiveerde teksten zijn een letterlijke aanhaling van de tekst van de wet.

Artikel 2, lid 1: aard, inhoud en omvang beperken tot het strikt noodzakelijke
Keuringen worden *naar hun aard, inhoud en omvang beperkt tot het doel waarvoor zij worden verricht.* Deze beperking betekent dat de meeste standaardvragen en – onderzoeken in de context van een aanstellingskeuring tot het verleden zullen (gaan) behoren. Wat gevraagd en onderzocht wordt, moet gerelateerd zijn aan uit bijzondere functie-eisen af te leiden medische criteria. Mits het gaat om keuringen voor dezelfde functie-eis blijft het mogelijk om met standaardvragen of –onderzoeken te werken.
Artikel 3: proportionaliteit.
Uitgesloten zijn vragen of medische onderzoeken *die een onevenredige inbreuk betekenen op de persoonlijke levenssfeer van de keurling.* In het bijzonder is verboden een *onderzoek waarvan het te verwachten belang voor de keuringvrager niet opweegt tegen de risico's daarvan voor de keurling[... of] dat anderszins voor de keurling een onevenredig zware belasting met zich meebrengt.*

Derde element: Additionele rechten keurling: art. 11 en 12.
De keurling is ook zonder een Wet op de medische keuringen niet geheel en al rechteloos. De in de artikelen 11 en 12 genoemde rechten zijn bedoeld als aanvulling op het wettelijk kader in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO, zie para. 3.3) en moeten dan ook steeds vanuit deze context gelezen worden.
Artikel 11 geeft *het recht medewerking te weigeren aan een keuring of een onderdeel daarvan indien ten aanzien daarvan niet is voldaan aan de artikelen 2,3,4,5,6,7, of 8.*[19]
Artikel 12 geeft een recht op herkeuring *indien aan de keuring een negatieve gevolgtrekking dan wel een positieve gevolgtrekking onder bepaalde beperkingen wordt verbonden.*
Verder dan een enkel aangeven van deze rechten gaat de wet niet, zodat vooralsnog de vraag is wat voor de keurling de concrete betekenis van deze toekenning van rechten is. Dit punt komt bij de behandeling van het aspect handhaving terug.[20]

Vierde element. Normstelling voor keuringvrager en keurend arts: art. 2 lid 2, art. 8 en 10.
Voor de keurende instantie is de norm van artikel 2 lid 2 van belang: *Keuringsgegevens mogen slechts worden gebruikt voor het doel waarvoor zij zijn gegeven.*
Voorts wordt voor zowel de keurend arts als de geneeskundig adviseur een aantal regels gegeven in de artikelen 8 en 10 WMK.
Artikel 8 lid 1 schrijft een schriftelijk vastleggen voor van *het doel van de keuring, de vragen welke ten aanzien van de gezondheid zullen worden gesteld en de medische onderzoeken welke mogen worden verricht.* Het tweede lid geeft een – volgens Markenstein(1998): summiere – specificatie van de informatieplicht uit de WGBO: aan de keurling wordt over het bovenstaande en over zijn rechten bij keuringen *tijdig*

---

[19] De voorschriften voor aanstellingskeuringen in de artikelen 2-4 zijn behandeld; de artikelen 5-7 hebben op aanstellingskeuringen geen betrekking en de voorschriften ex artikel 8 komen hierna aan de orde.

[20] Zie paragraaf 9.3.3 (beantwoording van de tweede centrale onderzoeksvraag)

voor de aanvang van de keuring (...) op begrijpelijke wijze schriftelijk informatie gegeven.
Artikel 10 schrijft de onafhankelijkheid en zelfstandigheid van de keurend arts en de geneeskundig adviseur ten opzichte van de keuringvrager voor en legt beiden een geheimhoudingsplicht op *van hetgeen hen over de keurling bekend is*. Voorts wordt hen een bewaarplicht van de in het kader van de keuring vergaarde gegevens opgelegd, zodanig *dat deze niet voor derden toegankelijk zijn.* De algemene geheimhoudingsplicht uit de WGBO wordt in de context van aanstellingskeuringen gespecificeerd tot de verplichting *de keuringvrager niet meer mee te delen dan voor het doel van de keuring strikt noodzakelijk is* (art. 10 lid 3).
De eerste verplichtingen zijn additioneel aan de voorschriften uit de WGBO. De bepaling ten aanzien van hetgeen aan de keuringvrager mag worden meegedeeld is een verruiming van het voordien geldende voorschrift dat de keuringvrager uitsluitend de uitslag 'geschikt' of 'ongeschikt' te horen krijgt. Vanuit een oogpunt van privacybescherming is deze uitbreiding enigszins controversieel (Dute, 1997), maar zolang dit niet al te zeer wordt opgerekt, is ze in de visie van Gevers (1998) 'te rechtvaardigen'. Zelfregulering zou hier 'een nuttige rol' kunnen vervullen en voorts kan de tuchtrechtspraak een rem zijn op een te zeer oprekken, nu deze streng is jegens keurende artsen die aan de werkgever méér meedelen dan de uitkomst van het onderzoek.[21]

Vijfde element: geconditioneerde zelfregulering: art. 9, 13 en 14
Representatieve organisaties van de bij de wet betrokken partijen kunnen, aldus art. 9, afspraken maken over de verschillende nog welbewust opengelaten normen of begrippen.
Deze - met zoveel woorden benoemde - normen/begrippen zijn:

- het doel van de keuring;
- voor welke functies aanstellingskeuringen worden verricht;
- de vragen en medische onderzoeken als bedoeld in de artikelen 3 en 8.[22]

We noemen deze afspraken verder geconditioneerde zelfregulering (in de zin van de WMK). Dit ter onderscheiding van norm- en begripstellingen die tot stand komen zonder betrokkenheid van alle representatieve organisaties, zoals de in hoofdstuk 5 besproken Algemene Richtlijnen Aanstellingskeuringen (ARA), of de afspraken op het niveau van bedrijfssectoren (BGZ Wegvervoer, hoofdstuk 8) of bedrijven. Deze laatste afspraken noemen we zelfregulering in brede zin.
Voorts kunnen de representatieve organisaties gezamenlijk een onafhankelijke WMK-klachtencommissie instellen (art. 13). Het tweede lid van artikel 14 kondigt ten aanzien van het bovenstaande regelgeving middels een Algemene Maatregel van Bestuur aan *indien en voor zover binnen drie jaren na de inwerkingtreding van deze wet geen afspraken als bedoeld in de artikelen 9 en 13 zijn gemaakt of indien die afspraken niet voldoen aan bij of krachtens deze wet gestelde eisen.*

---

21 Gevers (1998) onder verwijzing naar de uitspraak van CMT d.d. 7.9.95, Medisch Contact 1995, p. 1567-68.

22 Enkele in de wet genoemde verwijzingen zijn weggelaten vanwege de beperking tot aanstellingskeuringen. In het bijzonder betreft dit de verwijzing naar vragen en medische onderzoeken als bedoeld in de artikelen 5, 6 en 7.

Inmiddels wordt een AMvB uitgewerkt (zie hoofdstuk 5).

De wetgever heeft de betrokken partijen met deze artikelen geprikkeld 'om verder te gaan op het vlak van de zelfordening, inclusief de instelling van een klachtvoorziening, en om tot nadere invulling van die normen te komen. De wet biedt bovendien een mogelijkheid om in te grijpen als de door partijen tot stand gebrachte normering qua inhoud (gerichtheid op het algemeen belang) te kort schiet. De in de wet neergelegde bepalingen bieden daarvoor een althans globale toetssteen' (Gevers, 1998).

3.3 Relevante regelgeving naast de WMK

A. De (grond)wettelijke normering
In hoofdstuk 2 kwam aan de orde dat grondrechten een belangrijk argument, maar niet doorslaggevend zijn voor de totstandkoming van de WMK. Niettemin zijn deze grondrechten voor een goed begrip van de in de wet gegeven normen wel van belang. Dit zijn:

- het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer, waaronder de eigen persoonsgegevens (medisch dossier);
- het recht op de onaantastbaarheid van het lichaam, relevant voor bijvoorbeeld bloedafname;
- het gelijkheids- of non-dicriminatiebeginsel.

Alle drie zijn zowel verdragsrechtelijk als grondwettelijk gegarandeerd. De garantie van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer staat in art. 10 BW resp. 8 EVRM, de onaantastbaarheid van het lichaam in art. 11 BW en art. 3 EVRM en het non-discriminatiebeginsel in art. 1 BW en diverse verdragen waaronder het EVRM en het IVBPR. Alledrie hebben zij middels directe of althans indirecte horizontale werking van grondrechten ook betekenis voor de keuringssituatie. De grondrechten zijn verder in wetgeving uitgewerkt. Relevante wetten in deze context zijn de Wet persoonsregistraties (binnenkort de Wet bescherming persoonsgegevens), de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Algemene Wet Gelijke Behandeling (AWGB). Deze flankerende regelgeving komt hierna onder B. aan de orde.

B. Flankerende regelgeving
B1. WGBO, rechten en plichten in de context van medisch handelen
De Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst is in 1995 als vijfde afdeling van Boek 7 opgenomen in het Burgerlijk Wetboek (artikelen 7:446-468 BW). [23] Voor dit onderwerp zijn relevant de bepalingen terzake van het recht op informatie én om van informatie verschoond te blijven ('niet-weten'), het toestemmingsrecht, het recht

23 In deze regeling zijn de belangrijkste rechten en plichten van arts en patiënt neergelegd. Nu vindt een aanstellingskeuring strikt genomen niet plaats in het kader van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. Maar wel verklaart de zogenaamde Schakelbepaling (art. 7:464 BW) de betreffende regels van toepassing op handelingen op het gebied van de geneeskunst, anders dan krachtens een behandelingsovereenkomst, voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daar niet tegen verzet.

op geheimhouding en de norm van het 'goed-hulpverlenerschap' (art. 7:453). Ook wordt een aantal voorschriften gegeven met betrekking tot het aan te leggen medisch dossier. Relevant in de context van dit onderwerp is de regel, dat de ten behoeve van een keuring verzamelde gegevens slechts zolang worden bewaard als noodzakelijk is in verband met het doel van de keuring. Voorts verkrijgt de keurling zeggenschap over de manier waarop met de in het kader van de keuring vergaarde gegevens wordt omgegaan.
Deze laatste WGBO-regeling is in het PAK verder uitgewerkt. Men vindt daar onder andere de regel dat de keuringsgegevens worden vernietigd (behoudens bezwaar van de keurling) als niet tot aanstelling wordt overgegaan en dat deze, indien het wel tot een aanstelling komt, met toestemming van de keurling gebruikt kunnen worden als uitgangspunt voor de bedrijfsgeneeskundige begeleiding.[24]

B2. BIG, goed-hulpverlenerschap en de tuchtnorm
De omstandigheid dat de keuringsarts in de uitoefening van zijn functie aan de professionele standaard van het goed-hulpverlenerschap is gebonden, wil zeggen dat hij ook in de context van aanstellingskeuringen moet handelen volgens de erkende stand van de wetenschap binnen de beroepsgroep. Overtreding van deze norm kan resulteren in een zowel civielrechtelijke aansprakelijkstelling - bijvoorbeeld voor schade bij een onterechte afkeuring - als een tuchtrechtelijke. Voor deze tuchtrechtelijke aansprakelijkheid is de tuchtnorm in artikel 47 van de Wet beroepen individuele gezondheidszorg (BIG) van belang.[25]

B3. goede trouw, redelijkheid en billijkheid
De norm van de 'goede' of zorgvuldige behandelaar is in de context van WGBO en de wet BIG al aan de orde geweest. Bij aanstellingskeuringen speelt behalve de relatie keurling/keurende instantie ook die tussen de sollicitant en diens beoogde werkgever. De WMK geeft aanvulling op het BW. De in Boek 7.10 neergelegde goedwerknemer- c.q. goedwerkgeversnorm (art. 7:611) is op deze relatie (nog) niet van toepassing, nu deze eerst gaat gelden op het moment dat een arbeidsovereenkomst tot stand is gekomen. Voor de benoeming van de op deze relatie van toepassing zijnde rechtsnorm komt men derhalve terecht bij de artikelen 3: 11 (goede trouw) en 3:12 (redelijkheid en billijkheid) BW. Als centraal begrip voor de aanstelling(skeuring) geldt de zgn. 'precontractuele goede trouw'-norm. In de context van de WMK is deze relevant omdat het niet langer toelaatbaar zijn van medische onderzoeken of vragen de positie van de sollicitant (naar wiens conditie niet langer gevraagd mag worden) in een ander licht stelt.
In de context van de WMK is de precontractuele goede trouw norm relevant, omdat deze in een situatie waarin een beoogde werkgever bepaalde zaken niet meer mag

24 Deze laatste bepaling (art. 2.5.5 PAK) is in het licht van de latere normstelling uit artikel 2 lid 2 WMK vermoedelijk niet meer rechtsgeldig. Dit aspect is in paragraaf 3.2 aan de orde geweest (derde element).

25 Dat de hierin neergelegde norm - een handelen of nalaten in strijd met de zorg die men als beroepsuitoefenaar hoort te betrachten - ook op aanstellingskeuringen van toepassing is, is in de praktijk van alledag wel doorgedrongen: ook aanstellingskeuringen zijn regelmatig aanleiding tot het indienen van klachten bij de tuchtrechter. Gevers (1998) onder verwijzing naar CMT 3.3.94, TvGR 1994/53.

vragen, op de sollicitant een zekere spontane meldingsplicht lijkt te leggen. De WMK beoogt het inwinnen van voor de functie irrelevante informatie uit te sluiten, maar dit laat onverlet dat een werkgever een gerechtvaardigd belang kan hebben om vooraf kennis te nemen van hetgeen voor de sollicitatie mogelijk wél relevant is. Een sollicitant mag er derhalve niet zonder meer vanuit gaan, dat hij de gegevens waarnaar een werkgever niet rechtstreeks mag vragen ook in alle gevallen mag achterhouden.

Over dit onderwerp bestond al voor 1998 enige jurisprudentie, namelijk in de context van het verzwijgen van een aandoening die de werknemer ongeschikt maakt voor de uitoefening van de functie. De Hoge Raad achtte dit in 1991 een voldoende grondslag voor ontslag[26]; bij de parlementaire behandeling van het wetvoorstel WMK is dit nog eens met zoveel woorden bevestigd. Het feit dat een werkgever geen gezondheidsvragen meer mag stellen ontslaat de sollicitant niet van zijn verplichting om de voor de vervulling van de functie relevante gezondheidsbeperkingen zelf te melden. Verzwijging van relevante informatie levert te allen tijde strijd op met de precontractuele redelijkheid en billijkheid (Gevers, 1998, Hendriks, 2000).[27]

Dit uitgangspunt is na inwerkingtreding van de WMK in hoger beroep bevestigd door de Rechtbank Rotterdam. De WMK bepaling die een sollicitant het recht geeft te zwijgen over medische kwesties die voor de betreffende functie niet rechtstreeks van belang zijn, geeft hem niet een vrijbrief om te zwijgen over een voor de betreffende functie relevante fysieke ongeschiktheid, aldus de rechter. Anderzijds betekent deze zelfde goede trouw dat ook een werkgever 'zijn precontractuele uiterste best moet doen om er achter te komen waarom een eerdere betrekking werd geweigerd'.[28] Hoe deze kennelijke inspanningsverplichting eruit moet zien in een rechtsbetrekking waarin, naar ook de rechtbank onderkent, niet naar medische gegevens gevraagd mag worden, wordt niet aangegeven.[29]

De WMK staat het de sollicitant toe te zwijgen over gezondheidsbeperkingen die voor de functie waarnaar gesolliciteerd wordt *niet relevant* zijn én verbiedt de beoogde werkgever terzake vragen te stellen. Voor wat betreft de 'precontractuele goede-trouwnorm' is de werkgever afhankelijk van de bereidwilligheid van de sollicitant om hem eigener beweging te wijzen op zaken die voor de beoogde aanstelling relevant zijn, zoals gezondheidsbeperkingen die de gewenste functie mogelijk niet-passend doen zijn. Laat de sollicitant dit na, dan komt zijn stilzwijgen – misschien

26 HR 20.3.81, NJ 1981,507.

27 Onder verwijzing naar Kamerstukken II 1993/94, 23 259, nr. 7.

28 RB R'dam, 1.4.99, TvGR 2000, p. 116-122.

29 Eveneens is het afwachten hoe de jurisprudentie ten aanzien van art. 7:629 lid 3 BW zich zal ontwikkelen, na de invoering van het verbod op aanstellingskeuring en het in de context van een sollicitatie stellen van gezondheidsvragen. Deze in het kader van de Wulbz ingevoerde bepaling geeft de werkgever de bevoegdheid de loondoorbetaling op te schorten van de werknemer wiens ongeschiktheid *het gevolg is van een gebrek waarover hij in het kader van een aanstellingskeuring valse informatie heeft verstrekt.*

nog wel meer dan vóór de WMK – voor zijn rekening. Bij gebrek aan relevante jurisprudentie is deze vaststelling overigens speculatief.

B4. Wet REA, de art. 29b ZW en art. 77b WAO, de frictie tussen melden en niet melden

Een andere complicatie die wel naar voren wordt gebracht ten aanzien van deze informatienorm in de voorfase tot een arbeidsovereenkomst, is dat bepaalde reactiveringsmaatregelen in sociale-verzekeringsregelingen het spreken over medische beperkingen in de context van een sollicitatie juist stimuleren. Dit geldt met name voor het reïntegratie-instrumentarium dat wordt genoemd in de Wet (Re)ïntegratie Arbeidsgehandicapten (REA), de Ziektewet (met name art. 29b, vangnetverzekering voor arbeidsgehandicapte werknemers) en de WAO (met name art. 77b, premiereductie bij het in dienst hebben van een zeker quotum arbeidsgehandicapten).[30]

Om in aanmerking te komen voor een subsidie -bijvoorbeeld het Plaatsingsbudget, Pakket op maat respectievelijk overname loonbetalingsplicht in het eerste ziektejaar of korting basis-premie WAO, moet de werkgever kennis hebben van de arbeidshandicap van de werknemer. Een sollicitant is mogelijk arbeidsgehandicapt of 'van rechtswege' of op basis van een hierop gericht attest. Het Plaatsingsbudget en het Pakket op maat moeten worden aangevraagd binnen twee maanden na het in dienst nemen van de arbeidsgehandicapte. Voor de beide andere genoemde regelingen geldt deze termijn niet.

Hendriks (2000) ziet om die reden in de WMK een potentiële stoorzender voor zowel het verrichten van onderzoek naar het realiseren van werkaanpassingen, als voor het beroep doen op REA-voorzieningen in de fase waarin nog geen arbeidsovereenkomst bestaat. Immers, "een werkgever is ingevolge de WMK niet gerechtigd om te informeren naar het bestaan van een arbeidshandicap. Dit kan een stimulans betekenen voor werkgevers om de onderhandelingen met sollicitanten voortijdig af te breken en kan tot gevolg hebben dat REA-voorzieningen onbenut blijven" (Hendriks, 2000). Hier wordt een verwachting uitgesproken ten aanzien van een neveneffect van de WMK op het gebruik van de op reïntegratie van arbeidsgehandicapten gerichte stimuleringsmaatregel. In de praktijk geldt dit echter alleen voor het Plaatsingsbudget en in mindere mate voor het Pakket op maat, welke een beperkte aanvraag termijn kennen.

B5. AWGB, non-discriminatie

Een onderscheid maken naar handicap is geen in de Algemene wet gelijke behandeling (AWGB) verboden vorm van discriminatie. Ook zonder zo'n expliciete grond in de AWGB kan het (zonder dat daartoe een rechtvaardiging bestaat) uitselecteren van mensen op grond van hun vermeende gezondheidssituatie als discriminatie worden aangemerkt en daardoor juridisch worden aangevochten. Het ruim geformuleerde discriminatieverbod van art. 26 IVBPR biedt daarvoor een handvat.[31]

---

[30] De Vos en Smitskam, Reïntegratie-instrumenten voor arbeidsgehandicapten 2000, TNO Arbeid rapport 9900583, Hoofddorp, 2000.

[31] Artikel 26 IVBPR garandeert bescherming tegen discriminatie op welke grond ook, zoals ras huidskleur, geslacht, taal, godsdienst, politieke of andere overtuiging, nationale of maatschappelijke afkomst, eigendom, geboorte of andere status.

B6. WBP, privacy en keuring
De bescherming van persoonsgegevens ressorteert nu nog onder de Wet persoonsregistraties (WPR), maar deze wordt eerdaags vervangen door de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP). Deze nieuwe privacywet voorziet in de implementatie van EG richtlijn 95/46 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens. De WBP bevat regels ten aanzien van de verwerking van persoonsgegevens, gedragscodes voor en aansprakelijkheid van verantwoordelijke instanties en rechtsbescherming van de burger. De wet stelt eisen aan het verzamelen en verwerken van persoonsgegevens, met een verscherpt regime voor gegevensverwerking in de gezondheidszorg.

3.4 Evaluatievragen

In dit hoofdstuk werden de inhoud van de wettelijke normstelling van de WMK beschreven, de voorwaarden die gesteld worden aan het mogen verrichten van aanstellingskeuringen en de wettelijke rechten en plichten van de bij zo'n keuring betrokken partijen. Vervolgens is het juridisch kader rondom de WMK besproken dat de normstellingen nader bepaalt dan wel kleurt. Daarmee is een eerste indruk gegeven van de antwoorden op de politiek/juridische subvragen van dit onderzoek. In het volgende hoofdstuk wordt aangegeven hoe de beschreven beoogde en verwachte (neven) effecten en normstellingen zijn vertaald voor het empirische onderzoek naar de uitvoering van de WMK (zie paragraaf 4.4 Operationalisering van de onderzoeksvragen).

4. Opzet sociaal wetenschappelijk evaluatieonderzoek

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het onderzoeksplan beschreven dat bij dit evaluatieonderdeel is gebruikt. Daarbij wordt in paragraaf 4.2 eerst ingegaan op het conceptueel kader van het evaluatieonderzoek. Paragraaf 4.3 beschrijft vervolgens de gekozen onderzoeksmethode. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf waarin beoogde en niet-beoogde effecten van de WMK (centrale onderzoeksvraag 1) en aspecten van de afstemming met andere wetten, de handhaving en versterking van de rechtspositie (centrale onderzoeksvraag 2) worden beschreven die in het beleidsevaluatieonderzoek worden onderzocht.

4.2 Conceptueel kader gebruikt bij dit onderzoek

Als het gaat om sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar implementatie en uitvoering van wetgeving is het gebruikelijk een onderscheid te maken in beleidseffect- en procesevaluatie. De eerste centrale onderzoeksvraag omvat voornamelijk vragen naar het effect van het beleid, zowel naar bedoelde als onbedoelde (neven)effecten. De tweede centrale onderzoeksvraag omvat voornamelijk procesvragen. Effectmeting van wet- en regelgeving is niet eenvoudig omdat de verandering in de maatschappelijke werkelijkheid (minder, effectiever, efficiënter etc.) causaal aan deze wet- en regelgeving moet kunnen worden toegeschreven. Daarbij komt dat de WMK in 1998 in werking is getreden en dat tweeëneenhalf jaar later duidelijke resultaten (effecten) naar verwachting (nog) beperkt zijn.
In het onderhavige onderzoek is daarom gekozen voor het doen van onderbouwde uitspraken over het effect van de wet. Dit gebeurt aan de hand van verschillende en elkaar aanvullende onderzoeksmethoden ('onderzoekstriangulatie').
Evaluatieonderzoek krijgt zo meer het karakter van bewijsvoering: 'beyond reasonable doubt' en is gebaseerd op meerdere deelmethodieken.

4.2.1 Onderzoek naar invulling van vrije ruimte en uitvoering

Hoewel de WMK het aanstellingskeuringenbeleid van met name bedrijven en arbodiensten wettelijk grondvest, is er veel vrije ruimte om dit beleid nader in te kleuren. De WMK biedt een kader; de wetgever heeft geen blauwdruk neergelegd hoe de wet uitgevoerd moet worden, maar aan de betrokken partijen de opdracht gegeven om zelf de algemene bepalingen/normen in de praktijk verder in te vullen en uit te voeren.

Behalve de overheid in de hoedanigheid van de Ministeries van SZW en VWS, zijn de belangrijkste bij de invulling betrokken organisaties:

- representatieve organisaties van werkgevers;
- representatieve organisaties van werknemers, (arbeids-)gehandicapten en chronisch zieken;
- representatieve organisaties van artsen (met name bedrijfsartsen);
- arbodiensten.

Onderzoek moet inzicht geven in óf en hoe de verantwoordelijken de vrije ruimte invullen, afspraken maken over de omschrijving van het doel van de keuring, over het verrichten van keuringen en over de vragen en medische onderzoeken. Daarbij dient onderzocht te worden of zij zich aan gemaakte afspraken houden en de wet 'uitvoeren'. Het door TNO ontwikkelde onderzoeksplan sluit aan bij het concept van de netwerktheorie, dat inzicht geeft in beleidsprocessen en dat ruime aandacht geeft aan de activiteiten en onderlinge relaties. Alvorens de verschillende deelonderzoeken onder partijen te noemen, wordt eerst deze theorie kort geschetst.

4.2.2 Beoordeling van beleidsuitkomsten

De effecten van beleid worden in sterke mate bepaald door het verloop van de beleidsuitvoering[32], dat ook wel het beleidsproces wordt genoemd. Voor de beoordeling van de beleidsuitvoering worden verschillende theoretische invalshoeken en maatstaven gebruikt.
Bij de 'top-down invalshoek' worden maatstaven van de beleidsbepalers gebruikt. In de 'bottom-up-benadering' krijgen beleidsuitvoerende instanties zelf de mogelijkheid om vorm te geven aan het beleid. De beleidsuitkomsten worden dan ook beoordeeld vanuit de criteria van de betrokken instanties en niet alleen die van de overheid/beleidsbepaler.[33]
Een combinatie van deze twee invalshoeken komt samen in de *netwerktheorie*. Binnen, door de beleidsbepalende instantie, vastgestelde kaders krijgen de beleidsuitvoerende organisaties zelf de mogelijkheid om verder vorm te geven aan het beleid. De beleidsuitkomsten worden enerzijds beoordeeld op het bereiken van de doelen van de beleidsbepalers en anderzijds op de doelen van de afzonderlijke betrokken organisaties. De netwerktheorie ligt ten grondslag aan het onderhavige onderzoeksplan.

De WMK is niet de eerste wet die is gebaseerd op de veronderstelling dat door de coördinatie of samenwerking van de betrokken partijen een breder draagvlak ontstaat voor het overheidsbeleid. Beleidsterreinen zijn steeds complexer geworden waardoor meer actoren op grond van hun functie, expertise of vermeende belangen betrokken worden, of betrokkenheid claimen, bij de oplossing van besturingsvraagstukken.[34] Daarnaast wordt het beleid meteen getoetst door de betrokken organisaties op de technische haalbaarheid en legitimiteit. Samenwerking kan er toe leiden dat er meer bronnen (geld, macht, menskracht en informatie) vrijkomen voor

---

[32] Hoogerwerf, A. en M. Herweijer, 1998, p. 110

[33] Hoogerwerf, A. en M. Herweijer, 1998, p. 111

[34] J.A. de Bruijn, W.J.M. Kickert en J.F.M. Koppenjan, 1993, p. 11

uitvoering van het beleid. De samenwerking of het netwerk is dan een organisatorische constructie waarbij individuen, groepen en organisaties overgaan tot (vrijwillig of door de overheid opgelegde) samenwerking om complexe beleidsproblemen op te lossen of om elkaar te ondersteunen bij de uitvoering van een beleidsprogramma. Er wordt een 'vaste en duurzame relatie aangegaan met andere organisaties om een bepaald doel te bereiken zonder dat de organisaties al teveel van hun autonomie hoeven in te leveren'.[35] Van Gils[36] omschrijft een netwerk als 'een cluster van interdependente [onafhankelijke] organisaties die zich op enigerlei wijze (moeten) bundelen om als collectiviteit een bepaald doel te bereiken'.
De veronderstelde behoefte aan coördinatie is echter geen objectief gegeven en de betrokken organisaties kunnen heel verschillend aankijken tegen de noodzaak of wenselijkheid van samenwerking en coördinatie.
Dit betekent onder meer dat de informatievoorziening binnen netwerken en naar buiten toe gebrekkig is. De informatie vanuit netwerken is gefragmenteerd en vaak tegengesteld, omdat de partijen zelf anders tegen de zaken aankijken. In hiërarchische organisaties is de informatievoorziening 'top-down' geregeld en is informatie over effecten en processen veel minder met elkaar in tegenspraak. Bij netwerken is vaker sprake van meerdere waarheden. De autonomie veronderstelt tevens dat de organisaties andere criteria hanteren voor de beoordeling van de effectiviteit van het uitgevoerde beleid.

4.2.3 De beoordeling van de WMK door diverse betrokkenen (actoren)

Vanuit bovengenoemd conceptueel kader zijn voor het WMK-evaluatieonderzoek een aantal essentiële uitgangspunten te formuleren. Deze zijn:

- Het gaat altijd om beleid waarin meerdere actoren opereren met elk hun eigen doelen die strijdig kunnen zijn;
- In het geval van de WMK worden de actoren geacht op een aantal punten tot overeenstemming te komen, samen te werken, informatie uit te wisselen;
- Hoewel de WMK indirect een verbod (op zinloos keuren) inhoudt, zijn er (nog) geen sancties bij overtreding;
- De waardering van effecten is in de tijd aan verandering onderhevig;
- De verschillende actoren hanteren verschillende criteria voor evaluatie;
- Knelpuntenanalyse, oplossingsstrategieën en samenwerkingsverbanden van de verschillende actoren geven belangrijke aanwijzingen voor de effectiviteit van de regelgeving.

Zoals in hoofdstuk 3 al is aangegeven, moet tevens worden bedacht dat er nog andere wetten van kracht zijn rondom de positie van de keurling, waaronder: de Wet REA, de wettelijke regeling van de behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet persoonsregistratie (WPR), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en de Arbo-wet. Het belang van en de relatie met de WMK kan door verschillende partijen anders geïnterpreteerd worden.
Vanwege de genoemde uitgangspunten ligt het verrichten en combineren van meerdere deelonderzoeken voor de hand, de zogenaamde onderzoekstriangulatie.

---

[35] Godfroij in: Bunt en Nijkerk, 1989, p.2

[36] Van Gils in: Mast en Ten Brummeler, 1994, p. 7

4.3 Onderzoeksmethode: vragen aan actoren

De centrale onderzoeksvragen -genoemd aan het begin van dit hoofdstuk- hebben betrekking op het terrein van aanstellingskeuringen. Indachtig het doel van de WMK dient het empirische onderzoek inzicht te geven in de effecten van deze wet in de praktijk en in de mate waarin de wetsbepalingen worden nageleefd. Uitgangspunt hierbij is de vraagstelling in de programmatekst 'Programma Evaluatie regelgeving Wet op de medische keuringen'.[37] Hierna is kort aangegeven welke onderzoeksmethoden bij de verschillende deelonderzoeken zijn gebruikt en welke partijen daarbij zijn betrokken. De onderzoeksmethoden worden meer uitvoerig genoemd in de verschillende volgende hoofdstukken. De actoren die in het onderzoek steeds onderscheiden worden, zijn: de keurling, de werkgever, de bedrijfsarts en de representatieve organisaties van deze partijen (ondermeer vakbonden en Breed Platvorm Verzekerden & Werk, werkgeversorganisaties, Arbodiensten en de NVAB (Schuld e.a., 1999). Uitgangspunt is dat het niet nodig is om bij de beantwoording van iedere subvraag alle partijen te raadplegen.

Informatie van werkgeverszijde: telefonische enquête
De vragen over de WMK zoals gesteld in de werkgeversenquête van het Ctsv uitgevoerd in 1998 en in 1999, zijn in het onderhavige onderzoek opnieuw gesteld aan ruim 1.000 werkgevers. Hierdoor is het mogelijk een trend aan te geven, hetgeen belangrijke informatie over een mogelijk effect oplevert. Verder is een aantal aanvullende vragen gesteld die inzicht geven in het aanstellingsbeleid van werkgevers na invoering van de WMK. (Zie verder voor het enquêteonderzoek onder werkgevers, hoofdstuk 6.)

Informatie van de zijde van de keuringsartsen: postenquête
Ten behoeve van de gegevensverzameling ten aanzien van de ervaringen van de bedrijfsartsen is een schriftelijke enquête verzonden aan ongeveer 1.800 leden van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). (Zie verder het vragenlijstonderzoek onder bedrijfsartsen, hoofdstuk 7.)

Informatie van de zijde van de keurlingen: gesprekken
Om de vragen uit de programmatekst te beantwoorden aan de hand van de informatie van de keurlingen, zijn er gesprekken gevoerd met belangenorganisaties, waaronder het Breed Platform Verzekerden & Werk en werknemersorganisaties.

Informatie van alle actoren over keuringen, keuringsproces en samenwerking partijen: gesprekken en EBR
Behalve met vertegenwoordigers van sollicitanten zijn een tiental gesprekken gevoerd met bedrijfsartsen en personen die betrokken zijn geweest bij de implementatie van de WMK bij arbodiensten. Bevindingen zijn als aanvullende informatie opgenomen in hoofdstuk 7. Verder is met een aantal vertegenwoordigers van arbo-

[37] De Programmatekst onderscheidt de terreinen van Aanstellingskeuringen, Verzekerings- en pensioenkeuringen (arbeidsgerelateerde verzekeringen en particuliere verzekeringen) en Zelfregulering. Op deze terreinen worden 38 specifieke vragen genoemd, waarvan 7 op het terrein van aanstellingskeuringen (Zie hoofdstuk 1).

diensten gesproken over hun ervaringen met de WMK en de ARA (voor ARA, zie hoofdstuk 5). Ook zijn gesprekken gevoerd met werkgevers(organisaties) over hun ervaringen met de WMK. Genoemde partijen hebben deelgenomen aan een Electronic board room sessie (EBR). Tenslotte zijn bij enkele wetenschappelijke instellingen gegevens opgevraagd en is een literatuurstudie verricht. De resultaten van bovengenoemde kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn vooral verwerkt in hoofdstuk 8.

4.4 Operationalisering van de onderzoeksvragen

Voor de beantwoording van de eerste centrale onderzoeksvraag naar effecten van de WMK zijn uitgaande van de normstellingen in de wet (hoofdstuk 3), een achttal beoogde en niet-beoogde effecten van de WMK geformuleerd. In de volgende hoofdstukken, waarin de resultaten van het beleidsevaluatie-onderzoek onder de diverse actoren wordt besproken, is voorzover mogelijk nagegaan of deze effecten zich volgens de actoren voordoen.

4.4.1 Normstelling

De norm: inperking van de bevoegdheid tot aanstellingskeuringen

1. Beoogd effect: Het aantal aanstellingskeuringen daalt.
Het centraal stellen van het doelvereiste betekent dat aanstellingskeuringen alleen nog zijn toegestaan wanneer aan de vervulling van de functie bijzondere eisen van medische geschiktheid worden gesteld. Ervan uitgaand dat dit voorheen anders was, zou een adequate naleving moeten resulteren in een afname van het aantal aanstellingskeuringen.

2. Beoogd effect: In sollicitatiegesprekken blijven vragen naar gezondheid uit.
Relevant in dit verband is dat het begrip 'keuring' dermate ruim omschreven is, dat daaronder ook vragen naar iemands gezondheid in de context van een sollicitatiegesprek begrepen zijn. Tevens is er een verbod op het stellen van dit soort vragen tijdens een sollicitatiegesprek. In de Eerste Kamer is met enige scepsis op dit aspect van de regeling gereageerd. In de visie van de hier aan het woord zijnde leden moest van een dergelijk verbod niet veel verwacht worden, ten eerste omdat de gewenste informatie al in een eerder stadium van de sollicitatie vergaard zal zijn, ten tweede omdat een verbod daarop moeilijk te controleren is.[38]
Bij het vaststellen van een overtreding van dit verbod dient overigens meegenomen te worden in welke mate de werkgever bekend is met dit aspect van de regeling.

3. Niet-bedoeld neveneffect: Er ontstaan andere vormen van risicomijdend gedrag.
In termen van neveneffecten rijst vervolgens de vraag of, als gevolg van een hierdoor ontstane informatie-asymmetrie – de sollicitant weet iets wat zijn werkgever

[38] Kamerstukken I 1996/97, 23259, nr. 91c (memorie van antwoord)

niet mag vragen – dan wel de vrees daarvoor, iets verandert in het aanstellingsbeleid van bedrijven. In welke mate leidt de naleving van het verbod op aanstellingskeuringen tot (andere) vormen van risicomijdend gedrag en zo ja, welke? Dit type vragen behelst enerzijds de naleving (doen bedrijven wat ze moeten doen), anderzijds de eventuele - bij de Kamerbehandeling als ongewenst benoemde - neveneffecten.

4. Overige benoemde (neven)effecten.
Daarnaast zijn in de loop van de parlementaire behandeling enige verwachtingen uitgesproken over gevolgen van de gegeven inperking van de mogelijkheid tot aanstellingskeuren. Niet alle zijn te benoemen als kwantificeerbare 'effecten' en evenmin zijn alle door gericht onderzoek te meten. Wel zijn de gemaakte opmerkingen illustratief voor hetgeen de politiek kennelijk van de wet verwacht. Om die reden geven wij hier op deze plaats een overzicht. Genoemd zijn:

- het tegengaan van een tweedeling in de samenleving op grond van gezondheidstoestand of aanleg voor ziekte;[39]
- het wegnemen van de negatieve effecten van de privatisering van de ziektewet;[40]
- het tegengaan van selectie aan de poort;[41]
- meer kans op werk voor WAO-ers of voormalig WAO-ers (die door herkeuring de uitkering zijn kwijtgeraakt);[42]
- een eerlijker kans op werk voor chronisch zieken.[43]

De norm: beperking ten aanzien van de inhoud van keuringen

5. Beoogd effect: In de context van aanstellingen worden geen vragen gesteld of onderzoeken verricht naar zaken die een onevenredige inbreuk maken in de persoonlijke levenssfeer.
De norm ten aanzien van vragen en onderzoeken die een onevenredige inbreuk in de persoonlijke levenssfeer van de keurling betekenen, is in de context van verzekeringskeuringen vermoedelijk gewichtiger dan voor aanstellingskeuringen. Het doelvereiste voor aanstellingskeuringen ziet er immers al op toe dat niet lichtvaardig tot keuren wordt overgegaan. Niettemin is denkbaar dat medisch onderzoek in de context van een nog wel toelaatbare aanstellingskeuring informatie oplevert, die wanneer zij bij betrokkene bekend wordt, diep (te diep) in zijn persoonlijke levenssfeer ingrijpt. Voor deze situaties dient door middel van zelfregulering te worden voorzien.
Relevante vraag in deze is, of binnen de branche stappen zijn ondernomen, en zo ja welke, om deze norm in de context van aanstellingskeuringen effectief te doen zijn.

---

39 *Kamerstukken* II 1993/94, 23259, nr. 13 (nota n.a.v. het verslag)

40 Id.

41 *Kamerstukken* II 1993/94, 23259, nr. 17 (nota n.a.v. het nader verslag)

42 Id.

43 Id. Dit mogelijke effect werd genoemd in reactie op een vanuit de Kamer geponeerde stelling dat de doelgroep van deze regeling, chronisch zieken en mensen met een (zichtbare) handicap, de eerste sollicitatieronden niet eens bereikt.

De norm: versterking van de rechten van de keurling

6. Beoogd effect: De keurling weet wat zijn rechten zijn en kan ze effectueren.
Dit effect zal afhankelijk zijn van de naleving van regels. Ten eerste is beoogd dat na inwerkintreding van de wet stappen worden gezet die bewerken dat deze rechten voor de beoogde keurling ook gaan leven. Wordt hij/zij dienaangaande voldoende geïnformeerd en is er een klachtenprocedure ontwikkeld voor het geval dat klachten voorkomen? Indien hieraan is voldaan wordt relevant of en in welke mate deze rechten ook door de betrokkenen geëffectueerd kunnen worden.

7. Niet-bedoeld (neven)effect: Het recht op herkeuring kan worden misbruikt.
In de politieke discussie is een mogelijk negatief effect van het recht op herkeuring genoemd, namelijk een hausse aan aanvragen om herkeuring door degenen die zijn afgekeurd.[44] De minister meende overigens dat het hiermee zo'n vaart niet zou lopen omdat dit in de publieke sector, waar zo'n recht al langer bestaat, evenmin is gebeurd. Veel zal afhangen van de vraag of de bedrijfsarts zijn vak verstaat, aldus de bewindsman, en derhalve de keurling adequaat voorlicht en goed met hem communiceert.

De norm: aanvullende normstelling voor keuringvrager en keurend arts

8. Beoogd effect: De professionele zelfstandigheid van keuringsartsen zal verbeteren.
Het ligt in de bedoeling dat de arts een zekere mate van onafhankelijkheid verwerft en behoudt ten opzichte van de werkgever die aan de arbodienst verzoekt om een keuring. Daarbij dient de arts zich onder meer te houden aan de geheimhoudingsplicht en zich te beperken in wat hij de keuringsvrager meedeelt. Hiertoe zullen ook kaders of richtlijnen geschapen moeten worden door de arbodiensten.

4.4.2 Afstemming, handhaving en zelfregulering

Wat betreft de tweede centrale onderzoeksvraag, de afstemming met andere wetten en rechtsnormen en handhaving van de wet (zelfregulering in brede zin, zie hoofdstuk 3), zijn in het empirische onderzoek enkele aspecten onderzocht. De volgende vragen zijn hiervoor geformuleerd:

---

[44] Kamerstukken II 1993/94, 23 259, nr. 13.

Met betrekking tot afstemming met andere wetten en normen:

1. Bewaren keurende artsen de medische dossiers die aangelegd worden ten behoeve van een aanstellingskeuring?
2. Vragen keurende artsen toestemming aan de keurling om aanvullende gegevens op te mogen vragen?
3. Verhindert de WMK het vaststellen door de werkgever of een sollicitant arbeidsgehandicapt is, zodat werkgevers subsidiemogelijkheden van de Wet REA mislopen?
4. Melden sollicitanten spontaan iets over hun gezondheid (mededelingsplicht)?

Met betrekking tot handhaving en zelfregulering (in de brede zin):

1. Zijn er voor werkgevers richtlijnen voor sollicitatieprocedures opgesteld die conform de WMK zijn?
2. Zijn er voor keurende artsen richtlijnen voor aanstellingskeuringen opgesteld die conform de WMK zijn?
3. Vinden er op bedrijfssectorniveau activiteiten plaats waarbij nadere invulling wordt gegeven aan de WMK?
4. Worden de richtlijnen genoemd bij de vragen 1 en 2 toegepast en zijn ze eenduidig?
5. Vindt er overleg plaats met werknemers en arbodiensten aangaande de WMK?
6. Hebben werkgevers en arbodiensten een meldpunt voor klachten over een sollicitatieprocedure, respectievelijk een aanstellingskeuring?
7. Hebben sollicitanten/keurlingen klachten over de sollicitatieprocedure/ aanstellingskeuring?

5. Ontwikkelingen in het veld sinds de invoering van de WMK

5.1 Inleiding

De Wet op de medische keuringen is op het moment dat dit evaluatierapport werd geschreven ruim twee-en-eenhalf jaar van kracht. In deze periode reageerden enkele actoren op de wet of voerden deze op onderdelen uit. Deze ontwikkelingen zijn van invloed geweest op de inhoud van de vragen die in het onderzoek aan actoren zijn gesteld. Om die reden worden ze in dit hoofdstuk beschreven alvorens de resultaten te presenteren van het empirische onderzoek in de hierop volgende drie hoofdstukken.

5.2 De actoren: arbodiensten en bedrijfsartsen

WMK en Arbo-certificering
In de loop van het jaar 1999 treedt een geheel vernieuwde Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) 1998 in werking. Hierin is voorgeschreven dat de werkgever zich voor de uitvoering van aanstellingskeuringen moet laten bijstaan door een gecertificeerde arbodienst (art. 14 Arbowet 1998). Ten behoeve van deze certificering is in 1998 een certificatieschema opgesteld door het centraal college van deskundigen van de Stichting Beheer Certificatie Arbodiensten. Dit schema wordt op 17 februari 1998 goedgekeurd door de staatssecretaris van SZW en treedt kort nadien in werking als de Regeling certificatie arbodiensten. Aan deze regeling wordt op 30 juli 1999 een verwijzing toegevoegd naar de in de WMK genoemde voorschriften. De aldus uitgebreide regeling is per 1 september 1999 bindend voor alle gecertificeerde arbodiensten.
Vanaf dit moment geldt:

a. voor de werkgever, dat hij eventuele aanstellingskeuringen moet laten uitvoeren door gecertificeerde arbodiensten;
b. voor deze arbodiensten, dat zij zich houden aan de bovengenoemde WMK-conforme voorschriften.[45]

Algemene Richtlijn Aanstellingskeuringen (ARA)
In 1998 wordt in opdracht van de Branche Organisatie Arbodiensten een richtlijn ontwikkeld om binnen de diverse arbodiensten tot meer uniformiteit te komen in de werkwijze rond de aanstellingskeuringen. De richtlijn bevat een stappenplan en een overzicht van functie-eisen met de bijbehorende gezondheidscriteria en onderzoeksmethoden. De ARA (Hulshof, 1999) is medio 1999 beschikbaar gekomen voor arbodiensten en bedrijfsartsen.

---

[45] Voor verwijzing naar WMK in deze regeling zie bijlage.

In een bijgesloten beoordelingsformulier worden achttien veel voorkomende functie-eisen genoemd. Aan de hand van deze eisen kan worden nagegaan of er sprake is van bijzondere eisen ten aanzien van de medische geschiktheid voor de functie. Voor deze bijzondere functie-eisen is een vertaalslag gemaakt naar gezondheids-criteria en bijbehorende onderzoeksmethoden. Als voorwaarden om tot een aanstellingskeuring te mogen overgaan geldt steeds:

- ten eerste, dat de functie-eisen vertaald kunnen worden in gezondheidscriteria én dat er betrouwbare medische onderzoeksmethoden zijn om die gezondheids-criteria vast te stellen;
- ten tweede, dat de betreffende risicofactoren terugslaan op zaken die de werkgever redelijkerwijs niet met preventieve maatregelen kan beheersen.

De richtlijn is niet bindend en wordt dan ook mogelijk niet overal toegepast. Als instrument ter uniformering kan deze niettemin nuttige diensten bewijzen.[46]

5.3 De actor: werkgever

Herziene versie sollicitatiecode

De Nederlandse Vereniging voor Personeelsbeleid (NVP) beschikte al ruim voor de inwerkingtreding van de WMK over een sollicitatiecode, waarin basisregels zijn gegeven voor de werving en selectie. De code is, evenals de ARA voor arbo-diensten, niet juridisch bindend, maar geeft wel een indicatie hoe er als het aan de branche-organisatie ligt geopereerd dient te worden. Bij de beoordeling in rechte van criteria als precontractuele goede trouw en goed-werkgeverschap spelen de hierin gegeven normstellingen derhalve wel degelijk een rol.

In de loop van 1999 had de Staatssecretaris van SZW de Stichting van de Arbeid aangespoord om, in navolging van de motie-De Wit, te komen tot 'een handzame richtsnoer voor bedrijven voor het terrein van de werving en selectie'. Mogelijk heeft de dreiging met wettelijke maatregelen vruchten afgeworpen, want in maart 2000 kan de Minister de Kamer laten weten, dat de Stichting van de Arbeid in samenwerking met de NVP is gekomen met een richtsnoer voor bedrijven voor wervings- en selectie beleid, én dat daarin is gekozen voor de promotie van één sollicitatiecode en één landelijke klachtenvoorziening. Overigens heeft deze laatste geen betrekking op aanstellingskeuringen.

In deze vernieuwde code (NVP 2000) staan wel verwijzingen naar de Algemene wet gelijke behandeling (AWGB), de WMK en het Protocol Aanstellingskeuringen van de KNMG (PAK). Centrale uitgangspunten van deze code zijn:

- een eerlijke kans op aanstelling (gelijke kansen bij gelijke geschiktheid);
- deugdelijke en volledige informatievoorziening aan sollicitanten;
- beperkte informatie-inwinning in het kader van de sollicitatie (slechts wat nodig is voor de beoordeling van de geschiktheid voor de functie);
- vertrouwelijke en zorgvuldige omgang met persoonsgegeven;

[46] De vijf stappen in dit plan zijn: de klant informeren, functie-eisen opstellen, besluiten of al dan niet tot aanstellingskeuring wordt overgegaan, zo ja, de inhoud van deze keuring vaststellen en deze vervolgens uitvoeren.

- tijdige afhandeling van schriftelijk ingediende klachten naar aanleiding van de sollicitatie.

Code en klachtenvoorzieningen treden per 1 april 2000 in werking.

Over deze ontwikkeling merkt de minister in een recente brief aan de Kamer het volgende op:

> "Hoewel de klachtenvoorziening in eerste instantie voor een periode van twee jaar is vastgesteld, waarvoor ik een ondersteunende subsidie heb verstrekt, ga ik er vanuit dat na de looptijd van twee jaar werkgevers en werknemers in de Stichting, in overleg met de NVP, de klachtenregeling een vervolg zullen geven. Ik verwacht dat het samenstel van de nieuwe aanbevelingen van de Stichting met de nieuwe sollicitatiecode van de NVP en de daaraan gekoppelde klachtenregeling de ondernemingen zal stimuleren tot het realiseren van een goed en zorgvuldig wervings- en selectiebeleid, alsmede op die bedrijven toegesneden laagdrempelige klachtenregelingen. Evenzeer zullen de door de Stichting en de NVP voorgenomen voorlichtingsactiviteiten en de ondersteunende rol daarbij van mijn departement, daartoe een belangrijke bijdrage kunnen leveren. Hierbij denk ik met name aan het Midden- en Kleinbedrijf."[47]

5.4 De actor: de politiek

Moties vanuit de Tweede Kamer

De weerspannige houding van de in de RCO georganiseerde werkgevers leidt al vrij snel na inwerkingtreding van de WMK tot Kamervragen. Is de minister van mening dat, als deze partij in zijn houding volhardt, de kans op zelfregulering daarmee is verkeken en de voorbereidingen tot een AMvB maar beter meteen kunnen worden opgestart? zo luidt de centrale vraag in deze. Minister Borst houdt, mede namens de minister van Justitie en de staatssecretaris van SZW, het kruit vooralsnog droog en antwoordt dat de Regering wil vasthouden aan het uitgangspunt van de geconditioneerde zelfregulering en het daarin voorziene tijdpad van drie jaar. Vooralsnog wil de regering ervan uitgaan dat de betrokken organisaties tot onderlinge afspraken zullen komen, waardoor de instelling van overheidswege van een onafhankelijke klachtencommissie niet nodig zal zijn, aldus de minister. Mocht na verloop van tijd komen vast te staan, dat deze commissie er niet binnen de voorgeschreven termijn van drie jaar zal komen, dan worden de voorbereidingen tot een AMvB terstond opgestart. [48]

Vervolgens doet de staatssecretaris van SZW in het najaarsoverleg opnieuw een klemmend beroep op de betrokken partijen om hun maatschappelijke verantwoordelijkheid in deze te nemen. Dit blijft zonder resultaat: de Stichting van de Arbeid laat

---

[47] Brief van de minister van SZW d.d. 9.3.00, TK 199/00, 25 042, nr.11.

[48] Vragen van de leden Kant (SP) en Van Boxtel (D66) van 14.7.98 en antwoord van de minister van 21.8.98.

de minister weten dat de klachtencommissie-WMK er niet zal komen 'vanwege onvoldoende draagvlak bij de achterban van één van de partners'.[49]

Deze brief stamt uit 1999. Geruime tijd voordat deze is verzonden bereikt de Kamer signalen dat de wet - en dan met name het verbod op het stellen van gezondheidsvragen - veelvuldig zou worden overtreden. In een debat naar aanleiding van een algemeen overleg over de privatisering van de Ziektewet worden twee moties ingediend.

- de motie Schimmel c.s. waarin de regering verzocht wordt om, indien in december blijkt dat de onafhankelijke WMK-klachtencommissie door de representatieve organisaties niet wordt opgezet, voorbereidingen te treffen om zelf zo'n commissie in het leven te roepen én om daaraan voorafgaand per 1 januari 1999 een meldpunt voor klachten te creëren.[50]
- de motie De Wit waarin de regering gevraagd wordt om zo spoedig mogelijk in overleg te treden met de Stichting van de Arbeid en de Raad voor het overheidsbeleid om tot een betere naleving van de sollicitatiecode van de NVP te komen én de Kamer vervolgens van de resultaten van dat overleg in kennis te stellen.[51]

Beide moties zijn aangenomen.

Meldpunt en klachtencommissie

Het aan de Tweede Kamer toegezegde Meldpunt Klachten-WMK is per 1 januari 1999 ingesteld en ondergebracht bij het Breed Platform Verzekerden en Werk. Een meldpunt is, zoals mevrouw Schimmel een half jaar later opmerkt, echter nog geen klachtencommissie. Als derhalve de bovengenoemde brief van de Stichting van de Arbeid binnenkomt, is de afwachtende houding van de Kamer en de regering ten einde. Tijdens het vragenuurtje van 15 juni 1999 laat de staatssecretaris de Kamer weten dat de organisatorische en juridische voorbereidingen voor de vorming van een klachtencommissie in gang gezet zullen worden. Deze commissie zal belast worden met de afhandeling van klachten ten aanzien van zowel aanstellings- als verzekeringskeuringen en dient per 1 januari 2001 operabel te zijn.[52]

Inmiddels heeft de nieuw bijeen geroepen Begeleidingscommissie PAK, onder voorzitterschap van de KNMG, in oktober 2000 een advies verzonden aan de Staatssecretaris over de klachtencommissie en –procedure.

---

[49] Brief van de Stichting van de Arbeid aan de staatssecretaris van SZW d.d. 7 juni 1999.

[50] Motie van het lid Schimmel c.s. d.d. 13 oktober 1998, Kamerstukken II 1998/99, 25 024, nr. 4.

[51] Motie De Wit d.d. 13 oktober 1998, Kamerstukken II 1998/99, 25 024, nr. 5. De NVP-sollicitatiecode komt hierna aan de orde.

[52] Vragenuur d.d. 15 juni 1999 naar aanleiding van vragen van het lid Schimmel over de totstandkoming van klachtencommissies in de uitvoering van de WMK.

5.5 Invloed op de inhoud van vragen aan actoren

De genoemde ontwikkelingen zijn van invloed op de vragen die in het kader van deze evaluatie aan actoren zijn gesteld. De bedrijfsartsen zijn uitvoerig bevraagd over de wijze waarop de in de WMK genoemde voorschriften worden gecommuniceerd tussen arbodienst en bedrijfsarts en van bedrijfsarts naar werkgever. Daarbij is gevraagd naar hun ervaring met en oordeel over de ARA. De werkgevers zijn uitvoerig bevraagd over hun kennis over en toepassing van de voorschriften bij sollicitaties. Het oordeel van werkgevers over een WMK-Klachtenregeling was door de opstelling van de in de RCO georganiseerde werkgevers op voorhand duidelijk. Wel is gevraagd naar afspraken die werkgevers met de andere actoren hebben gemaakt op bedrijfs- en sectorniveau. De vertegenwoordigers van belangen van keurlingen, met name het BPV&W en de Vakorganisaties, zijn bevraagd over de naleving van de voorschriften en algemeen oordeel over de WMK.

6. Onderzoek naar werkgeversbeleid

6.1 Verantwoording onderzoek

De gegevens waarover hier gerapporteerd wordt, zijn de neerslag van 1001 door veldwerkbureau Intomart uitgevoerde telefonisch enquêtes. Deze gesprekken zijn gevoerd met representanten van bedrijven, voorzover dit geen éénmansbedrijven waren.
Deze representanten zijn voor het merendeel werkzaam op de afdeling personeelszaken. Bij kleine bedrijven waar een dergelijke afdeling ontbrak, is het gesprek gevoerd met iemand van de bedrijfsleiding. In het vervolg wordt kortheidshalve over 'bedrijven' gesproken als verwezen wordt naar deze bedrijfsrepresentanten.
De bedrijven die voor een gesprek werden benaderd, zijn zodanig gekozen dat voor zes bedrijfssectoren en drie bedrijfsgrootten een gelijkmatige verdeling van aantallen bedrijven werd bereikt. Dat komt in de praktijk neer op een celvulling van rond de 50 tot 60 bedrijven voor elke combinatie van bedrijfssector en grootteklasse. Het gaat om de volgende sectoren: industrie, bouwnijverheid, handel en horeca, zakelijke dienstverlening en de quartaire sector. Voor elke sector zijn er bedrijven gekozen met 2 tot 10 werknemers, 10 tot 100 werknemers en bedrijven met 100 en meer werknemers. Bij de sector landbouw zijn alleen de eerste twee grootteklassen beschikbaar.
Door deze samenstelling van de onderzoeksgroep wordt bij analyses een goede afspiegeling van uiteenlopende sectoren en bedrijfsgroottes bereikt. Zo wordt voorkomen dat de resultaten al te zeer worden beïnvloed door de ervaringen en opvattingen van een klein aantal bedrijven binnen een bepaalde sector en grootteklasse.

Om te bezien hoe "Nederlandse bedrijven" reageren op de gestelde vragen is het noodzakelijk om een wegingprocedure toe te passen die de resultaten representatief laat zijn voor de werkelijke verdeling van sectoren en bedrijfsgrootten in Nederland. Deze wegingprocedure komt neer op vermenigvuldiging van gevonden resultaten met een factor die aangeeft hoe het aantal ondervraagde bedrijven zich verhoudt tot het werkelijk aantal. Door terugrekening van dit aantal naar het aantal van 1001 bedrijven, kunnen de na weging gevonden verschillen op statistische significantie getoetst worden. De p-waarde van de gevonden chi-kwadraat (weergegeven als "p-Chi^2") wordt in de tabellen vermeld. De getallen in de tabellen geven percentages weer. Wanneer de sector van het bedrijf als invalshoek wordt genomen, moet er rekening mee worden gehouden dat de sectoren verschillen in de samenstelling van grotere en kleinere bedrijven. Als bedrijfsomvang van invloed is, doet die invloed zich dus ook gelden via de sector van het bedrijf.
De resultaten van het onderzoek onder werkgevers worden gepresenteerd in de volgorde waarin de onderwerpen in de vragenlijst werden aangekaart. In de samenvatting in paragraaf 6.9 worden de resultaten in verband gebracht met de onderzoeksvragen.

6.2 Bedrijven die medische aanstellingkeuringen laten uitvoeren

Er zijn meerdere vragen gesteld die een indruk geven van de mate waarin in Nederlandse bedrijven bij sollicitaties medische aanstellingskeuringen aan de orde zijn. De eerste vraag is overgenomen uit de Ctsv-werkgeversenquête die in 1998 en 1999 werd afgenomen (Berendsen e.a., 1989; Burger e.a., 1999). Deze vraag maakt het mogelijk de hier besproken gegevens te vergelijken met de resultaten van twee voorgaande jaren.

> *Vraag 1:* "Als u nieuw personeel aanneemt, behoort een medische keuring dan tot de normale sollicitatieprocedure?" *[ja; nee, niet meer na de invoering van de WMK; nee, zonder meer; niet van toepassing (afgelopen jaar geen nieuw personeel aangenomen); weet niet]*

Het antwoord op deze vraag wordt in het vervolg aangeduid als een medische aanstellingskeuring 'als normale procedure'. In totaal 7,8% van de bedrijven geeft als antwoord aan dat een medische keuring tot de normale sollicitatieprocedure behoort. Echter in een vervolgvraag geeft 'slechts' tweederde van deze gevallen aan dat de keuring uitgevoerd wordt door een arts. Als het getal van 7,8% vergeleken wordt met de Ctsv-cijfers over eerdere jaren, dan zou er sprake zijn van een vrijwel gelijk blijvend percentage ten opzichte van 1999. Het cijfer voor 1999 bedroeg immers 9% en lag in 1998 nog op 13%.

Eén bezwaar dat aan de Ctsv-vraag naar aanstellingskeuringen kleeft, is dat niet goed duidelijk is wat onder 'een normale sollicitatieprocedure' verstaan moet worden. Wordt het (zeer onwaarschijnlijke) geval bedoeld dat voor alle functies een keuring aan de orde is of is het al voldoende dat voor één functie binnen het bedrijf een keuring de normale procedure is? Verder is het niet duidelijk wanneer bedrijven de antwoordcategorie 'niet van toepassing, geen personeel aangetrokken' zullen gebruiken. Omdat het gaat om de procedure die gevolgd wordt *in het geval dat* nieuw personeel wordt aangetrokken, is het immers in principe ook mogelijk de vraag te beantwoorden zonder in het afgelopen jaar personeel te hebben aangetrokken. Er is sprake van een duidelijk verschil tussen bedrijven die al dan niet personeel hebben aangetrokken. Tabel 6.1 laat deze verschillen zien voor bedrijven met uiteenlopende bedrijfsomvang.

Tabel 6.1 Percentage bedrijven met een aanstellingskeuring 'als normale procedure' naar het al dan niet hebben geworven van personeel in het afgelopen jaar

	Laatste 12 maanden personeel geworven?	
Keuring normale procedure	*ja*	*nee*
ja	3.9	15.7
niet na 1-1-1998	1.8	0.3
nee	94.2	67.4
niet geworven	-	13.0
weet niet	0.1	3.6
gewogen n	670	331

p- Chi^2=.001

Er is sprake van een beduidend lager percentage aanstellingskeuringen 'als normale procedure' onder bedrijven die nieuw personeel hebben aangetrokken. Had men nieuw personeel aangetrokken dan geeft slechts 3,9% van de bedrijven aan te keuren en zegt 1,8% daarmee te zijn gestopt na het tijdstip van invoering van de WMK. Het gaat in vrijwel alle gevallen om een keuring uitgevoerd door een arts.
Heeft men geen nieuw personeel in dienst genomen, dan noemt 15,7% van de bedrijven een aanstellingskeuring en zegt slechts 0,3% daarmee vanaf het moment van de invoering van de WMK te zijn gestopt. Die keuringen worden slechts in de helft van de gevallen door een arts verricht. Dit resultaat suggereert dat indien bedrijven geen recente ervaring met nieuw personeel hebben, zij gemakkelijker melding maken van een aanstellingskeuring. Het blijft stellig de vraag of zo'n keuring in de toekomst ook daadwerkelijk zal worden uitgevoerd.
In tabel 6.2 wordt bezien in hoeverre de bedrijfsomvang van invloed is op het aangeven van aanstellingskeuringen.

Tabel 6.2 Percentage bedrijven met een aanstellingskeuring 'als normale procedure' naar bedrijfsomvang

	Aantal werknemers:			
keuring normale procedure:	*2-10*	*10-99*	*100+*	*totaal*
ja	7.5	8.3	10.3	7.8
niet na 1-1-98	0.6	2.9	5.1	1.4
nee	83.3	88.8	85.3	84.4
nvt (niet geworven)	6.3	-	-	4.3
weet niet	1.8	-	-	1.2
gewogen n	681	278	39	998
p- Chi^2 = .000				

Er blijkt sprake van een vrij bescheiden verband tussen keuringen zoals gemeten met deze vraag en bedrijfsomvang. De verwachting is immers dat met de omvang van het bedrijf de kans op de aanwezigheid van functies waarvoor een keuring aan de orde is, aanzienlijk zal toenemen.
Over de verschillende bedrijfssectoren zijn de verschillen gering; de bouw (11,3%) en de zakelijke dienstverlening (12,8%) maken iets vaker dan gemiddeld (7,8%) melding van keuringen 'als normale procedure'.
Vanwege de geschetste interpretatieproblemen is een tweede vraag in de vragenlijst voor werkgevers opgenomen, die luidt:

> *Vraag 2:* "Heeft uw bedrijf (bedrijfsvestiging) functies die bijzondere eisen stellen aan de medische geschiktheid, waarbij een aanstellingskeuring onderdeel uitmaakt van een sollicitatieprocedure?" *[ja, nee, weet niet]*

Het antwoord op deze tweede vraag wordt aangeduid als een aanstellingskeuring 'als onderdeel van de sollicitatieprocedure'. Tabel 6.3 geeft de samenhang in de beantwoording van deze vraag en de eerder behandelde vraag (keuring 'als normale procedure').

Tabel 6.3 Vergelijking keuring als 'normale procedure' met keuring als 'onderdeel van sollicitatieprocedure'

	Keuring 'als onderdeel van sollicitatieprocedure'			
keuring 'als normale procedure'	ja	nee	weet niet	% rij
ja	35.0	3.7	36.4	7.8
niet na 1-1-'98	-	1.5	-	1.4
nee, zonder meer	63.4	89.2	27.3	85.3
nvt (geen nieuw personeel)	0.8	4.3	36.4	4.3
weet niet	0.8	1.4	-	1.3
totaal	*100%*	*100%*	*100%*	
gewogen n	*120*	*870*	*11*	
% kolom	*11.9*	*86.9*	*1.1*	

Bovenstaande tabel maakt duidelijk dat de beantwoording van de vraag naar aanstellingskeuringen sterk afhankelijk is van de formulering van de vraag. Met de nieuwe vraag wordt niet alleen een hoger percentage keurende bedrijven gevonden (11,9%) maar er blijkt bovendien weinig overeenstemming met de antwoorden op de eerdere vraag naar aanstellingskeuringen. In slechts 35% van de gevallen is er sprake van een keuring als 'normale procedure' als er functies zijn waarvoor een aanstellingskeuring 'onderdeel van de sollicitatieprocedure' is. Correct is dat alle bedrijven die op de eerdere vraag aangaven te zijn gestopt met keuren na invoering van de WMK, nu de vraag naar keuringen als onderdeel van de sollicitatieprocedure met 'nee' beantwoorden. De 63,4% van de gevallen waarin sprake is van een aanstellingskeuring als 'onderdeel van sollicitatieprocedure' maar niet als 'normale procedure', vinden waarschijnlijk hun grond in de gevallen waarin voorkomende medische aanstellingskeuringen niet als een 'normale procedure' gezien werden. Minder makkelijk is te verklaren waarom eerst een aantal personen 'ja een normale procedure' aangeeft en daarna zegt dat functies ontbreken waarvoor een keuring onderdeel van de sollicitatieprocedure is.
In tabel 6.4 wordt het antwoord op de tweede vraag in verband gebracht met bedrijfsomvang.

Tabel 6.4 Percentage bedrijven dat aanstellingskeuringen verricht als 'onderdeel van de sollicitatieprocedure', naar bedrijfsomvang

	Aantal werknemers:			
keuring 'onderdeel sollicitatieprocedure'	2-10	10-99	100+	totaal
ja	9.8	14.3	32.4	11.9
nee	88.5	85.3	67.6	86.9
weet niet	1.6	0.4	-	1.1
gewogen n	681	279	37	997
p- Chi^2 = .000				

Er is bij de vraag naar aanstellingskeuringen 'als onderdeel van de sollicitatieprocedure' sprake van een duidelijke samenhang met een (grotere) bedrijfsomvang; veel uitgesprokener dan bij de eerdere vraag naar keuringen 'als normale procedure'.

Bovendien levert deze tweede vraag naar keuringen ook als men geen nieuw personeel heeft aangetrokken, een ongeveer even hoog percentage keurende bedrijven: 11,8 % tegenover 12,1% bij bedrijven met nieuw personeel. Blijkbaar is deze vraag minder gevoelig voor een te hoge schatting op grond van het ontbreken van recente ervaring met het werven van nieuw personeel. Op grond van deze resultaten wordt aangenomen dat het antwoord op de tweede vraag een betrouwbaarder schatting van het werkelijk aantal bedrijven met een aanstellingskeuring in Nederland oplevert.[53] Tabel 6.5 geeft een beeld naar bedrijfssector.

Tabel 6.5 Percentage bedrijven dat aanstellingskeuringen verricht als 'onderdeel van de sollicitatieprocedure' naar bedrijfssector

	landb.	*indus.*	*bouw*	*handel/ horeca*	*zakelijk dientsv.*	*quartair*
onderdeel sollicitatieprocedure:						
ja	11.4	9.7	8.2	13.4	11.9	12.3
nee	84.3	90.3	91.8	86.6	87.1	87.7
weet niet	4.3	.	.		1.0	.
gewogen n	185	72	61	373	194	114
p- Chi^2=.001						

Er is sprake van een iets lager percentage bedrijven met een aanstellingskeuring bij de industrie (9,7%) en bouw (8,3%) dan bij de overige sectoren.

6.3 Andere bronnen over keurende bedrijven

Er zijn via het SZW-werkgeverspanel cijfers beschikbaar over de mate waarin bedrijven zouden keuren als ze nieuw personeel aannemen en over de mate waarin bedrijven feitelijk aanstellingskeuringen hebben laten verrichten. Ook hier blijkt de vraagstelling van grote invloed op de uitkomst. Begin van het jaar 2000 zegt 13% van de bedrijven dat men zou keuren (aanstellingskeuring of gezondheidsverklaring) als er die maand een nieuwe werknemer in dienst zou treden en nog eens 12% zegt dat het 'er vanaf zal hangen'. In werkelijkheid lieten de bedrijven in kwestie in 5,5% van de gevallen het jaar ervoor een medische aanstellingskeuring uitvoeren (SZW, 2000). Dit laatste getal ligt met name hoog in de vervoerssector (46,8%), de procesindustrie (13,6%) en de niet-commerciële dienstverlening (13,3%). Opnieuw past de kanttekening dat bedrijfsgrootte per sector hier mede een rol speelt. In het volgende hoofdstuk wordt op het hier behandelde onderwerp teruggekomen aan de hand van keuringen door bedrijfsartsen. Er wordt bekeken in welke sectoren en voor welke beroepsgroepen zij die keuringen uitvoeren.

53 Wanneer in het vervolg een onderscheid wordt gemaakt tussen keurende en niet-keurende bedrijven gaat het om het antwoord op de tweede vraag. Voor alle duidelijkheid wordt telkens ter typering van de vraag vermeld: 'als onderdeel van de sollicitatieprocedure'.

6.4 Vragen van werkgevers naar de gezondheid, eerder verzuim en een gezondheidsverklaring

Tijdens een sollicitatiegesprek kan een werkgever proberen om in gezondheidskundig opzicht een beeld van de geschiktheid van de sollicitant te krijgen. Dit kan bijvoorbeeld door rechtstreeks te vragen naar de gezondheid, naar eerder ziekteverzuim of om een gezondheidsverklaring. Volgens art. 4 lid 2 WMK is dit in de regel verboden. Toch worden bij 39,2% van de bedrijven tijdens een sollicitatie vragen gesteld over de gezondheid van de betrokkene en bij 23,9% wordt een vraag over eerder ziekteverzuim gesteld. Bij 2,4% van de bedrijven wordt een gezondheidsverklaring gevraagd. (Dit laatste kan onder meer noodzakelijk zijn vanwege Europese wet- en regelgeving, waarbij de wijze van uitvoering niet conform de WMK geschiedt.)
In tabel 6.6 wordt deze gegevens afgezet tegen het al dan niet medisch laten keuren ('als onderdeel van sollicitatie').

Tabel 6.6 Percentage bedrijven dat gezondheidskenmerken van sollicitanten achterhaalt naar al dan niet laten keuren ('onderdeel sollicitatie procedure')

	Bedrijf kent:		
	aanstellingskeuring	*geen aanstellingskeuring*	*totaal*
vragen naar/om:			
vraag naar gezondheid	44.5	39.0	39.2
vraag naar verzuim	39.2	20.9	22.9
gezondheidsverklaring	12.6	1.0	2.4
gewogen n	120	880	1001
p- $Chi^2 < .001$ (bij elk aspect)			

Het blijkt dat in bedrijven waar medisch gekeurd wordt, bij sollicitaties vaker vragen worden gesteld over de gezondheid en het eerdere verzuim en dat vaker naar een gezondheidsverklaring wordt gevraagd.
Tabel 6.7 geeft hiervan een beeld naar bedrijfsomvang.

Tabel 6.7 Percentage bedrijven dat gezondheidskenmerken van sollicitanten achterhaalt naar bedrijfsomvang

	Aantal werknemers			
	< 10	*10-99*	*100+*	*totaal*
vragen naar/om:				
vraag naar gezondheid	39.3	40.5	15.8	39.2
vraag naar verzuim	24.5	20.9	10.8	22.9
gezondheidsverklaring	1.6	2.2	18.4	2.4
gewogen n	680	278	38	996
p- $Chi^2 < .001$ (bij elk aspect)				

Tabel 6.7 maakt duidelijk dat bedrijven met 100 of meer werknemers vaker om een gezondheidsverklaring vragen. Kleine en middelgrote bedrijven vragen tijdens een sollicitatiegesprek vaker naar de gezondheid of het verzuim van de sollicitant.

Als een optelling wordt gemaakt van de hiervoor genoemde methoden om iets van de gezondheid van een sollicitant te weten te komen, dan blijkt 53,7% van de bedrijven geen enkele van die methoden toe te passen, 28,1% één en 18,2% twee of meer (tabel 6.8).

Tabel 6.8 Percentage bedrijven dat gezondheidskenmerken van sollicitanten achterhaalt naar bedrijfsomvang

	Aantal werknemers:			
	> 10	*10-99*	*100 +*	*totaal*
achterhaalt gezondheidskenmerken:				
op geen enkele manier	52.9	55.0	57.9	53.7
op één manier	27.9	27.0	39.5	28.1
op meer manieren	19.2	18.0	2.6	18.2
n gewogen	680	278	38	996
p- Chi^2 =.065				

De verschillen tussen bedrijven met een uiteenlopende omvang zijn miniem als de verschillende mogelijkheden voor het achterhalen van gezondheidskenmerken samengenomen worden (tabel 6.8). Tussen bedrijfssectoren blijken er ook amper verschillen te bestaan (tabel 6.9).

Tabel 6.9 Percentage bedrijven dat gezondheidskenmerken van sollicitanten achterhaalt naar bedrijfssector

	landb.	*indus.*	*bouw*	*handel/ horeca*	*zakelijk dientsv.*	*Quartair*
achterhaalt gezondheidskenmerken						
op geen enkele manier	52.7	52.1	50.0	50.7	59.5	58.8
op één manier	27.7	32.9	32.3	29.2	24.1	27.2
op meer manieren	19.6	15.1	17.7	20.1	16.4	14.0
gewogen n	185	72	61	373	194	114
p- Chi^2=.87						

6.5 Wanneer gaat men over tot het achterhalen van gezondheidskenmerken?

In vervolg op de vraag uit de Ctsv-lijst naar een keuring 'als een normale procedure', is gevraagd in welke gevallen zo'n keuring door een arts wordt uitgevoerd, bijvoorbeeld bij twijfel aan de gezondheid van de betrokkenen en/of bij functies die bijzondere eisen stellen aan de medische geschiktheid. Daarnaast werd gevraagd naar mogelijke andere gevallen waarin een medische keuring aan de orde zou zijn. Dergelijke vervolgvragen werden ook gesteld voor de gevallen waarin sprake was van vragen naar de gezondheid, het eerdere verzuim en de vraag om een gezondheidsverklaring.

Tabel 6.10 geeft een overzicht van de antwoorden. Binnen de anders-categorie wordt vooral verwezen naar het bestaan van een *standaardprocedure* ('contractueel vastgelegd' en 'geldt voor allen') zonder een nadere toelichting op 'het waarom' van die

procedure. In bepaalde gevallen wordt een specificatie gegeven van *bepaalde functies* waarbij zo'n procedure aan de orde is: alleen uitvoerenden, administratief personeel niet e.d.. Zoals de lezer bekend is mag een aanstellingskeuring alleen verricht worden door een arts indien er bijzondere functie-eisen zijn geformuleerd. In de praktijk zijn werkgevers hier minder mee bekend.

Tabel 6.10 Redenen waarom bedrijven nieuw personeel medisch laten keuren door een arts, zelf vragen naar gezondheid, eerder verzuim of om een gezondheidsverklaring

	medische keuring door arts	*vraag gezondheid*	*vraag verzuim*	*gezondheids verklaring*
in geval van:				
twijfel gezondheid	18.0	19.9	34.8	.
bijzondere eisen functie	32.0	15.9	15.4	34.0
het is standaardprocedure	20.0	54.4	22.3	35.4
vanwege bepaalde functies	10.0	4.7	5.2	.
overige 'anders'	8.0	6.0	25.3	42.9
weet niet	12.0	3.1	2.0	22.8
gewogen n	120	392	230	24

Omdat meerdere antwoorden in principe mogelijk zijn, kan het totaal boven de 100% uitkomen.

'De eisen die de functie stelt' spelen een wat grotere rol bij het laten verrichten van een medische aanstellingskeuring of gezondheidsverklaring; twijfel aan de gezondheid van een sollicitant meer bij de vraag naar eerder verzuim. In de anderscategorie bij gevallen waarin een gezondheidsverklaring wordt gevraagd, is twee maal melding gemaakt van ziektekostenverzekering en pensioenverzekering. Ook bij de gevallen waarin naar eerder verzuim wordt gevraagd is een enkele keer het kunnen afsluiten van een verzekering het argument.

Elders in de vragenlijst is ingegaan op de vraag of binnen het bedrijf de functievereisten schriftelijk zijn vastgelegd. In iets meer dan de helft is dat het geval; in bedrijven waar aanstellingskeuringen aan de orde zijn, iets vaker (63,6%). Dat betekent tegelijk dat in 36,4% van de bedrijven waar gekeurd wordt, de functievereisten niet op schrift staan; in bedrijven met tussen de 10 en 100 werknemers is dit zelfs 47,4%.
Bij de keuze voor het al dan niet keuren voldoet de praktijk in veel gevallen niet aan de verplichting alleen dan te keuren als functie-eisen daartoe aanleiding geven. Het lijkt er op dat er in meer dan de helft van de gevallen om andere redenen en op een andere wijze wordt gekeurd dan de WMK wil toestaan.

6.6 Overleg met werknemers en/of arbodienst over functies die in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring

In deze paragraaf komt aan de orde in hoeverre men binnen het bedrijf met de werknemers (al dan niet via de ondernemingsraad) en/of de arbodienst heeft overlegd welke functies in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring. Overleg met de

werknemers over de vraag welke functies al dan niet in aanmerking komen, vindt plaats in 5,6% van de bedrijven en overleg met de arbodienst in 8,0% van de bedrijven. Met minstens één van beide partijen voert 10,8% van de bedrijven overleg; met beide partijen slechts 2,7% (tabel 6.11).
Voor zo'n overleg is het vereist dat men schriftelijk heeft vastgelegd wat de functie-eisen van de verschillende functies in het bedrijf zijn. Het blijkt dat wanneer overleg wordt gevoerd met minstens één van beide partijen in 70% van de gevallen de functie-eisen schriftelijk zijn vastgelegd. Met name in bedrijven met minder dan 35 werknemers, vindt overleg vaker plaats zonder dat de eisen schriftelijk zijn vastgelegd. Op grond van tabel 6.11 wordt duidelijk dat bedrijfsomvang voor het al dan niet aangaan van overleg, een belangrijke rol speelt.

Tabel 6.11 Percentage bedrijven waar overleg met werknemers en/of arbodienst plaats vindt over functies die in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring, naar bedrijfsomvang

	Aantal werknemers:			
	2-9	*10-99*	*100 +*	*totaal*
overleg met OR	4.4	5.1	27.8	5.6
overleg met arbodienst	4.8	11.0	42.9	8.0
overleg met OR én arbodienst	1.2	3.2	25.7	2.7
overleg met OR of arbodienst	8.1	13.0	42.9	10.8
gewogen n	608	253	35	896
p- Chi^2 = .000 (elk aspect)				

Indien binnen het bedrijf gekeurd wordt kan men verwachten dat dit de animo voor overleg over functies waarvoor keuring relevante is, zal bevorderen. Het al dan niet laten verrichten van aanstellingskeuringen ('als onderdeel van de sollicitatie') blijkt inderdaad van invloed op de mate van overleg. In bedrijven die laten keuren ligt het percentage overleg met werknemers of arbodienst op 32,4% en in de overige bedrijven op 8,0%. Dit verschil geldt voor elke bedrijfsomvang, zij het dat het verband in de kleinste bedrijven zwakker is (tabel 6.12). Op grond van de gegevens in tabel 6.12 kan geconcludeerd worden dat er in bedrijven met minstens 10 werknemers waar gekeurd wordt, in heel wat gevallen overleg is met de werknemers of arbodienst over welke functies voor een aanstellingskeuring in aanmerking komen.

*Tabel 6.12 Percentage bedrijven waar overleg is met werknemers en/of arbodienst over functies die in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring naar het al dan niet **laten** verrichten van keuringen, per bedrijfsomvang*

	Aantal werknemers:					
	2-9		*10-99*		*100+*	
Bedrijf laat keuren →	*ja*	*nee*	*ja*	*nee*	*ja*	*nee*
overleg met OR of arbodienst	14.9	7.4	50.0	7.7	83.3	25.0
gewogen n	67	530	32	221	12	24
p- $Chi^2 < .001$						

Tabel 6.13 toont de mate van overleg met werknemers of arbodienst over voor keuring in aanmerking komende functies, naar bedrijfssector. In de landbouwsector wordt relatief weinig overleg gevoerd.

Tabel 6.13 Percentage bedrijven waar overleg is met werknemers en/of arbodienst over functies die in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring, naar bedrijfssector

	Landb	*indus.*	*bouw*	*handel/ horeca*	*zakelijk dientsv.*	*quartair*	*totaal*
overleg met OR of arbodienst	5.6	12.1	13.3	13.0	9.6	13.0	10.8
gewogen n	179	67	60	309	176	108	899
p- $Chi^2 = .16$							

6.7 Klachtenprocedure

Een meldpunt waar een sollicitant een klacht over de sollicitatieprocedure kan indienen heeft 12,6% van de bedrijven. In bedrijven met meer dan 100 werknemers, is dit in één van de drie bedrijven het geval. Tabel 6.14 en 6.15 geven een overzicht van het voorkomen van een meldpunt binnen het bedrijf naar respectievelijk bedrijfsomvang en bedrijfssector.

Tabel 6.14 Percentage bedrijven met een meldpunt voor klachten over de sollicitatieprocedure naar bedrijfsomvang

	Aantal werknemers:			
	2-9	*10-99*	*100+*	*totaal*
meldpunt	9.9	15.0	33.0	12.8
gewogen n	608	254	36	898
p- $Chi^2 = .000$				

Tabel 6.15 Percentage bedrijven met een meldpunt voor klachten over de sollicitatieprocedure naar bedrijfssector

	Landb.	*indus.*	*bouw*	*handel/ horeca*	*zakelijk dienstv.*	*quartair*	*totaal*
meldpunt	6.7	11.9	13.3	6.5	23.3	20.4	12.8
gewogen n	179	67	60	309	176	108	899
p- Chi^2 = .000							

Behalve met de omvang van het bedrijf, blijkt de aanwezigheid van een meldpunt ook een samenhang te vertonen met de sector van het bedrijf: een relatief laag cijfer voor landbouw en handel/horeca, en een hoger cijfer voor de zakelijke dienstverlening en quartaire sector.
Er is ook een samenhang met het al niet voeren van overleg met werknemers of arbodienst rond het keuren bij bepaalde functies. Wordt zulk overleg met minstens één van beide partijen gevoerd, dan is er twee maal vaker een meldpunt in het bedrijf (21,6%) dan wanneer zulk overleg niet gevoerd wordt. Op grond van bekendheid met het onderwerp 'keuren' zou men verwachten dat in bedrijven waar gekeurd wordt, er vaker een meldpunt is. Het tegenovergestelde blijkt eerder het geval: waar gekeurd wordt is in 9,8% van de gevallen een meldpunt, elders is dit 12,7%.

6.8 Een door WMK verborgen gebleven arbeidshandicap

In principe is het mogelijk dat door het niet meer verrichten van aanstellingskeuringen na invoering van de WMK, niet langer vastgesteld kon worden dat iemand arbeidsgehandicapt was bij aanname. Het is in dat geval mogelijk dat de subsidiemogelijkheden van de wet REA voor deze werkgevers ongebruikt blijven. Tijdens het interview werden als toelichting 'een plaatsingsbudget of een vergoeding voor loondoorbetaling bij ziekteverzuim' als voorbeelden van de subsidiemogelijkheden, genoemd. De vraag of de WMK verhinderde dat men kon vaststellen dat iemand arbeidsgehandicapt was, wordt door 2,4% van de bedrijven die feitelijk geworven hebben, bevestigend beantwoord; 3,6% van hen geeft aan dit niet te weten. De bedrijfsgrootte speelt hierbij geen rol.
Het geen aanspraak hebben kunnen maken op de subsidiemogelijkheden van de wet REA, wordt door 1,3% van de bedrijven die hebben geworven, genoemd. Bij bedrijven met 100 of meer werknemers, gaat het om 2,7%.
Bedrijven die dit soort zaken signaleren, zijn overigens niet dezelfde als die eerder aangaven vanwege de WMK met keuren te zijn gestopt.

6.9 Conclusies geordend naar de onderzoeksvragen

Wat zijn in de praktijk de effecten van de WMK?
Het percentage bedrijven dat aanstellingskeuringen door artsen laat verrichten, daalt
Aan de hand van de vraag of een bedrijf functies heeft die bijzondere eisen stelt aan de medische geschiktheid waarbij een medische keuring onderdeel uitmaakt van een sollicitatieprocedure, wordt vastgesteld dat een aanstellingskeuring in 12% van de bedrijven in Nederland aan de orde is. Dit percentage fluctueert van 10% bij bedrijven met minder dan 10 werknemers, 14% in middelgrote bedrijven tot 32% in bedrijven met 100 of meer werknemers.
Aan de hand van de ook in 1998 en 1999 gestelde vraag of een medische keuring tot de normale sollicitatieprocedure behoort, wordt vastgesteld dat met een percentage van 7,8% het aantal bedrijven dat keurt vergeleken met 1999, vrijwel stabiel is gebleven. Dit percentage was na 1998 (invoering WMK) duidelijk gedaald. Circa 2% van de bedrijven zegt (expliciet) na invoering van de WMK met keuren te zijn gestopt.
Als ook de gegevens over het aantal keurende bedrijven uit het SZW-werkgeverspanel worden bekeken, wordt voor 1999 een percentage van 5,5% feitelijk keurende bedrijven gevonden. De conclusie kan luiden dat ongeveer de helft van de bedrijven die functies hebben waarvoor een aanstellingskeuring aan de orde is, binnen het bestek van een jaar in het geval van het aantrekken van nieuw personeel feitelijk een keuring door een arts laat uitvoeren.

Zijn er niet-bedoelde effecten van de invoering van de WMK?
In sollicitatiegesprekken worden vaak vragen over de gezondheid gesteld.
Strikt genomen zijn vragen gesteld door werkgevers naar gezondheid van de sollicitant volgens de WMK verboden. Bij 46% van de bedrijven wordt tijdens sollicitatiegesprekken geprobeerd iets over de gezondheid van de sollicitant te achterhalen: door te vragen naar de gezondheid of het eerder verzuim en in enkele gevallen door te vragen om een gezondheidsverklaring. In bedrijven waar ook aanstellingskeuringen door artsen aan de orde zijn, gebeurt dit vaker.

Op welke wijze vindt de naleving van de WMK in de praktijk plaats?
Er wordt nog vaak medisch gekeurd om redenen die ingaan tegen de WMK.
Bij de keuze voor het al dan niet keuren voldoet de praktijk in veel gevallen niet aan de verplichting alleen dan te keuren als functie-eisen daartoe aanleiding geven. Zo zijn in bedrijven waar gekeurd wordt in meer dan eenderde van de gevallen de functievereisten niet schriftelijk vastgelegd. Het lijkt er op dat er in meer dan de helft van de gevallen om andere redenen wordt gekeurd dan de WMK wil toestaan. In veel gevallen is er sprake van een vaste procedure. (Dit alles geldt in nog sterkere mate voor de gevallen waarin de gezondheid (54%) of het verzuim (22%) in een sollicitatiegesprek wordt aangekaart). Wel moet opgemerkt worden dat in onderhavig onderzoek niet vastgesteld is of deze procedure getoetst is aan de eisen die voor een func-

tie gesteld worden of dat er wettelijke, dan wel CAO bepalingen zijn die een medische keuring vereisen.

Overleg met werknemers en arbodiensten aangaande WMK niet overal gerealiseerd.
Vastgesteld wordt dat bij middelgrote en vooral grote bedrijven waar aanstellingskeuringen aan de orde zijn, er in de helft van de gevallen of vaker overleg is met de werknemers (al dan niet via de ondernemingsraad) of arbodienst over de vraag welke functies voor een aanstellingskeuring in aanmerking komen. In totaal is er overigens slechts in 6% van de bedrijven overleg met de werknemers en in 8% van de bedrijven overleg met de arbodienst.
In een aantal bedrijven is er een meldpunt voor een klacht over een sollicitatieprocedure. Een meldpunt waar een sollicitant een klacht over de sollicitatieprocedure kan indienen, heeft 12,6% van de bedrijven. In bedrijven met meer dan 100 werknemers is dit in één van de drie bedrijven het geval. Behalve met de omvang van het bedrijf, blijkt de aanwezigheid van een meldpunt ook een samenhang te vertonen met de sector van het bedrijf: een relatief laag cijfer voor landbouw en handel/horeca en een hoger cijfer voor de zakelijke dienstverlening en quartaire sector. Niet bekend is of er bedrijven zijn die dit meldpunt niet zouden hebben als er geen WMK zou zijn.

Hoe is de afstemming met andere wetten in de praktijk?
Een klein percentage van de bedrijven maakt melding van het mislopen van REA-subsidies.
De vraag of de WMK verhinderde dat men kon vaststellen dat iemand arbeidsgehandicapt was, wordt door 2,4% van de bedrijven die feitelijk geworven hebben, bevestigend beantwoord. Het geen aanspraak hebben kunnen maken op de subsidiemogelijkheden van de wet REA, wordt door 1,3% van de bedrijven genoemd en 2,7% van de bedrijven met 100 of meer werknemers.

7. Onderzoek onder bedrijfsartsen

7.1 Introductie

Ten behoeve van het onderzoek naar de werking van de WMK zijn behalve werkgevers ook bedrijfsartsen geënquêteerd. Het doel van de benadering van bedrijfsartsen is ondermeer zichtbaar te maken welke effecten de WMK direct en in samenhang met het beleid van arbodiensten, op hun handelen en denken heeft gehad
In totaal 1798 in Nederland verblijvende leden van Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) zijn aangeschreven. De NVAB had op dat moment iets meer dan 2000 leden. De NVAB[54] schat dat 300 daarvan belangstellend lid zijn (niet als bedrijfsarts werkzaam) en dat circa 90% van de geregistreerde bedrijfsartsen lid is.[55]
De bedrijfsartsen ontvingen begin juni een pakket met een invulformulier, twee vragenlijsten en een begeleidend schrijven, waarin het doel en de opzet van het onderzoek werden toegelicht. Eind juni werd aan alle bedrijfsartsen een herinneringsbrief gestuurd.
Invulling van een vragenlijst werd alleen gevraagd van hen die op dat moment werkzaam waren als bedrijfsarts. In dat geval was er de keuze of men een vragenlijst moest invullen voor bedrijfsartsen die na 1 januari 1998 *geen* aanstellingskeuring hadden verricht of een lijst voor hen die vanaf die datum nog *wel* een aanstellingskeuring hadden verricht. In totaal stuurde 40% van de aangeschreven bedrijfsartsen de vragenlijst terug.

7.1.1 De respons van de bedrijfsartsen

In totaal hebben 211 bedrijfsartsen een vragenlijst ingevuld die bedoeld is voor artsen die vanaf januari 1998 geen ervaring hadden met aanstellingskeuringen. Van deze 211 artsen hebben 181 bedrijfsartsen (85%) vóór 1 januari 1998 wél keuringen uitgevoerd. Degenen die geen eerdere ervaring met aanstellingskeuringen hebben zijn voor tweederde bedrijfsartsen die pas maximaal vijf jaar als bedrijfsarts werkzaam zijn. De meer ervaren bedrijfsartsen onder de respondenten hebben dus vrijwel allen in het verleden aanstellingskeuringen verricht.

---

54 Mondelinge mededeling van het secretariaat van het NVAB

55 De meest recente cijfers van het CBS (op ons verzoek door het CBS verstrekt) geven aan dat in 1998 bij de arbodiensten in Nederland in totaal 2.138 bedrijfsartsen en overige artsen in dienst waren. Dat zou betekenen dat met de benaderde leden van de NVAB minimaal 85% van de actieve bedrijfsartsen in Nederland is benaderd.

Overzicht 1 Respons benadering bedrijfsartsen

aangeschreven	1798	
niet werkzaam als bedrijfsarts	145	
Doelpopulatie	1653	100%
vragenlijst 'geen ervaring met keuring na 1998	211	13%
vragenlijst' wel ervaring met keuring na 1998	442	27%
respons	653	40%

In totaal 442 artsen die na 1 januari 1998 minstens één aanstellingskeuring hebben verricht, stuurden een ingevulde vragenlijst op. Dit is een groot aantal in vergelijking met het aantal artsen dat niet keurde na 1998 en een vragenlijst toezond. Bovendien bleken de artsen zonder recente ervaring met aanstellingskeuringen, voor het overgrote deel vóór 1 januari 1998 wél aanstellingskeuringen te hebben verricht. Dit doet vermoeden dat artsen die weinig tot geen ervaring met aanstellingskeuringen hadden, oververtegenwoordigd zijn in de non-respons.

7.1.2 Overwegingen ten aanzien van de respons

Op zich is een responscijfer van 40% voor het verkrijgen van een betrouwbaar beeld van wat er aan meningen en ervaringen in de doelpopulatie bestaat, aan de lage kant. In het navolgende wordt ingegaan op de vraag in hoeverre de verkregen antwoorden al dan niet indicatief kunnen zijn voor de het handelen en denken in de doelpopulatie. Daarvoor worden bepaalde aannamen gemaakt over redenen van (non-) respons.

Het overgrote deel van de vragenlijsten blijkt afkomstig van artsen die na 1998 aanstellingskeuringen verrichtten of daarmee na 1998 gestopt zijn maar daarvoor wel keuringen verrichtten. Aangenomen wordt daarom dat vooral artsen die in hun praktijk met aanstellingskeuringen en de werking van de WMK te maken hadden, zich aangesproken voelden door het onderzoek. Op grond hiervan wordt aangenomen dat de niet responderende bedrijfsartsen voor een belangrijk deel geen bemoeienis met aanstellingskeuringen hebben of hadden en dat zij dus werken en werkten voor sectoren waarbinnen geen aanstellingskeuringen verricht worden. Verondersteld wordt dan ook dat zowel door het grote aantal bedrijfsartsen dat een vragenlijst invulde als de veronderstelde betrokkenheid van de bedrijfsartsen bij het onderwerp van het onderzoek, de gegeven opinies en hun interpretatie van feiten en ontwikkelingen een redelijk betrouwbaar beeld opleveren van de praktijk van het keuren.
Als het gaat om de berekening van het totaal aantal gekeurde personen in een bepaalde tijdsperiode in Nederland, moeten de gevonden cijfers opgehoogd worden in verhouding tot de non-respons. Daarbij moet dan rekening worden gehouden met het aantal keuringen per bedrijfsarts in de niet responderende groep bedrijfsartsen. Daarnaast geldt dat niet alle bedrijfsartsen lid zijn van de NVAB. Om hiervoor te corrigeren worden marges aangegeven waarin rekening wordt gehouden met de non-respons, keurende artsen die geen lid zijn van de NVAB en de eventuele non-respons onder een groep artsen die relatief veel aanstellingskeuringen verricht.

7.1.3 Achtergrond van de bedrijfsartsen

Een aantal achtergrondkenmerken van keurende en niet (meer) keurende bedrijfsartsen is met elkaar vergeleken. Artsen die na 1998 aanstellingskeuringen verrichtten, verschillen qua gemeten achtergrondkenmerken niet veel van hun niet (meer) keurende collega's. Bedrijfsartsen die na 1998 aanstellingskeuringen verrichtten, zijn gemiddeld 2 jaar jonger en iets korter werkzaam als bedrijfsarts. Verder werken ze minder vaak voor één werkgever als klant (15% versus 27%) De conclusie is dat er geen sprake is van een apart profiel van dé keurende arts. Interviews bij arbodiensten laten zien dat inderdaad alle bedrijfsartsen in principe keuren voor hun eigen klanten (=werkgevers), hoewel er voor sommige beroepen speciale keuringsartsen zijn.

Er is wél een duidelijk verschil is naar de aard van sectoren (en dus de soort beroepsbeoefenaren) waarvoor keurende en niet keurende bedrijfsartsen werkzaam zijn (tabel 7.1). De keurende artsen verrichtten vooral aanstellingskeuringen voor de vervoerssector, gezondheid- en welzijnssector, de bouw en de sectoren onderwijs en overheid. Ook in bepaalde industriële sectoren (metaal en overige industrie) wordt door nogal wat bedrijfsartsen minstens één aanstellingskeuring uitgevoerd. Overigens moet men zich bedenken dat het in tabel 7.1 niet gaat om aantallen aanstellingskeuringen maar om het aantal artsen dat keurt binnen een sector. Sectoren lopen sterk uiteen qua grootte en de mate waarin binnen een sector gekeurd wordt.

Het is wel duidelijk dat in bepaalde sectoren relatief weinig aanstellingskeuringen plaats vinden. Voorbeelden zijn de overige zakelijke dienstverlening, het bank- en verzekeringswezen, communicatiebedrijven en de grafische industrie, waar in verhouding tot het aantal bedrijfsartsen dat voor deze sectoren werkt, weinig wordt gekeurd.

Tabel 7. 1 Sectoren waarvoor de bedrijfsartsen die wel en niet keuren werkzaam zijn en de sectoren waarvoor gekeurd wordt.[56]

	Sector(en) waarvoor men werkt		
	na 1998 niet keurend	**na 1998 keurend**	**keurde sinds 1998 voor**
Land- en tuinbouw, tabaksverwerkende en agrarische bedrijven	5%	7%	3%
Delfstoffenwinning	1%	3%	3%
Metaal- en elektrotechnische industrie	19%	25%	15%
Metaalnijverheid	11%	18%	12%
Grafische industrie	14%	14%	6%
Zuivelindustrie	3%	3%	1%
Voeding- en genotmiddelenindustrie	7%	14%	9%
Overige industrie	12%	24%	17%
Bouw, bouwnijverheid	11%	19%	19%
Hout- en meubelindustrie en groothandel in hout	7%	11%	5%
Vervoer (*spoorwegen, wegvervoer, luchtvaart, zeevaart/koopvaardij*)	6%	25%	30%[57]
Haven- en aanverwante bedrijven, binnenscheepvaart en visserij	-	3%	5%
Bank- en verzekeringswezen	21%	13%	5%
Horeca	13%	10%	2%
Detailhandel	15%	15%	3%
Groothandel	8%	11%	3%
Communicatiebedrijven	14%	14%	3%
Overige zakelijke dienstverlening (*ingenieurs-, reis-, uitzendbureaus, e.d.*)	23%	25%	7%
Schoonmaakbedrijven	16%	9%	3%
Sociale werkplaatsen	8%	7%	4%
Overheidsdiensten openbaar bestuur (*rijk, provincie, gemeente*)	26%	39%	2%
Onderwijs	15%	30%	10%
Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, welzijnszorg	30%	42%	30%
Sociaal-culturele en culturele instellingen, sport en recreatie	9%	12%	2%
Researchinstellingen en overige sociale organisaties	3%	7%	3%
n=	202	419	419

56 Gemiddeld werkt een bedrijfsarts voor tussen de drie en vier sectoren en keurt binnen iets meer dan twee sectoren zodat percentages in tabel 7.2 niet optellen tot 100%.. De aantallen waarover het in deze en andere tabellen gaat fluctueren onder invloed van het aantal personen dat een bepaalde vraag al dan niet beantwoordde.

57 Het kan voorkomen dat het percentage bedrijfsartsen dat vanaf 1998 keurde voor een sector, hoger ligt dan het percentage keurende artsen dat aangeeft nu voor diezelfde sector te werken (bijvoorbeeld bij de sector 'vervoer'). Een verandering van de sector(en) waarvoor men in de loop van tijd is gaan werken, ligt hieraan ten grondslag

7.2 De WMK en de beroepspraktijk van bedrijfsartsen

7.2.1 Introductie

Aan keurende en niet keurende artsen zijn vragen gesteld die verwijzen naar ervaringen die zij de afgelopen tijd rond aanstellingskeuringen en de WMK hebben opgedaan. Daarover wordt in deze paragraaf gerapporteerd. In paragraaf 7.2.2 wordt ingegaan op de redenen om te stoppen met het verrichten van aanstellingskeuringen. In paragraaf 7.2.3 gaat het over de invloed van de WMK op de praktijk van het werken van de bedrijfsarts, over risicoselectie door bedrijven en door werkgevers eventueel gehanteerde vormen van gezondheidscreening. In deze paragraaf gaat het ook over het aantal artsen dat na 1 januari 1998 het doen van een aanstellingskeuring geweigerd heeft. Tot slot wordt in paragraaf 7.2.4 ingegaan op het beleid dat de bedrijfsarts en/of arbodienst (in relatie tot werkgevers) rond de WMK heeft ontwikkeld.

7.2.2 Redenen om te stoppen met het verrichten van aanstellingskeuringen

Van 181 bedrijfsartsen is bekend waarom ze na 1 januari 1998 gestopt zijn met het doen van aanstellingskeuringen. De reden om te stoppen met het verrichten van aanstellingskeuringen is naar opgave van de artsen zelf:

- 101 maal (56%) expliciet de invoering van de WMK of de vermelding dat sinds 1998 functies niet meer in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring;
- 28 maal (15%) het ontbreken van een aanbod aan keuringen door werkgevers, zonder directe verwijzing naar de invoering van de WMK;
- 46 maal (25%) het feit dat keuringen niet meer op het huidige werkterrein liggen of door een ander binnen de dienst of een andere instantie worden uitgevoerd;
- 6 maal (3%) een andere reden die in de meeste gevallen verband houdt met een eigen opvatting over het nut (i.c. de nutteloosheid) van keuren.

Als de eerste twee categorieën geïnterpreteerd worden als 'een nieuw beleid na 1 januari 1998', dan speelt zo'n nieuw beleid bij 71% van de artsen die met keuren gestopt zijn..

7.2.3 De invloed van de WMK voor de praktijk als bedrijfsarts en het gedrag van werkgevers

In beide vragenlijsten, is allereerst gevraagd naar de bekendheid van de bedrijfsarts met de strekking van de WMK. Artsen die nog keuren achten zich een fractie beter op de hoogte dan niet keurende artsen, maar vrijwel allen zijn minstens in grote lijnen op de hoogte van de strekking van de WMK (tabel 7.2).[58]

---

[58] De vragen die in deze paragraaf behandeld worden zijn door vrijwel alle artsen in beide groepen beantwoord. Het aantal artsen dat de gevraagde toelichting op het gegeven antwoord heeft gegeven ligt in de orde van 75%.

Tabel 7. 2 Bekendheid met de strekking van de WMK onder keurende en niet keurende artsen

Op de hoogte van de WMK?	nee, amper	grote lijnen	goed
keurende artsen	1%	38%	61%
niet keurende artsen	2%	42%	55%

In vervolg op de vraag naar de bekendheid met de wet is gevraagd naar de invloed ervan op de praktijk van het werken als bedrijfsarts. In totaal 67% van de artsen die nu niet keuren geeft aan deze invloed ervaren te hebben. Die ervaren invloed geldt in nog grotere mate voor artsen die wel zijn blijven keuren na 1998; 87% van hen heeft een invloed van de WMK ondervonden (tabel 7.3).

Tabel 7.3 De ervaren invloed van de WMK op de praktijk van werken van de bedrijfsartsen

	WMK invloed op praktijk bedrijfsarts	
	nee	ja
keurende artsen	13%	87%
niet keurende artsen	33%	67%

In toelichting op hun antwoord op deze vraag, noemen vrijwel alle artsen een drastische afname van het aantal aanstellingskeuringen of het volledig stopzetten van de keuringspraktijk. Een grote meerderheid ziet dit als een voordeel omdat nu gerichter, niet meer in het wilde weg gewerkt kan worden en onzinnig werk verdwenen is. Een aantal maal wordt vermeld dat de nieuwe praktijk aansluit bij de overtuiging en werkwijze die men zelf al had. Ook is er soms een toon van spijt omdat hiermee 'een cashcow vermoord' is, zoals iemand opmerkt. Een aantal artsen noemt het intredeonderzoek als alternatief voor de aanstellingskeuring, ook om te ondervangen dat je anders de mensen niet meer ziet. Dit laatste wordt door enkele artsen als een nadeel van het niet meer keuren genoemd.

Slechts enkele artsen signaleren een ander nadeel van de WMK: de onmogelijkheid van risicowering waardoor het verzuim- en WAO-risico zouden zijn toegenomen. Door een aantal nu nog keurende artsen wordt opgemerkt dat de richtlijnen voor het keuren lang op zich hebben laten wachten en dat er een te lange periode van onzekerheid is geweest.[59] Gevraagd is of de WMK in de praktijk van de arts heeft geleid tot een vermindering van selectie op gezondheid door werkgevers. De antwoorden staan vermeld in tabel 7.4.

59 De algemene richtlijn aanstellingskeuring (ARA), uitgebracht door SKB/BOA verscheen anderhalf jaar na het in werkingtreden van de WMK.

Tabel 7. 4 Minder selectie op gezondheid door WMK in praktijk van bedrijfsartsen

	Bij werkgevers nu minder selectie op gezondheid?		
	nee	ja	onbekend
keurende artsen	31%	46%	23%
niet keurende artsen	39%	28%	32%

De meningen blijken verdeeld. Bovendien geven nogal wat bedrijfsartsen aan het gewoon niet te weten.
De keurende artsen signaleren wat vaker een afgenomen risicoselectie dan de niet keurende artsen.
In de gevraagde toelichting op het gegeven antwoord weerspiegelt zich de verdeeldheid die ook uit de cijfers blijkt: sommigen zien in het teruglopen van het aantal aanstellingskeuringen (logischerwijs) een vermindering van risicoselectie, anderen zijn daarover sceptisch en vermoeden dat werkgevers langs andere weg (bij sollicitatie of door middel van een tijdelijk contract) een vorm van selectie op gezondheidsrisico's hebben gevonden. Daarmee zou tevens het medisch oordeel vervangen zijn door een 'lekenblik'. Regelmatig wordt overigens ter relativering opgemerkt dat bij de aanstellingskeuring relatief weinig mensen werden afgekeurd, enkelen geven (zonder nadere motivatie) aan dat op dit moment helemaal niemand meer afgekeurd zou worden.
Er is, zoals gezegd, onzekerheid over de uitwerking van de WMK. De één ziet dat er nu meer mensen in dienst worden genomen die niet geschikt zijn voor de functie; anderen zien de WMK als aanleiding tot een zinniger kijk op personeelsselectie. Enige malen wordt opgemerkt dat bij de betreffende arbodienst vóór de WMK ook al volgens de normen van de WMK gekeurd werd en daardoor in hun geval de risicoselectie de facto niet is afgenomen.
Een enkele maal wordt de krappe arbeidsmarkt genoemd als argument waarom de selectie op gezondheid door werkgevers niet de (grote) vorm krijgt die deze zonder de WMK had kunnen aannemen.
In antwoord op de vorige vraag werd door de respondenten al gehint naar andere wegen om achter mogelijke gezondheidsproblemen van sollicitanten te komen.
Tabel 7.5 laat zien wat het antwoord van de bedrijfsartsen op een concrete vraag hiernaar is.

Tabel 7.5 Bekendheid met bepaalde methoden van werkgevers om op gezondheidsrisico's te screenen

	Andere screening door werkgevers op gezondheidsrisico's		
	nee	ja	onbekend
keurende artsen	40%	29%	31%
niet keurende artsen	37%	27%	36%

Ook op dit punt zijn er verschillende meningen, voor zover de betrokkenen voldoende concrete kennis hebben om een mening te kunnen geven. Degenen die menen dat werkgevers nu zelf screenen vermoeden dat het sollicitatiegesprek nu vaker wordt aangegrepen om ook de gezondheidstoestand van de sollicitant aan te kaarten of referenties op dat punt in te winnen. Ook zouden er in enkele gevallen vragenlijsten

van eigen (bedrijfs)makelij in omloop zijn. Soms wordt de arbodienst hier vervolgens bij betrokken voor nadere informatie en advies. Ook worden met enige regelmaat tijdelijke dienstverbanden genoemd als mogelijkheid 'de kat uit de boom te kijken'.
Artsen die 'nee' antwoorden op de vraag naar screeningsmethoden van werkgevers, lichten dat toe door op te merken dat dit soort eigen screeningsmethoden bij hun werkgevers niet voorkomen. Een enkele arts vindt dat de WMK het medisch oordeel heeft doen vervangen door de lekenblik.
Redelijk wat artsen blijken in een overgangperiode na invoering van de WMK een discussie te hebben moeten voeren met werkgevers naar aanleiding van verzoeken voor het doen van aanstellingskeuringen. Dat bood naar mededeling van de artsen, vaak een goede gelegenheid de intentie van de WMK en de effecten daarvan op het al dan niet verrichten van aanstellingskeuringen uit te leggen.

Tabel 7.6 Ooit een verzoek van een keuringvrager voor een aanstellingskeuring geweigerd

	Ooit aanstellingskeuring geweigerd?	
	nee	ja
keurende artsen	43%	57%
niet keurende artsen	63%	37%

De weigering van het keuringsverzoek blijkt bij de toelichting op het gegeven antwoord, in het overgrote deel van de gevallen voort te komen uit onvoldoende gespecificeerde functie-eisen en in enkele gevallen uit oneigenlijke gronden, als bij de sollicitant een gezondheidsprobleem vermoed wordt. Expliciet worden in dit verband administratieve functies genoemd. Bij de keurende artsen is er ter toelichting op een weigering, in 13 gevallen sprake van een te late aanvraag, omdat de betrokkene (soms via een uitzendbureau) al te werk was gesteld. Wat betreft dit laatste kan hieraan toegevoegd worden dat uit de interviews blijkt dat arbodiensten hier beleid voor hebben. ArboNed heeft als beleid dat zij in geval van een uitzendkracht bij omzetting van tijdelijk naar vast contract niet keuren als iemand zonder medische problemen het werk 3 maanden of langer heeft gedaan. Indien een werkgever een tijdelijke kracht in dienst neemt voor een functie waarvoor een aanstellingskeuring geldt, zal ArboNed bij indiensttreding wel keuren. ArboUnie Dordrecht keurt geen mensen meer die al in dienst zijn van een werkgever, ook niet als een tijdelijk contract over gaat in vast contract. ArboUnie Dordrecht heeft geen termijn vastgelegd zoals ArboNed.

7.2.4 Het beleid van werkgevers en arbodiensten

Hebben de werkgevers functie-eisen schriftelijk vastgelegd, is er met hen overleg over functies die wel of niet in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring en worden werknemers daarbij betrokken? Tabel 7.7 geeft de antwoorden die keurende en niet (meer) keurende bedrijfsartsen op deze vragen gaven.

Tabel 7.7 Afspraken met werkgevers rond de WMK

	Met hoeveel bedrijven afspraken:			
	alle	een aantal	geen	?
Keurende artsen (n=410)				
wg's functie-eisen op schrift	28%	59%	10%	4%
bespreken met wg's functies aanst.keur.	41%	53%	6%	1%
betrokkenheid wn's bij functies aanst.keur.	15%	35%	31%	19%
Niet (meer) keurende artsen (n=184)				
wg's functie-eisen op schrift	20%	42%	31%	7%
bespreken met wg's functies aanst.keur.	25%	44%	25%	6%
betrokkenheid wn's bij functies aanst.keur.	13%	17%	51%	19%

De gegevens laten zien dat nog lang niet met alle werkgevers afspraken zijn gemaakt over de functies die voor een aanstellingskeuring in aanmerking komen. De betrokkenheid van werknemers daarbij is nog gering. In veel gevallen zijn (als voorwaarde voor het maken van afspraken) de functie-eisen nog niet op schrift gesteld. Deze gegevens komen in grote lijnen overeen met wat in de interviews met vertegenwoordigers van arbodiensten naar voren kwam. Werkgevers worden door hun bedrijfsartsen geïnformeerd over de WMK en wat daarvan de gevolgen zijn voor het keuren van nieuw personeel. In de praktijk blijkt dat de intentie om met werkgevers tot overleg te komen over aan te wijzen functies, nog niet in alle gevallen gerealiseerd is. De geïnterviewden signaleren grote verschillen tussen werkgevers: zij die alles al geregeld hebben, inclusief het op schrift vastleggen van functie-eisen, en werkgevers die nog niet zover zijn of zelfs nog niets gedaan hebben.
Het is te begrijpen dat waar artsen niet meer keuren, het overleg met werkgevers trager op gang is gekomen. De betrokkenheid van werknemers bij de vaststelling van functies is duidelijk nog niet overal geregeld. Veel artsen blijken op dit punt niet altijd goed geïnformeerd, ook onder artsen die aanstellingskeuringen uitvoeren.
Sinds september 1999 is het WMK-beleid van de arbodienst onderdeel geworden van de certificering. In tabel 7.8 staat weergegeven hoe ver de ontwikkeling van beleid rond de WMK op het niveau van de arbodienst, is gevorderd.

Tabel 7.8 Het beleid van arbodiensten rond de WMK

	Keurende artsen			*Niet (meer) keurende artsen*		
	nee	ja	?	nee	ja	?
Beleid arbodienst:						
bespreken WMK met wg's	16%	64%	18%	17%	62%	21%
vaststellen functie-eisen	11%	77%	12%	13%	71%	16%
keuze wel of niet keuring	12%	77%	11%	11%	74%	14%
inhoud keuring	14%	76%	10%	14%	76%	10%
klachtenprocedure	4%	86%	11%	12%	74%	13%

De gegevens uit tabel 7.8 laten zien dat er op het niveau van het beleid van de arbodienst niet veel verschil is tussen keurende en niet keurende bedrijfsartsen. Op de meeste punten heeft driekwart van de diensten een beleid geformuleerd. Opvallend

is dat nogal wat bedrijfsartsen niet goed op de hoogte zijn van het beleid van de eigen dienst.

7.3 Aanstellingskeuringen in de jaren 1998 en 1999

7.3.1 Introductie

In deze paragraaf gaat het exclusief over artsen die na 1 januari 1998, het moment van invoering van de WMK, nog keuringen hebben verricht. Er wordt een overzicht gegeven van aantal keuringen, de beroepen waarvoor in 1998 en 1999 aanstellingskeuringen verricht werden, over het resultaat van deze keuringen in termen van geschiktheid van de keurling voor de functie, kenmerken van de keuring en de door de arts bij de keuring gevolgde werkwijze. Omdat veel van de huidige vragenlijst is overgenomen uit een vragenlijst die in 1987 gehanteerd werd, kan door vergelijking met de toestand toen, een blik 'over de jaren' geworpen worden.

7.3.2 Aantallen keuringen

Door de in totaal 442 keurende artsen in dit onderzoek zijn in 1998 zo'n 19.600 aanstellingskeuringen verricht en in 1999 wat minder, namelijk 18.700.[60] Deze berekening van het aantal aanstellingskeuringen over 1998 en 1999 komt neer op een afname tussen beide jaren van rond 5%.

Het gevonden aantal keuringen dient te worden opgehoogd voor 40% non-respons (met dus de aanname dat de niet reagerende artsen hetzelfde 'keurgedrag' vertonen) en met het geschat aantal aanstellingskeuringen door bedrijfsartsen die keuren maar geen lid zijn van de NVAB (ongeveer 20%). Met deze toevoeging komt de schatting van het aantal aanstellingskeuringen in Nederland in 1999 uit op tussen de 56.000 en 70.000. [61]

De schatting die Lourijsen e.a. (1993) voor 1987 maakten, kwam uit op 334.461 aanstellingskeuringen. In tabel 7.9 staat een overzicht van de beroepen waarvoor gekeurd wordt.

---

60 Deze getallen zijn gebaseerd op een vraag naar verrichtte keuringen in 1998 en 1999 in de klassen:0, 1-4, 5-9, 10-49, 50-99 en 100 en meer. Voor de totaalberekening is gebruik gemaakt van klassengemiddelden. Voor de categorie '100 en meer' is een schatting gemaakt op basis van de gegevens over het resultaat van de keuring waar wél naar exacte aantallen gevraagd werd. Deze vraag is echter vrij slecht ingevuld en beslaat bovendien 1998 én 1999, zodat de antwoorden ongeschikt zijn voor een accurate berekening van aantallen keuringen in 1998 en 1999.

61 Deze schatting komt overeen met schattingen die langs andere weg worden verkregen (zie hoofdstuk 8).

Tabel 7.9 Beroepen waarvoor keurende artsen aanstellingskeuringen verrichten (N=413)

functies/beroepen		
kraanmachinisten	73	17%
chauffeurs in het personen- en beroepsgoederenvervoer	188	43%
brandweerlieden	116	26%
politiepersoneel (en militairen)	51	12%
werknemers die duikarbeid, caissonarbeid of overige arbeid onder overdruk verrichten	39	9%
bewaarder penitentiaire inrichtingen (en bewaker/beveiligers)	53	12%
controleur gevaarlijke stoffen (*KCGS*)	8	2%
diverse functies in het luchtverkeer (*waaronder vlieger, luchtverkeersleider, vlieginstructeur*)	7	2%
functies met intensief patiëntencontact	112	25%
functies in de voedingsindustrie	58	13%
bodemsaneringwerkers	89	20%
(*grondwerkers, machinisten, chauffeurs, uitvoerders, monteurs materieeldienst, bronbemalers*)		
asbestwerkers	56	13%
persluchtdragers	133	30%
uit de rubriek 'anders'		
ambachtelijke functies in industrie en bouw	63	13%
vigilantietaken	21	5%
administratief/magazijnwerk	18	4%
diverse contactueel	15	4%
werk met stralingsgevaar	13	3%
onderwijs	9	2%
post	8	2%
spoorwegen	7	2%
groenvoorziening	7	2%
schoonmaak	7	2%
vuilnisdienst	5	1%
horeca/detailhandel	2	0.5%
"zware functies e.d."	16	4%
overig	5	1%

De topvijf van beroepen waarvoor gekeurd wordt, bestaat uit chauffeurs (43% van de artsen keurt hiervoor), persluchtdragers (30% van de artsen), brandweerlieden (26% van de artsen), functies met intensief patiëntencontact (25% van de artsen) en bodemsaneringwerkers (20% van de artsen). Uit de rubriek 'overige beroepen' komen vooral de fysiek zware beroepen in de industrie naar voren (13% van de artsen).

7.3.3 Het resultaat van de keuring

Van in totaal tweederde van de bedrijfsartsen zijn eenduidige gegevens beschikbaar over het resultaat van de aanstellingskeuring. Van alle keurlingen wordt gemiddeld 4 op de honderd personen 'beperkt medisch geschikt' verklaard en 5 op de honderd keurlingen 'medisch ongeschikt' verklaard dan wel wordt terugtrekking uit de procedure geadviseerd. Binnen deze groep artsen werden aldus 483 keurlingen voor de betreffende functie afgekeurd, waarvan 314 afkeuringen (65%) en 169 adviezen zich

terug te trekken (35%). 'Echte afkeuringen' vinden dus plaats met een frequentie van 3 op 100 keurlingen.
Als deze keuringsresultaten worden vergeleken met de situatie in 1987, dan blijken in de meest recente periode keurlingen vaker 'beperkt medisch geschikt (van 3 naar 4 nu) en 'medisch ongeschikt' (van 2 naar 5) te worden verklaard. Misschien dat door het gericht keuren op indicatie van functie-eisen, een scherper criterium is gevonden waardoor de beslissing of de keurling al dan niet geschikt is, eenvoudiger te nemen is. Aan de andere kant moet men zich realiseren dat de functies waarvoor nu gekeurd wordt anders van samenstelling zijn dan in 1987; *gemiddeld* worden nu hogere eisen gesteld aan de functies waarvoor gekeurd wordt dan in 1987. Voor een echt goede vergelijking met 1987 zouden keuringsresultaten van vergelijkbare functies met elkaar vergeleken moeten worden. Een vraag die niet beantwoord kan worden is of, en zo ja hoe vaak, vóór 1998 mensen werden afgekeurd voor functies waarvoor nu geen aanstellingskeuring meer nodig is.
Heeft de keuring effect op de aard van de werkplek? Bij 36% van de artsen volgt 'soms' en bij slechts 2 artsen 'vaak' het advies op grond van de resultaten van de keuring de werkplek/functie aan te passen om de keurling in dienst te nemen. De overige 63% van de artsen geeft dit soort adviezen nooit. Artsen die ooit een keurling beperkt medisch geschikt verklaarden, gaven in wat grotere getale (50%) 'soms' zo'n advies.

7.3.4 Kenmerken van de keuring

In deze paragraaf worden onderwerpen behandeld die soms eerder al in globale zin aan de orde kwamen maar nu rechtstreeks in verband worden gebracht met concreet verrichte aanstellingskeuringen
Bekendheid met de functie-eisen en de specifieke arbeidsomstandigheden behorend bij de functie waarnaar de keurling solliciteert, is van belang. Immers de functie-eisen moeten het richtsnoer zijn bij de beslissing al dan niet tot een aanstellingskeuring over te gaan.
Het blijkt dat bij 39% van de artsen bij een concrete aanstellingskeuring de functie-eisen niet altijd schriftelijk vastliggen (tabel 7.10). Toch zijn in meer gevallen de arbeidsomstandigheden van de functie waarvoor de keurling gekeurd wordt blijkbaar anderszins, bij de bedrijfsarts bekend. Is men niet altijd op de hoogte, dan informeert 35% naar de functie-eisen alleen als de bevindingen daartoe aanleiding geven en 11% informeert daarnaar in het geheel niet. Het aantal artsen dat zich dus niet altijd vooraf op de hoogte stelt van functie-eisen, ligt daarmee op 73 (17% van de keurende bedrijfsartsen). Het zich niet altijd op de hoogte stellen van functie-eisen blijkt niet toe te schrijven te zijn aan het aantal keuringen dat men verricht; dat ligt voor deze artsen op hetzelfde niveau als gemiddeld.

Tabel 7.10 Op de hoogte van arbeidsomstandigheden van keurling via. functieomschrijving e.d.

arbeidsomstandigheden zijn (n=429):	altijd	meestal	soms	nooit
schriftelijk vastgelegd	44%	34%	16%	6%
bij keuring bekend	61%	28%	8%	2%

als niet 'altijd' bekend' (n=167):	ja	nee	alleen op grond van bevindingen
navraag omstandigheden	55%	11%	34%

Welke rol spelen de functie-eisen? Voor de inhoud van de keuring geldt dat bij 71% functie-eisen 'altijd' en bij 19% 'meestal' een rol spelen; slechts 10% zegt 'soms' of 'nooit' (tabel 7.11). In 1987 lag het percentage artsen dat de functiebeschrijving slechts 'soms' of 'nooit' van invloed achtte op de inhoud van de keuring, nog op 32%.
Gaat het om de wijze waarop de keurling wordt beoordeeld, dan zegt 84% van de artsen dat de functie-eisen 'altijd' of 'meestal' een rol spelen: 16% zegt 'soms' of 'nooit' (was in 1987 23%).

Tabel 7.11 Invloed van functie-eisen op aanstellingskeuring (n=413)

	altijd	meestal	soms	nooit
functie-eisen van invloed op inhoud	71%	19%	6%	4%
functie-eisen van invloed op beoordeling	66%	18%	7%	9%

Keuren voor meer dan één functie tegelijk komt bij 5% van de bedrijfsartsen voor. Het komt bij 13% van de artsen voor dat deze op verzoek van een keuringvrager een keurling keurde die spontaan iets over de gezondheid had vermeld, zonder dat er voor de functie, eisen beschreven waren.

Tabel 7.12 'Bijzondere' keuringen (n=411)

	nee	ja
Het verzoek een keurling voor meer functies te keuren	95%	5%
Keuring na 'spontane' melding over gezondheid	87%	13%

Gevraagd is hoe vaak het voorkwam dat de keuring alleen bestond uit een gezondheidsverklaring van de keurling zelf. In een ruime meerderheid van de gevallen (87%) gebeurt dat 'nooit' of maximaal 'soms' aan de orde. Bij 13% van de bedrijfsartsen die na 1998 keuringen verrichtten, bestond de keuring 'meestal' alleen uit een gezondheidsverklaring van de keurling zelf. Bedrijfsartsen die (onder andere) keuren voor de sector 'gezondheidszorg' geven vaker (37%) aan 'meestal' met een gezondheidsverklaring te volstaan.

7.3.5 De werkwijze bij de keuring, standaarden en richtlijnen

In de vragenlijst worden vijf terreinen genoemd waarop een standaardwerkwijze mogelijk is: al of niet keuren, de inhoud ervan, de beoordeling van de resultaten, de wijze van mededelen aan de keurling en keuringvrager (7.13). Van de artsen heeft 61% op alle genoemde onderdelen een standaardwerkwijze. Meer dan driekwart van

de bedrijfsartsen volgt een standaardwerkwijze bij de beslissing al dan niet een aanstellingskeuring uit te voeren.
De wijze van mededelen is vrijwel altijd vooraf gestandaardiseerd; relatief iets minder gestandaardiseerd is de beoordeling van de resultaten van de keuring.

Tabel 7.13 Standaarden en richtlijnen bij de aanstellingskeuring (n=399)

volgt standaardwerkwijze voor:	nee	ja
al dan niet keuren	21%	79%
inhoud keuring	13%	87%
beoordeling resultaten	24%	76%
wijze mededeling keurling	9%	91%
wijze mededeling keuringvrager	5%	95%
alle 5 onderdelen 'ja'	*39%*	*61%*

werkt met richtlijn voor :	nee	ja
doel keuren	16%	84%
inhoud keuring	10%	90%
beoordeling resultaten	18%	82%
wijze mededeling	10%	90%
alle 5 onderdelen 'ja'	*32%*	*68%*

richtlijnen onvoldoende voor:	nee	ja
doel keuren	88%	12%
inhoud keuring	82%	18%
beoordeling resultaten	75%	25%
wijze mededeling	92%	8%
minstens één maal onvoldoende:	*71%*	*29%*

richtlijnen van:	nee	ja
keuringvrager	82%	18%
eigen arbodienst	26%	74%
NVAB	73%	27%
KNMG (protocol 1996)	61%	39%
BOA/SKB (ARA 1999)	62%	38%
anders	82%	18%
n=399		

In het verlengde van het gegeven dat de beoordelingen van keuringsresultaten minder vaak volgens een bepaalde standaard plaats vinden, vindt een kwart van de bedrijfsartsen de huidige richtlijnen 'onvoldoende' voor de beoordeling van keuringsresultaten. Voor de bepaling van de inhoud van de keuring vindt 18% van de artsen de richtlijnen nog onvoldoende. Het doel van de keuring en de wijze waarop de keuringsuitslag wordt medegedeeld, liggen volgens de meeste artsen voldoende in richtlijnen vast. Driekwart van de artsen volgt de richtlijnen die zijn opgesteld door de arbodienst, 18% (ook) die van de keuringvrager. De richtlijnen van de KNMG en BOA/SKB worden gevolgd door rond 38% van de artsen; die van de NVAB door 27%. De mate waarin men richtlijnen onvoldoende vindt hangt niet samen met het aantal of de soort richtlijnen die men volgt. Bij de getallen die aangeven dat men richtlijnen van de KNMG (protocol aanstellingskeuringen) en de BOA/SKB (de

ARA) volgt, kan sprake zijn van een onderschatting. Richtlijnen van een arbodienst kunnen immers afgeleid zijn van die van de KNMG en BOA/SKB (zoals bijvoorbeeld bij ArboNed, AMG, ArboUnie Dordrecht) zonder dat het bekend is bij de bedrijfsarts.

Misverstanden met keuringvrager en arbodienst

Bijna de helft van de bedrijfsartsen maakt melding van 'misverstanden' met keuringvragers over aanstellingskeuringen: bij 19% vanwege al of niet keuren en bij in totaal 24% om de inhoud van de keuring (tabel 7.14). Het gaat in het merendeel van de gevallen om dezelfde artsen die elders in de vragenlijst aangaven ooit geweigerd hebben een verzoek voor een aanstellingskeuring te honoreren. Dit gegeven verwijst dus opnieuw naar de aanloopsituatie na 1998 waarin werkgevers bekend moesten raken met en moesten wennen aan de implicaties van de WMK. Misverstanden tussen arts en arbodienst wordt genoemd door 16% van de artsen. Door 7% worden misverstanden genoemd over wel of niet keuren en 12% meldt misverstanden over de inhoud van de keuring

Er blijkt sprake van een samenhang tussen dergelijke misverstanden en de mate waarin men de richtlijnen onvoldoende acht. Vindt men één of meer van de richtlijnen onvoldoende dan signaleert 59% van de arts misverstanden met de keuringvrager en 25% met de arbodienst. Vindt men de richtlijnen op geen enkel punt onvoldoende dan gaat het om respectievelijk 38% (misverstand met keuringvrager) en 10% (met arbodienst). Heldere richtlijnen lijken te helpen om misverstanden te voorkomen.

Tabel 7.14 Misverstanden met keuringvragers en arbodiensten rond keuringen

		nee	*ja*
misverstand met keuringvrager (n=409):		64%	46%
over:	functies waarvoor keuren	82%	18%
	inhoud	76%	24%
	wie info	82%	12%
	tijdstip keuring	81%	19%
	anders	91%	9%
misverstand met arbodienst (n=406):		85%	15%
over:	functies waarvoor keuren	93%	7%
	inhoud	88%	12%
	wie info	97%	3%
	tijdstip keuring	96%	4%
	anders	96%	4%

Het informeren van de keurling

In het geval dat de bedrijfsarts de keurling niet informeert over het doel van de aanstellingskeuring, wordt door de keuringvrager en/of arbodienst informatie verstrekt. Slechts bij 12 bedrijfsartsen wordt er niemand genoemd die de keurling vooraf informeert. De keurling dient van te voren op de hoogte te zijn van het hoe en waarom van de aanstellingskeuring. Het blijkt dat in het overgrote deel van de gevallen de bedrijfsarts die introductie voor zijn rekening neemt. Informatie over de rechten en plichten die een keuring voor de keurling met zich mee brengt, wordt echter door

slechts tweederde van de bedrijfsartsen gegeven. In vergelijking met 1987 ligt het aantal artsen dat de keurling informeert over de diverse aspecten in 2000, per aspect rond 20% hoger.

Tabel 7.15 Informeren van keurling over hoe en waarom van keuring (n=437)

arts brengt keurling vooraf op de hoogte van:	nee	ja
doel keuring	13%	87%
inhoud	18%	82%
aspecten van functie	20%	80%
rechten en plichten van keurling	36%	64%

wie anders informeert keurling:	nee	ja
arbodienst	66%	34%
keuringvrager	30%	70%
anderen	93%	7%
niet bekend	85%	15%

7.3.6 Het doel van de aanstellingskeuring

Wat ziet de bedrijfsarts als het doel van een aanstellingskeuring?
In tabel 7.16 staat een aantal mogelijke doelen en de wijze waarop daar door de artsen op gereageerd is. In het rechterdeel van de tabel worden de resultaten vergeleken met onderzoek uit 1988 (Lourijsen e.a., 1993).

Tabel 7.16 Doelen van de aanstellingskeuring aangegeven door bedrijfsartsen in 2000 met een vergelijking met de resultaten van onderzoek dat in 1988 onder bedrijfsartsen werd uitgevoerd (in cursief).

	altijd	meestal	soms	nooit	*altijd+meestal*	
doelen aanstellingskeuring:					*2000*	*1988**
opstellen arbeidsgrafiek/belastbaarheidprofiel	6	9	20	63	*15%*	*26%*
beoordelen belastbaarheid	42	25	14	20	*66%*	*73%*
beoordelen geschiktheid persoon	66	15	4	25	*81%*	*90%*
beoordelen functie medisch geschikt voor persoon	66	15	7	13	*81%*	*74%*
beoordelen risico's indienstneming voor werkgever	3	4	20	72	*7%*	*40%*
vaststellen uitgangswaarden	20	17	29	34	*37%*	*67%*
kennismaken met arbozorg	34	20	18	28	*54%*	*71%*
voorkomen risico's gezondheid kandidaat	50	27	15	8	*77%*	*83%*
voorkomen risico's gezondheid voor anderen	36	18	29	17	*54%*	*64%*
voldoen wettelijke verplichtingen/CAO	25	20	30	25	*45%*	*53%*
opname pensioenfonds/collectieve verzekering	2	1	11	86	*3%*	*52%*
beoordeling noodzaak arbeidsvoorzieningen (b.v. REA)	6	3	32	59	*9%*	-
					n=430	n=149

* Bron: Lourijsen e.a., 1993

Er is tegenwoordig minder dan in 1988 sprake van het onderschrijven van de volgende doelen:

- het beoordelen van risico's van het indienstnemen voor werkgever
- het vaststellen van uitgangswaarden
- opname in pensioenfonds/collectieve verzekering

Ondanks het feit dat dergelijke percentages teruglopen, ziet nog altijd 34% voor alle keuringen als doel een kennismaking met de arbodienst, 20% het vaststellen van uitgangswaarden, en 17% het opstellen van een arbeidsgrafiek. Die aspecten lijken eerder bijkomend dan dat zij als doelen zouden kunnen worden aangemerkt. Een aanvullende opmerking is hier op zijn plaats. Binnen de bouwsector vindt bij werknemers die voor het eerst in de bouwsector komen te werken op een functie waarvoor een aanstellingskeuring nodig is, een keuring plaats. Deze keuring is inhoudelijk gelijk aan een intredekeuring. De keuringsgegevens worden dan ook gebruikt als een nulmeting. Inmiddels niet meer toegestane praktijken als 'beoordelen risico's in dienst nemen voor werkgever' en 'opname pensioenfonds/collectieve verzekering' worden bijna niet meer als doelen genoemd.

7.3.7 De onderdelen van een aanstellingskeuring

In schema 1 staan de onderdelen die deel kunnen uitmaken van een aanstellingskeuring. In de linkerkolom staat weergegeven welke onderdelen altijd of meestal worden uitgevoerd. In de rechterkolommen staat wat de reden (indicatie) was om dat onderdeel uit te voeren.

Een schriftelijke of mondelinge anamnese, een algemeen oriënterende anamnese of anamnese gericht op orgaansystemen of aandoeningen uit het verleden, vormen een vrij vast onderdeel van de aanstellingskeuring. Dat geldt ook voor het lichamelijk onderzoek gericht op functionele mogelijkheden of beperkingen. Andere mogelijke onderdelen zoals een longfunctiebepaling of thoraxfotografie, komen vrij weinig voor. Deze meer zeldzaam uitgevoerde onderdelen vertonen ook minder relatie met de functie-eisen dan de meer reguliere onderdelen zoals vooral het lichamelijk onderzoek gericht op functionele mogelijkheden of beperkingen. Het toch nog geregeld voorkomen van een anamnese gericht op verzuim of arbeidsongeschiktheid (vaak niet gerelateerd aan functie-eisen) roept vragen op. Gemiddeld bestaat de aanstellingskeuring uit rond 9 onderdelen. Bij meer onderdelen is er een trend naar wat meer oriëntatie op indicaties vanuit de keurling en/of keuringvrager en wat minder op de functie-eisen.

Als deze gegevens vergeleken worden met de situatie in 1987, dan valt op dat niet alleen het aantal keuringen sinds die tijd is afgenomen maar dat ook de wijze van keuren drastisch is gewijzigd. Vrijwel bij alle onderdelen is er sprake van een afname van opname van dat onderdeel in de aanstellingskeuring. Enkele cijfers ter vergelijking: er is tussen 1987 en 2000 sprake van een sterke afname van het 'altijd' of 'meestal' uitvoeren van een:

- anamnese gericht op het arbeidsverleden: van 90% naar 55%;
- algemeen oriënterend lichamelijk onderzoek: van 91% naar 45%;
- visusonderzoek: van 97% naar 56%;
- urineonderzoek: van 93% naar 28%.

Een duidelijke en WMK-conforme toename is te zien bij lichamelijk onderzoek gericht op functionele mogelijkheden en beperkingen: van 27% naar 75%.

Schema 1 Onderdelen van een aanstellingskeuring

In het schema hieronder staat aangeven:

- welke onderdelen altijd/meestal uitmaakten van de aanstellingskeuring;
- wat de reden (indicatie) was om bepaalde onderdelen uit te voeren (percentages).

	altijd/meestal	Functie-eis	keurling	keuringvrager
Anamnese				
schriftelijke anamnese: standaardlijst	82%	68	8	10
schriftelijke anamnese: lijst voor specifieke functie(s)	49%	72	3	5
mondelinge anamnese	74%	70	8	5
Anamnese is gericht op:				
algemene oriëntatie	83%	54	10	6
Orgaansystemen	72%	65	8	4
aandoeningen in het verleden: lichamelijk	70%	65	11	5
aandoeningen in het verleden: psychisch/ psychiatrisch	57%	56	10	4
vroeger verzuim of arbeidsongeschiktheid	37%	43	11	7
Arbeidsverleden	55%	39	2	5
Lichamelijk onderzoek				
algemeen oriënterend	45%	50	7	5
gericht op orgaansystemen	46%	62	9	3
gericht op functionele mogelijkheden/beperkingen	75%	76	5	4
Biometrie				
bloed (Hb, BSE)	15%	42	4	6
Visus	56%	72	5	3
Audiogram	42%	66	9	2
Bloeddruk	55%	53	12	6
Longfunctie	25%	62	5	4
elektrocardiogram (ECG)	20%	54	6	4
Aanvullend onderzoek				
allergie test	0%	18	2	1
mantoux test	6%	26	4	5
X-thorax	8%	25	3	4
bloed: leverfunctiebepaling	6%	30	4	2
bloed: nierfunctiebepaling	5%	29	4	2
urine: (albumine, reductie, sediment, glucose)	28%	36	7	6
ergometrisch onderzoek	7%	43	2	2
HIV test	0%	13	3	2
aantal onderdelen		% onderdelen vanwege:		
		functie-eisen	keurling	keuringvrager
1-5	22%	76%	5%	6%
6-10	43%	70%	10%	5%
11 en meer	35%	66%	11%	7%
gemiddeld aantal	9.3	70%	10%	6%

7.3.8 Informatie en raad van derden

In enkele gevallen wordt anderen (meestal medici) informatie gevraagd om zich een oordeel te vormen over de medische geschiktheid van keurlingen. In die gevallen gaat het meestal om een huisarts of specialist. Bijna alle artsen vragen hiervoor de benodigde toestemming van de keurling.

Tabel 7.17 Informatie gevraagd vanwege oordeel medische geschiktheid

	altijd	meestal	soms	nooit
wie (n=432)				
huisarts/specialist	1	0	58	40
medisch specialist als deskundige	1	0	36	63
psychiater	0	0	20	79
Psycholoog	1	0	12	88
collega ba (eigen dienst)	1	1	28	71
collega ba (andere dienst)	0	0	11	88
andere deskundigen (arbeidskundige/ergonoom)	0	0	8	92
daarvoor toestemming van keurling? (n=334)	96%	1%	0%	3%

In vrijwel dezelfde frequentie als informatie wordt gevraagd, worden derden geraadpleegd.

Het zijn naast de huisarts, de collega's van de eigen dienst die relatief vaak geraadpleegd worden. De toestemming hiervoor aan de keurling wordt door 26% van de artsen niet altijd gevraagd. Het kan zijn dat het hier gaat om een raadpleging in verband met bij bepaalde ziektebeelden behorende beperkingen zonder daarbij op de persoon van de keurling wordt ingegaan.

Tabel 7.18 Raadplegen vanwege oordeel medische geschiktheid

	altijd	meestal	soms	nooit
wie (n=430)				
huisarts/specialist	1	1	45	52
medisch specialist als deskundige	1	1	25	73
psychiater	1	0	14	84
Psycholoog	1	0	10	89
collega ba (eigen dienst)	1	1	46	51
collega ba (andere dienst)	0	0	10	89
andere deskundigen (arbeidskundige/ergonoom)	0	0	9	91
daarvoor toestemming van keurling? (n=328)	74%	11%	7%	9%

7.3.9 Mededeling van de keuringsuitslag en de mogelijkheid tot herkeuring

In tabel 7.19 staat weergegeven wie mededeling krijgen van de uitslag van de aanstellingskeuring, respectievelijk in het geval dat de uitslag positief dan wel negatief is.

Tabel 7.19 Mededeling bij positieve of negatieve keuringsuitslag (n=437)

	Uitslag is:	
aan:	positief	negatief
alleen keuringvrager	1%	1%
alleen keurling	1%	14%
eerst keurling, dan keuringvrager	52%	68%
aan beiden	46%	13%
anderen:	.	3%

De voorgeschreven manier bij zowel een positieve als negatieve uitslag, is het eerst informeren van de keurling en het daarna informeren van de keuringvrager. De gevallen dat alleen de keurling een mededeling van een negatieve uitslag krijgt is slechts gedeeltelijk terug te voeren op artsen die ooit een keurling adviseerden zich terug te trekken uit de sollicitatieprocedure. Onduidelijk is waarom in andere gevallen alleen de keurling van de uitslag op de hoogte werd gesteld.

Bijna alle diensten bieden de mogelijkheid voor een herkeuring; 3% van de artsen die iemand afkeurden, verrichtten tegen de regels in zelf de herkeuring. Deze getallen zijn in vergelijking met 1987 dezelfde gebleven.

Tabel 7.20 De mogelijkheid voor de keurling tot herkeuring (n=410)

	nee	ja
er is de mogelijkheid	2%	98%

wie herkeurt	totaal	exclusief nvt
u zelf	2%	3%
collega eigen dienst	53%	72%
collega andere dienst	14%	18%
anderen	5%	7%
nvt (geen afkeuringen)	26%	.

7.3.10 Het bewaren of vernietigen van het dossier

Gevraagd is of men al dan niet na aanstelling van de gekeurde persoon het dossier vernietigt en of men voor het bewaren ervan de toestemming van de gekeurde persoon vraagt. Vrijwel alle bedrijfsartsen bewaren (in alle gevallen) het keuringsdossier van hen die aangesteld worden en vragen daarvoor in overgrote meerderheid nooit de toestemming van de keurling. Over de vernietiging van het dossier bij niet aanstelling bestaat een uiteenlopende praktijk: 59% vernietigt in alle gevallen en 35% bewaart de dossiers Ook in dat geval wordt zelden toestemming van de keurling gevraagd voor het bewaren.

tabel 7.21 Vernietiging van het dossier indien tot aanstelling wordt overgegaan

indien keurling wordt aangesteld → vernietiging dossier?	altijd	ja, tenzij	nee	
n=428	1%	1%	97%	
als niet 'altijd' vernietigd → toestemming keurling?	altijd	meestal	soms	nooit
n=385	10%	2%	3%	85%

tabel 7.22 Vernietiging van het dossier indien niet tot aanstelling wordt overgegaan

indien keurling niet wordt aangesteld → vernietiging dossier?	altijd	ja, tenzij	nee	
n=345	59%	6%	35%	
als niet 'altijd' vernietigd → toestemming keuring	altijd	meestal	soms	nooit
n=185	5%	2%	6%	87%
als niet 'altijd' vernietigd → hoelang bewaard:	onbekend	bekend		
n=339	47%	53%		
als periode bekend → hoe lang?	max 1 jaar		2-9 jaar	10 e.m.
n=180	31%		16%	53%

7.4 Intredeonderzoeken

Zowel aan de nog keurende artsen als de niet (meer) keurende artsen is gevraagd of zij intredeonderzoeken verrichten. Tabel 7.23 geeft aan hoe veel artsen een intredekeuring verrichten en hoe vaak zij dergelijke intredeonderzoeken (na indiensttreding van de werknemer) uitvoeren. Verder wordt vermeld aan wie zij het resultaat van zo'n onderzoek mededelen.

Tabel 7.23 Intredeonderzoek; frequentie en mededeling resultaat

verricht intredeonderzoek	*keurend arts*	*niet keurend arts*
nee	41%	71%
ja	59%	29%
	n-436	n=207
hoe vaak?	*keurend arts*	*niet keurend arts*
altijd	11%	8%
meestal	20%	21%
soms	69%	71%
resultaat	n=234	n=56
aan wie meegedeeld?	*keurend arts*	*niet keurend arts*
alleen werknemer	80%	72%
alleen werkgever	2%	0%
beiden	18%	28%
een ander	6 maal	3 maal
	n=234	n=56

Het blijkt dat artsen die aanstellingskeuringen verrichten ook vaker intredeonderzoeken doen. Voor beide groepen gaat het in meerderheid om een vrij incidenteel gebeuren. Het blijkt nogal eens voor te komen (wat vaker bij niet keurende bedrijfsartsen) dat artsen het resultaat van de intredekeuring ook aan de werkgever mededelen. Enigszins afhankelijk van de vraag wat wordt medegedeeld, valt dit toch buiten de wenselijke praktijk van handelen. Tabel 7.24 geeft aan met welke doelen men (altijd of meestal) intredeonderzoeken verricht.

Tabel 7.24 Doel van intredeonderzoek

	keurend arts	niet keurend
Doel intredeonderzoek:	*altijd/meestal*	*altijd/meestal*
arbeidsgrafiek/belastbaarheidprofiel	19%	19%
beoordelen belastbaarheid	52%	40%
beoordelen geschiktheid persoon	32%	28%
beoordelen functie medisch geschikt voor persoon	43%	35%
beoordelen risico's indienstneming voor werkgever	6%	7%
vaststellen uitgangswaarden	73%	65%
kennismaken met arbozorg	82%	69%
voorkomen risico's gezondheid kandidaat	80%	77%
voorkomen risico's gezondheid voor anderen	44%	28%
voldoen wettelijke verplichtingen/CAO	19%	12%
opname pensioenfonds/collectieve verzekering	1%	0%
beoordeling noodzaak arbeidsvoorzieningen (b.v. REA)	21%	22%
	n=226	n=55

Keurende zowel als niet keurende bedrijfsartsen onderschrijven in grote mate de volgende doelen voor een intredeonderzoek: het vaststellen van uitgangswaarden, het kennismaken met arbozorg en het voorkomen van risico's voor de gezondheid van de kandidaat. Men is het er vrij algemeen over eens dat risico's voor de werkgever en het vaststellen van de mogelijkheid voor opname in het pensioenfonds of een collectieve verzekering, geen doelen van de intredeonderzoek zijn.
Keurende artsen vinden vaker dan niet keurende artsen dat het voorkomen van risico's voor anderen een doel van een intredeonderzoek kan zijn.

7.5 Samenvatting en conclusies geordend naar onderzoeksvragen

Veertig procent van de aangeschreven bedrijfsartsen (leden van de NVAB) hebben een ingevulde vragenlijst over aanstellingskeuringen retour gezonden: 211 bedrijfsartsen die na 1 januari 1998 geen keuringen meer hebben uitgevoerd en 442 bedrijfsartsen die na 1998 wél aanstellingskeuringen hebben uitgevoerd.
Op grond van deze aantallen en de gebleken betrokkenheid bij het onderwerp van het onderzoek, wordt aangenomen dat de ervaringen en opinies van hen die reageerden in grote lijnen model kunnen staan voor die van de bedrijfsartsen in Nederland die in hun werk daadwerkelijk met de WMK te maken hebben gekregen.
Om een schatting te maken van het aantal aanstellingskeuringen dat in 1999 in Nederland werd uitgevoerd, moest rekening worden gehouden met non-respons, artsen

die wel keuren maar geen lid zijn van de NVAB en niet responderende bedrijfsartsen die mogelijk veel aanstellingskeuringen hebben verricht.

Effecten van de WMK in de praktijk van bedrijfsartsen
Onder bepaalde aannamen komt de schatting van het aantal door bedrijfsartsen verrichte keuringen in Nederland in 1999 uit op tussen de 56.000 en 70.000. Dit is de enige schatting die beschikbaar is en een nauwkeuriger schatting is helaas niet mogelijk. Een schatting die voor het jaar 1987 ooit werd gemaakt, kwam uit op ten hoogste 334.461 aanstellingskeuringen. Op basis van onderhavige onderzoeksgegevens was er tussen 1998 en 1999 sprake van een afname van het aantal aanstellingskeuringen van ten hoogste 5%.

Keurende bedrijfsartsen verrichtten vooral aanstellingskeuringen voor de vervoerssector, gezondheid- en welzijnssector, de bouw en de sectoren onderwijs en overheid. Ook in bepaalde industriële sectoren (metaal en overige industrie) wordt door nogal wat bedrijfsartsen minstens één aanstellingskeuring uitgevoerd. De topvijf van beroepen waarvoor gekeurd wordt, bestaat uit chauffeurs, persluchtdragers, brandweerlieden, functies met intensief patiëntencontact en bodemsaneringwerkers.
Van alle keurlingen wordt gemiddeld 4% beperkt medisch geschikt verklaard en 5% medisch ongeschikt verklaard dan wel wordt terugtrekking uit de procedure geadviseerd. Als het alleen gaat om gevallen waarin de keurling medisch ongeschikt wordt verklaard, betreft het 3%.
Vrijwel alle bedrijfsartsen zijn minstens 'in grote lijnen' op de hoogte van de strekking van de WMK. Artsen die gestopt zijn met het doen van aanstellingskeuringen, hebben dat merendeels gedaan vanwege de invoering van de WMK; de meesten van hen vinden dat daarmee een zinniger praktijk bij personeelsselectie is ontstaan. Bij zo'n 71% van de artsen die gestopt zijn met het doen van aanstellingskeuringen, kan gesproken worden van 'een nieuw beleid' na 1 januari 1998. Ook zij die nog wél aanstellingskeuringen verrichten, signaleren een grote afname van het aantal aanstellingskeuringen in hun werk. Ook deze bedrijfsartsen zien dit merendeels als een positieve ontwikkeling.

Risicoselectie
Of door de WMK de risicoselectie op gezondheid door werkgevers is afgenomen, kunnen de bedrijfsartsen niet altijd even gemakkelijk beoordelen. Bij hen die wel een mening hebben is deze verdeeld. Bedrijfsartsen die nog wel aanstellingskeuringen verrichten zijn positiever over de ontwikkelingen dan degenen die inmiddels niet meer keuren. Meer dan de helft van de nog keurende bedrijfsartsen en meer dan eenderde van de niet meer keurende bedrijfsartsen heeft ooit het verzoek van een keuringvrager voor het uitvoeren van een aanstellingskeuring geweigerd. Veel artsen geven aan dat dit hoort bij de invoering van een nieuwe praktijk van werken, waar werkgevers aan moeten wennen. De betreffende gevallen boden een goed aanknopingspunt om uit te leggen waar het bij de WMK om gaat. Ook uit gesprekken komt dit beeld naar voren. Werkgevers (maar ook keurlingen) moeten wennen aan het idee dat een keuring beperkt kan zijn ("als dit alles is, waarom laat ik iemand dan nog keuren!"). Werkgevers hebben soms te hoge verwachtingen van een keuring.

Zoals één van de geïnterviewde uitlegde "ook al is een auto APK goedgekeurd, dan nog kan de auto de volgende dag weigeren om te rijden".

Naleving van de WMK in de praktijk

De artsen is de vraag voorgelegd over mogelijke misverstanden rond het keuren in de omgang met werkgevers en met de eigen arbodienst. Die misverstanden zijn vaker aangegeven door artsen die ook aangeven dat ze na 1998 ooit een keuring hebben geweigerd uit te voeren. Artsen die zeggen de bestaande richtlijnen voor hun handelen onvoldoende te vinden, signaleren vaker misverstanden in de omgang met werkgevers en de eigen arbodienst.

Een aanstellingskeuring mag alleen verricht worden als de functie-eisen daartoe aanleiding geven en schriftelijk zijn vastgelegd. Op dat punt zal in de praktijk van zo'n tweederde van de bedrijfsartsen nog het een en ander moeten gebeuren. Bij 17% van de bedrijfsartsen blijken bij concrete aanstellingskeuringen de functie-eisen niet altijd bekend; 10% van de artsen volgt een praktijk die afwijkt van de WMK voorschriften door bij de keuze voor een aanstellingskeuring amper met functie-eisen rekening te houden,.

Functie-eisen blijken dus vaak nog niet omschreven te zijn. Dit komt overeen met wat de werkgevers al melden in de werkgeversenquête. Uit de interviews komt ook naar voren dat arbodiensten nog bezig zijn om in overleg met werkgevers functie-eisen in kaart te brengen. In het algemeen zijn grote werkgevers hier verder mee dan kleine werkgevers. Bij kleine werkgevers vindt er nogal eens een mondelinge overdracht plaats. Ook per arbodienst zijn er verschillen in de mate waarin men gevorderd is om van werkgevers van alle functies waarvoor gekeurd wordt beschreven functie-eisen te hebben. Zo heeft de ArboUnie Dordrecht aan hun klanten te kennen gegeven dat vanaf 1 januari 2001 alleen maar gewerkt wordt volgens de ARA en dat alle functies die aangeboden worden voor aanstellingskeuringen volgens die methodiek beoordeeld worden. Bedrijfsartsen van die dienst hebben van het management de opdracht gekregen om de WMK onder de aandacht te brengen van werkgevers bij wie dat nog niet gebeurd. Ook uit het bedrijfsartsenonderzoek blijkt dat eenderde van de diensten, de WMK nog met de werkgevers moet bespreken.

Volgens de bedrijfsartsen, heeft driekwart van hun arbodiensten op de meeste punten een beleid rond de WMK geformuleerd. Gecertificeerde arbodiensten worden tijdens een audit hier ook sinds 1 september 1999 op gecontroleerd.

Meer dan driekwart van de bedrijfsartsen volgt een standaardwerkwijze bij de beslissing al dan niet een aanstellingskeuring uit te voeren. Meestal gaat het om binnen de arbodienst beschikbare richtlijnen. Bij de beoordeling van de resultaten van de keuring ontbreken dergelijke standaarden wat vaker. Een kwart van de bedrijfsartsen beoordeelt dan ook de huidige richtlijnen als 'onvoldoende', als het gaat om de beoordeling van keuringsresultaten.

De keurling dient van te voren op de hoogte te zijn van het hoe en waarom van de aanstellingskeuring. Het blijkt dat in het overgrote deel van de gevallen de bedrijfsarts die introductie voor zijn rekening neemt. Bij slechts een handvol bedrijfsartsen wordt er niemand genoemd die de keurling vooraf informeert.

Er blijkt over de jaren gezien sprake van een verschuiving van doelen voor aanstellingskeuringen. Doelen als 'het beoordelen van risico's van indienstneming voor werkgever' en 'opname in pensioenfonds/collectieve verzekering, worden in tegenstelling tot 1987, in 2000 nog door slechts een enkeling genoemd.
Als onderdelen van een aanstellingskeuring worden een schriftelijke of mondelinge anamnese, een algemeen oriënterende anamnese of anamnese gericht op orgaansystemen of aandoeningen uit het verleden, het meest genoemd. Ook het lichamelijk onderzoek gericht op functionele mogelijkheden of beperkingen is een vrij vast onderdeel van de aanstellingskeuring. Gemiddeld bestaat de aanstellingskeuring uit rond negen onderdelen. Bij meer onderdelen is er een trend naar meer oriëntatie op indicaties vanuit de keurling en/of keuringvrager en wat minder op de functie-eisen.
De voorgeschreven manier bij zowel een positieve als negatieve uitslag, is het eerst informeren van de keurling en het daarna informeren van de keuringvrager. In geval van een positieve uitslag wordt hieraan weinig de hand gehouden (46%): de keurling wordt niet als *eerste* geïnformeerd.
Bijna alle diensten bieden de mogelijkheid voor een herkeuring; 3% van de artsen die iemand afkeurden, verrichtten tegen de regels in zelf de herkeuring.
Vier van de vijf bedrijfsartsen werken op een arbodienst die een klachtenprocedure heeft rond aanstellingskeuringen

Afstemming met ander wetten en rechtsnormen
In enkele gevallen wordt bij anderen (meestal medici) informatie opgevraagd om zich een oordeel te vormen over de medische geschiktheid van keurlingen. In die gevallen gaat het meestal om een huisarts of specialist. Bijna alle artsen vragen hiervoor de benodigde toestemming van de keurling. In vrijwel dezelfde frequentie als informatie wordt gevraagd, worden derden geraadpleegd. Het zijn naast de huisarts, de collega's van de eigen dienst die relatief vaak geraadpleegd worden. De toestemming hiervoor aan de keurling wordt door een kwart van de artsen niet altijd gevraagd. Het kan zijn dat het hier gaat om een raadpleging in verband met bij bepaalde ziektebeelden behorende beperkingen, zonder daarbij op de persoon van de keurling wordt ingegaan.
Vrijwel alle bedrijfsartsen bewaren het keuringsdossier van hen die aangesteld worden in alle gevallen en vragen daarvoor in overgrote meerderheid nooit de toestemming van de keurling. Over de vernietiging van het dossier bij niet aanstelling bestaat een uiteenlopende praktijk: meer dan de helft vernietigt in alle gevallen en een derde bewaart de dossiers. Ook in dat geval wordt zelden toestemming van de keurling gevraagd voor het bewaren.
De gegevens over het vernietigen of bewaren van dossiers maken sterk de indruk dat de bestaande richtlijnen hierover een onvoldoende handleiding voor de praktijk van werken vormen. Toch is het protocol aanstellingskeuringen hierin duidelijk: "Nadat de totale sollicitatieprocedure is afgerond, dient het medisch dossier betreffende de aanstellingskeuring te worden vernietigd, indien niet tot aanstelling wordt overgegaan". Gevers (1998) voegt hieraan toe dat het de vraag is of het dossier bewaard mag worden als wél tot aanstelling wordt overgegaan, gelet op het absoluut geformuleerde gebod in art. 2 lid 2 WMK (keuringsgegevens mogen slechts worden gebruikt voor het doel waarvoor zij zijn verkregen).

8. Resultaten kwalitatief onderzoek

8.1 Inleiding

De WMK heeft na nog geen drie jaar van bestaan duidelijk een beoogde gedragsverandering bij zowel werkgevers als bedrijfsartsen teweeg gebracht, zo maken we op uit beide voorafgaande hoofdstukken. Verondersteld wordt dat dit gevolgen heeft voor keurlingen. In dit hoofdstuk wordt op basis van diverse bronnen een schatting gepresenteerd van het aantal keuringen van sollicitanten. Daarmee wordt de omvang van het 'probleem' geschetst. Dat er nog altijd sollicitanten ontevreden zijn wordt beschreven in de daarop volgende paragraaf 8.3. Besproken wordt verder in welke bedrijfssectoren een sollicitant momenteel nog gekeurd wordt, waarom dat gebeurd en welke richtlijnen daarbij gelden.
Daarbij wordt ook de coördinatie en samenwerking besproken tussen de (vertegenwoordigers van) werkgevers, werknemers en arbodiensten. De opvattingen van deze partijen over de WMK en de bescherming die werknemers geboden wordt tegen te zware belasting zijn aspecten die hierbij aan bod komen.

8.2 Schattingen van aantallen aanstellingskeuringen en de mate van vragen naar gezondheid

De hieronder besproken schattingen van aantallen aanstellingskeuringen en van vragen naar gezondheidskenmerken bij sollicitaties zijn gebaseerd op verschillende bronnen, waarvan de vijf belangrijkste in een bijlage worden besproken. Met behulp van deze bronnen en enkele arbeidsmarktgegevens is getracht een kwantitatief beeld te verkrijgen van de relatieve omvang van het onderhavige 'probleem'.

Aannames
De schatting van het percentage bedrijven dat in Nederland één of meer aanstellingskeuringen laat verrichten, is sterk afhankelijk van de vraag die men daarover aan bedrijfsvertegenwoordigers voorlegt. Een belangrijk verschil wordt veroorzaakt door het stellen van een vraag naar de intentie tot het laten verrichten van aanstellingskeuringen of een vraag naar feitelijk uitgevoerde keuringen. Daarnaast speelt een rol of het gaat om een keuring als regel of een keuring op indicatie. Een verder punt van onduidelijkheid is of het gaat om een keuring door een arts of een keuring in de vorm van bijvoorbeeld een gezondheidsverklaring of een vraag van de werkgever. Bij de extrapolatie van gegevens naar het landelijk niveau speelt mede een rol dat de representativiteit van de gegevens naar bedrijfsgrootte, een belangrijke rol speelt. Kleine bedrijven trekken minder vaak nieuw personeel aan en tevens is de kans kleiner dat er een functie in het bedrijf is waarvoor een aanstellingskeuring aan de orde is.

Dalend aantal keuringen door bedrijfsartsen
Duidelijk is dat het aantal bedrijven dat medische aanstellingskeuringen laat verrichten door arbodiensten en het aantal aanstellingskeuringen door bedrijfsartsen, na 1 januari 1998 drastisch is afgenomen en dat dat aantal in de jaren daarna geleidelijk nog iets is gedaald. De relatieve afname van deze aantallen is groter als rekening wordt gehouden met een toename van het aantal vervulde vacatures (vooral) in de meest recente periode.
Het percentage bedrijven waar potentieel minstens één medische aanstellingskeuring door de bedrijfsarts wordt verricht, ligt op 12%. Feitelijk wordt per jaar bij ongeveer de helft van deze bedrijven een keuring verricht. In een bedrijvenonderzoek bij bedrijven met meer dan 5 werknemers, vond in 1998 bij 9% van nieuw aangenomen personeel een aanstellingskeuring plaats (Vries en Sardjoe, 1999). Door het ontbreken van bedrijven met 2-5 werknemers, moet deze 9% naar beneden bijgesteld worden. Het aantal uitgevoerde aanstellingskeuringen door bedrijfsartsen ligt op een getal van rond de 56.000 tot 70.000 (ongecorrigeerd voor bedrijfsgrootte).
Toenemend aantal vragen door bedrijven
Er wordt door veel meer bedrijven gekeurd door te vragen naar de gezondheid van de sollicitant of het eerdere verzuim. Soms wordt om een gezondheidsverklaring gevraagd. Al met al is er in het jaar 2000 bij iets minder dan de helft van de Nederlandse bedrijven sprake van dit soort screeningsmethoden op gezondheid.
Een aanstellingskeuring en/of vraag naar de gezondheid wordt in 2000 door 42% van de bedrijven gerapporteerd. Dit percentage fluctueert over de afgelopen jaren: het bedraagt 44% in 1998 en 49% in 1999 (Berendsen e.a., 1998; Koehler en Spijkerboer, 1999).
Chronisch zieken niet slechter behandeld
Het percentage *chronisch zieken* dat zegt tussen 1998 en 1999 bij een sollicitatie door een medicus te zijn gekeurd (7%), ligt niet al te ver af van het geschat percentage van alle sollicitanten (NIVEL-onderzoek). Immers bij rond 800.000 vervulde vacatures in 1999 (gegevens Arbeidsvoorziening) komt een kans van 7% om medisch gekeurd te worden uit op 56.000 door de arbodienst uitgevoerde keuringen.
Aan veel chronisch zieken, die tussen oktober 1998 en oktober 1999 een baan hebben gekregen, is door de werkgever tijdens de sollicitatie vragen over de gezondheid gesteld; naar schatting aan 32%. Dit percentage kan niet direct vergeleken worden met de ervaringen van andere sollicitanten. Als blijkt dat bijna de helft van de Nederlandse bedrijven wel eens vraagt naar gezondheidskenmerken van sollicitanten, is een percentage van 32% niet bijzonder hoog te noemen.
Arbeidsgehandicapten
Sinds de Wet REA wordt onder een persoon met een arbeidshandicap een ieder verstaan die door ziekte of gebrek verminderde kansen heeft op de arbeidsmarkt. (Dat wil zeggen dat chronisch zieken niet per definitie arbeidsgehandicapt zijn, en arbeidsgehandicapten niet per definitie chronisch ziek zijn.) Het instroompercentage van arbeidsgehandicapten van het totaal aantal personen dat is aangenomen in de periode 1 juli 1998 tot medio 1999 is 2% en is de helft lager dan dat van langdurig werklozen (4%) (Schellekens e.a., 2000). Het lage instroompercentage van arbeidsgehandicapten verklaart ten dele het lage percentage werknemers met een arbeidshandicap, dat volgens de nieuwste REA definities ligt op 5% (SZW, 1999).

Uitgaande van het aantal vervulde vacatures in 1999 wordt het aantal door arbeidsgehandicapten (conform de REA-definitie) vervulde vacatures in dat jaar geschat op 16.000 (Wevers e.a., 2001). Daarvan zijn ten hoogste 6.000 door de bemiddelingsinstellingen succesvol naar werk bemiddeld, dat wil in de regel zeggen dat de werkgever op de hoogte is gebracht van het bestaan van een arbeidshandicap. Van de overige arbeidsgehandicapten die een vacature vervulden zijn er hooguit 700 (7%) die een medische aanstellingskeuring door een arts ondergingen en is bij ongeveer 5.000 tijdens de sollicitatie procedure de gezondheid ter sprake gekomen. Niet bekend is hoeveel sollicitanten met een chronische ziekte vanwege hun gezondheid of arbeidshandicap worden afgewezen.

8.3 Klachten van sollicitanten

De belangrijkste bron voor informatie over ervaringen van sollicitanten met keuringen is het Breed Platform Verzekerden & Werk (BPV&W), een platform van twaalf patiënten- en consumentenorganisaties (zie hoofdstuk 5). Eén van de activiteiten van het BPV&W is de Helpdesk Gezondheid, Werk en Verzekeringen, een landelijke telefonische helpdesk voor iedereen die klachten of vragen heeft over werk, sociale zekerheid of particuliere verzekeringen in relatie tot gezondheid. De Helpdesk rapporteerde in twee publicaties onder meer over 'Klachten met betrekking tot het verkrijgen van werk' (BPV&W, 1999 en 2000). Hieronder worden de belangrijkste conclusies over de jaren 1998 en 1999 samengevat.

Volgens de eerste Rapportage 1998 ontving de Helpdesk dat jaar 129 klachten over het verkrijgen van werk. De meeste van hen (73%) hadden de afgelopen twee jaar gesolliciteerd. Van deze laatste groep onderging 52% een standaardkeuring of moest een standaardformulier invullen en 3% onderging een functiegerichte keuring. Bijna de helft van hen had klachten over de aanstellingskeuring en/of de gezondheidsvragenlijst. Volgens het platform gaat het hierbij om klachten omdat men ten onrechte is gekeurd of omdat een aanstellingskeuring niet voldeed aan de voorwaarden die in WMK zijn vastgelegd. Met betrekking tot de (standaard)formulieren die werden gebruikt bij de keuring is regelmatig geklaagd over het grote aantal vragen, over het feit dat er vragen werden gesteld over bijzonder persoonlijke of intieme zaken en over volstrekt niet terzake doende vragen, zoals het vragen naar vliegangst en watervrees.

Volgens de tweede Rapportage 1999 ontving de Helpdesk in 1999 in totaal 142 klachten over het verkrijgen van werk. De meeste mensen met een klacht hadden de afgelopen twee jaar gesolliciteerd (64%). 'Bij 40% hiervan was er geen sprake van een verplichte medische keuring, 25% moest een gezondheidsvragenlijst invullen, 12% onderging een lichamelijk onderzoek, 19% kreeg zowel een lichamelijk onderzoek als een gezondheidsvragenlijst'. Van de overige personen (4%) is niet bekend of zij al dan niet zijn gekeurd. Van deze mensen vermoedt 34% dat het resultaat van de sollicitatieprocedure het gevolg is van hun arbeidshandicap of WAO-verleden.
De klachten die in verband zijn te brengen met de WMK zijn de volgende: Van de in totaal 142 mensen met een klacht zegt 13% ten onrechte te zijn gekeurd, 10% heeft

een te uitgebreide gezondheidsvragenlijst gehad en 10% zegt dat de werkgever/personeelsfunctionaris ten onrechte gezondheidsvragen stelde. Twee personen zijn niet geïnformeerd over de keuring en in twee gevallen zijn medische gegevens beschikbaar gekomen voor onbevoegden.

Conclusie
Het aantal klachten in 1999 lijkt toegenomen ten opzichte van 1998. Het totaal aantal klachten dat de Helpdesk heeft ontvangen over aanstellingskeuringen, nog geen honderd op het grote aantal sollicitaties (meer dan 800.000 per jaar), lijkt niet onrustbarend. Hoewel niet uitgesloten wordt dat niet alle ontevreden sollicitanten de weg naar de telefonische Helpdesk vinden, kan op basis van deze gegevens geen sprake zijn van een groot maatschappelijk onrecht. Navraag bij andere vertegenwoordigers van werknemers en cliënten leert dat zij de weinige klagers in de regel naar het meldpunt verwijzen, in de veronderstelling dat daar de nodige expertise voor hulp is. Meer inzicht in de omvang van het probleem levert de schatting van het aantal keuringen in de vorige paragraaf.

8.4 Effecten op bedrijfssectorniveau: werkgevers en bedrijfsartsen.

Werkgevers
Verwacht werd dat bedrijven activiteiten zouden ontwikkelen om van overeenkomstige functies die veel voorkomen binnen een bedrijfssector, op sectorniveau functieeisen te omschrijven en vast te stellen of aanstellingskeuringen nodig zijn, en om vervolgens de inhoud van die keuring te bepalen. Dit blijkt niet zo te zijn, met uitzondering van de vervoer- en bouwsector. Beide sectoren hebben een paritaire stichting, de BGZ wegvervoer respectievelijk de Arbouw, waarin werkgevers en werknemers elk voor de helft vertegenwoordigd zijn. De Arbouw vertegenwoordigt alle werkgevers in de bouwsector. In de vervoersector is ongeveer 90% van de werkgevers aangesloten bij BGZ Wegvervoer.
Deze stichtingen, die al bestonden voordat de WMK inwerking trad, sluiten namens de werkgevers contracten af met arbodiensten. Zij zijn ook degenen die de arbodiensten voorzien van protocollen waarin beschreven staat welke functies in aanmerking komen voor aanstellingskeuringen, wat de functie-eisen zijn en waaruit een keuring bestaat. De arbodienst declareert bij de stichting. Dit betekent dat werkgevers in deze sectoren niet zelf functie-eisen van verschillende functies hoeven vast te stellen, en niet zelf contacten hebben met een arbodienst.
Voor welke functies wordt er nu gekeurd? In de CAO van de bouw is vastgelegd dat een werkgever een werknemer keurt bij intrede in de bouwsector. In de CAO is een verplichting opgenomen, maar geen controle of sanctie. Op grond van de WMK worden alleen werknemers die uitvoerend werk gaan doen op een bouwplaats of werkzaamheden gaan verrichten in een werkplaats met relatief zwaar belastend werk dan wel risicovol werk doen (voor zichzelf of derden) gekeurd voor feitelijke indiensttreding. Jaarlijks worden er 6.500 tot 7.000 intredekeuringen (in dit geval een aanstellingskeuring) gedaan. Het aantal intredekeuringen in 2000 zal naar verwachting lager zijn. Arbouw registreert niet de keuringen van werknemers die binnen de bouwsector van werkgever veranderen (in dezelfde functie). Dergelijke keuringen

worden door de werkgever aangevraagd bij een arbodienst en ook betaald door de werkgever.
In de vervoersector worden vanaf 1 januari 1997(!) uitsluitend nog functiegerichte aanstellingskeuringen gedaan bij chauffeurs, kraanmachinisten en loods/technisch personeel. Het aantal aanstellingskeuringen in deze bedrijfstak is opgelopen van 6.750 in 1997 tot 7.787 in 1999. De inhoud van de keuring is vastgesteld in overleg met SKB. In de tweede helft van 2000 bekijkt een projectgroep de inhoud van de keuringen en de vragenlijsten die gebruikt worden bij de keuringen opnieuw, en beoordeelt of alles nog conform wettelijke bepalingen is. Wat betreft vragenlijsten kent men een basisvragenlijst en een module bestemd voor (1) chauffeurs, (2) loods/technisch personeel (bijv. machinisten van mobiele kraanmachines en heistellingen) en (3) administratief personeel (voor PAGO's).

Bedrijfsartsen
Ook bedrijfsartsen ontwikkelen op bedrijfssectorniveau activiteiten op het terrein van de WMK. Dit is het geval bij bedrijfsartsen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg (BIG). Samen met SKB screende de BIG functies in de gezondheidszorg[62] op functie-eisen. Met behulp van de ARA heeft men bepaald welke functies in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring. Van de functies is vastgesteld voor welke functie-eisen een bedrijfsarts moet keuren. Deze informatie is in een notitie vastgelegd. De BIG heeft echter geen richtlijnen opgesteld hoe men moet keuren. De inhoud van de keuring bepaalt de bedrijfsarts zelf. De gangbare praktijk is dat er op papier gekeurd wordt; er wordt een vragenlijst ingevuld en aan de hand van de vragenlijst wordt bepaald of er aanvullend onderzoek nodig is. De vragenlijsten voldoen echter niet altijd aan het 'proportionaliteitsbeginsel' van de WMK, zo blijkt uit een toegezonden klacht van een sollicitant naar een functie in een ziekenhuis.

8.5 Gezondheidsverklaringen

Voor veel 'professionals' is het normaal dat zij bij hun sollicitatie een gezondheidsverklaring aanleveren.
Uit onderhavig onderzoek en ook uit het SZW-werkgeverspanel 1998-1999 (Deursen e.a., 2000) komt naar voren dat tijdens sollicitaties in alle onderzochte bedrijfssectoren, gezondheidsverklaringen ter sprake komen. Zo heeft in 1998 4,5% van de bedrijven -die nieuw personeel aannamen- voorafgaand aan indiensttreding om een gezondheidsverklaring gevraagd, zonder een medische aanstellingskeuring (door een arts). Onder gezondheidsverklaring kan alleen maar een verklaring verstaan worden die door een arts is ondertekend. De vraag is of de geënquêteerde werkgevers dit ook zo opvatten. Sommige werkgevers verstaan hieronder ook een eigen verklaring die is ondertekend door de sollicitant. Ook zijn er werkgevers die een 'geschikt voor werk verklaring' (na aanstellingskeuring) interpreteren als een gezondheidsverklaring, en als zodanig positief op de gestelde onderzoeksvraag antwoorden.

62 Ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, verpleeghuis, apotheek, geestelijke gezondheidszorg, overigen (o.a., tandartsen, medewerkers kinderdagverblijven)

Tijdens het onderhavig onderzoek werd duidelijk dat een gezondheidsverklaring van belang kan zijn voor een werkgever, maar dat die niet altijd op de juiste manier wordt verkregen. Van enkele bedrijfssectoren is hierover iets meer bekend.

Risico lopen of vormen in de gezondheidszorg
Binnen de gezondheidszorg worden soms gezondheidsverklaringen gevraagd in kader van een infectiepreventieprogramma. Verklaringen worden dan afgegeven door een arts van de GGD of door een bedrijfsarts. De BIG (bedrijfsartsen in de gezondheidszorg) heeft hierover een notitie gemaakt.[63] In de gezondheidszorg wordt onderscheid gemaakt tussen 'risicovormende' en 'risicolopende' beroepen. Risico vormende beroepen zijn alle snijdende beroepen (patiënt loopt risico), en risico lopende beroepen zijn o.a. verpleegkundigen. De notitie van het BIG meldt het volgende over infectiepreventie ".. *Het medisch onderzoek in kader van de infectiepreventie staat los van de aanstellingskeuring en heeft uitsluitend als doel de gezondheid van betrokkene en derden te beschermen. Het zegt dus niets over de geschiktheid van de aspirant werknemer voor de betreffende functie. Infectiepreventieonderzoek is geen onderdeel van een keuring, maar kan in sommige gevallen aanleiding geven tot uitstel van aanvang van de werkzaamheden door de aspirant werknemer...* ".
Eind 2000 geldt in de regel dat nieuw personeel niet verplicht wordt mee te werken aan een preventieprogramma, bijvoorbeeld door zich te laten controleren op bepaalde infecties en zich eventueel te laten vaccineren. Het AMC stelt echter wel een verplichting in bij aanstellingskeuring: indien men niet meewerkt, dan wordt men niet aangenomen. Wel is het zo dat de uitgebreidheid van de te inventariseren infectierisico's afhangt van het soort werk dat men doet: snijdende beroepen, omgang met kinderen, omgang met patiënten met een verlaagde weerstand etc.

Risico lopen of vormen in de vleesindustrie
In de vlees- en vleesverwerkende industrie vragen werkgevers van nieuw aan te nemen personeel -al dan niet met een tijdelijk contract- die in contact komen met vlees- of vleesproducten, een gezondheidsverklaring, ondertekend door een (huis)-arts. De EU regelgeving en de Nederlandse Warenwet en veterinaireregelgeving stellen eisen aan werknemers die omgaan met vlees dan wel vleesproducten, namelijk dat zij niet leiden aan besmettelijke ziekten. Gezondheidsverklaringen in de vlees- en vleeswarenindustrie is ook een verzekeringstechnisch verhaal. Een deel van de kwestie ligt bij de klant (bijv. buitenland) die strenge eisen stelt aan het vlees. Het vragen naar verklaringen waarin een arts ondertekent dat iemand geen besmettelijke ziekte heeft, is niet in strijd met de WMK. De ARA geeft aan dat besmettelijke ziekten in dit geval een gezondheidsrisico en een veiligheidsrisico zijn en dat derhalve een keuring plaats kan vinden. Wat in de praktijk echter voorkomt is dat gezondheidsverklaringen door werkgevers in de vlees- en vleesverwerkende industrie niet als een aanstellingskeuring gezien worden. Werkgevers vragen zo'n verklaring, terwijl een beperkte medisch onderzoek (zoals bijvoorbeeld in de gezondheidszorg)

---

63 Voor het opstellen van de Notie over infectie preventie is gebruik gemaakt van: Bessems JLP en Nauta AP. Richtlijnen voor infectiepreventie binnen instellingen voor de gezondheidszorg. NVAB, 1997.

de juiste procedure is. Om concurrentievervalsing tegen te gaan (beperkte medische onderzoeken kosten geld) zou in de vlees- en vleesverwerkende industrie de afspraak moeten worden gemaakt dat alle werkgevers verklaringen op laten maken door artsen van een arbodienst.

Risico lopen of vormen in de bouw
In de bouwsector worden werkgevers (aannemers) soms gedwongen door hun opdrachtgever om van werknemers die aan een bouwproject beginnen, gezondheidsverklaringen te overleggen. Dus ook van werknemers die nieuw worden aangetrokken. De werkgever kan alleen op twee manieren aan een gezondheidsverklaring komen: (1) van de werknemer die zo'n verklaring krijgt van zijn bedrijfsarts na een periodieke keuring en (2) van de bedrijfsarts die bij een werknemer een aanstellingskeuring heeft gedaan (nl. een geschikt voor werk verklaring). Ook worden werkgevers in de bouw soms "gedwongen" door certificeringeisen (o.a. CRLW, ISO Normen) om gezondheidsverklaringen te vragen, omdat certificeerders daarnaar vragen. Verder komt het voor dat werkgevers van machinisten van mobiele kraan- en heistellingen gezondheidsverklaringen vragen, ook al is de verplichting hiervoor na juli 1997 vervallen.

Risico lopen of vormen in de vervoerssector
In de vervoersector zijn voor het personenvervoer wettelijke regelingen die aangeven dat een chauffeur een geldige gezondheidsverklaring moet hebben die maximaal 5 jaar geldig is. Voor het beroepsgoederenvervoer geldt alleen de keuringsrichtlijn van het Centraal Bureau Rijvaardigheid. In CAO's is echter vastgelegd dat een chauffeur van goederenvervoer ook een gezondheidsverklaring moet hebben die 5 jaar geldig is. Dit laatste omdat men in het buitenland vaak verplicht is om een geldige gezondheidsverklaring bij zich te hebben. Als een chauffeur van werkgever verandert, vraagt de nieuwe werkgever in de regel naar zijn gezondheidsverklaring. BGZ Wegvervoer geeft aan dat als zo'n verklaring nog geen jaar oud is, een aanstellingskeuring overbodig is. Indien de verklaring ouder is dan één jaar, maar nog niet verlopen, dan is het aan de werkgever of hij de chauffeur opnieuw laat keuren.

Risico lopen of vormen in de chemische industrie
Werkgevers moeten zich soms houden aan normen waarin ook richtlijnen staan over het bewaken van de gezondheid van de werknemer. Zo is er de VCA, Veiligheid Checklist Aannemers. Het is een ISO-norm die door de petrochemische industrie wordt opgelegd aan bedrijven die aan hen diensten en producten leveren. De petrochemische industrie committeert ook zichzelf steeds vaker aan deze normen. De European Chemical Industry Council (CEFIC) heeft samen met de Europese Petrochemische Associatie een veiligheids- en kwaliteitsonderzoeksysteem ontwikkeld voor de distributiesector. Hier vallen ook milieu en gezondheid onder. Zeggen deze richtlijnen dan wel normeringen ook iets over aanstellingskeuringen? De arbodienst ArboNed heeft het standpunt dat als bij een bedrijf in het kader van een certificering normen/richtlijnen gelden voor de gezondheid van werknemers met bepaalde functies in de vorm van periodieke onderzoeken, dat je dan kunt aannemen dat dit ook geldt voor aanstellingskeuringen. Deze certificeringen of richtlijnen beschrijven

uitgebreid bedrijfsrisico's en hoe die bedrijfsrisico's gecontroleerd kunnen worden. Het opnieuw gaan inventariseren van wel/geen keuringen is dan overbodig werk.

8.6 Wel of geen keuring volgens de ARA

Tijdens de interviews met bedrijfsartsen en vertegenwoordigers was de ARA één van de besproken onderwerpen. De NVAB is van mening dat op dit terrein nog veel is te winnen. Er gebeurt nog te veel op eigen inzicht van de bedrijfsarts. De ARA is een eerste stap in de vertaling van functie-eisen in medische gezondheidscriteria. Het is een prima opstart voor vervolg. Nadat de ARA is verschenen verzocht het NVAB aan de BOA om een verdere uitwerking van de ARA op bedrijfssectorniveau. De ARA moet meer toegespitst worden op de praktijk. Aan de BOA is verzocht tijdelijk bedrijfsartsencapaciteit vrij te maken om invulling te geven aan dit vervolg. Volgens de NVAB moet er op bedrijfssectorniveau een vertaalslag gemaakt worden van functie-eis naar vragen. Deze vragen kunnen een indicatie geven voor aanvullend onderzoek. De volgende stap is dan de interpretatie: richtlijnen voor de beoordeling van arbeidsgeschiktheid. Op dit moment is de bouwsector de enige die op bedrijfssectorniveau functie-eisen heeft vertaald in medische gezondheidscriteria en richtlijnen heeft opgesteld voor de beoordeling van arbeidsgeschiktheid (overigens al vòòr de WMK!). [64]Het uiteindelijke protocol moet zo simpel mogelijk zijn. Werkgevers hebben nu vaak moeite om een functie te vertalen in functie-eisen, en daaraan gekoppeld de zwaarte/belasting ervan.
ArboNed vindt de ARA ook een nuttig instrument als eerste aanzet, maar vindt categorie 5 als criterium voor 'wel een keuring' te ver gaan. De opstellers van de ARA vertaalden de beschrijving uit de WMK .... *Bijzondere medische eisen* ..., in categorie 5 .. *Ongewoon hoge belasting* ... Gevolg is dat voor sommige functies de ARA is doorgeschoten met als gevolg dat er niet gekeurd wordt, waar het naar de mening van Arboned wel zou moeten. ArboNed heeft voor één van zijn grote klanten functies in kaart gebracht en op basis van werkinhoud bepaald of een aanstellingskeuring nodig is. Het aantal voorgestelde keuringen blijkt groter te zijn dan wanneer de vaststelling gebeurd zou zijn volgens de ARA richtlijn.
De ARA keuringsrichtlijn is gericht op normale gezonde mensen, maar een aanzienlijk deel van de werkende beroepsbevolking heeft wel wat, om nog maar niet te spreken van chronisch zieken en gehandicapten (Boersma, 2000). Vijf uur lopen op een werkdag, of meerdere keren 20 kg moeten tillen per uur vereist lichamelijke kracht. Volgens ARA richtlijnen mag hiervoor niet worden gekeurd. Hetzelfde geldt voor intensief beeldschermwerk waarvoor volgens de ARA richtlijnen niet gekeurd mag worden op arm/schouder/nek conditie. Ook het VNO NCW heeft moeite met de categorie 5. Categorie 4, zware belasting, is volgens hen ook vaak reden voor keuren, maar niet volgens de ARA.

---

[64] Wat dit laatste betreft wordt opgemerkt dat bedrijfsartsen in de bouwsector -die al wel richtlijnen hebben voor interpretatie van onderzoeksgegevens- niet altijd tot een zelfde conclusie komen over arbeidsgeschiktheid van een werknemer.

ArboUnie Dordrecht signaleert dat veel werkgevers tegenwoordig psychische piekbelasting aankruisen op het functie-eisen formulier. Als bedrijfsarts kun je daar niets mee.Verder zijn functie-eisen soms niet te plaatsen. Volgens de Arbo-Unie is de ARA een 'valkuil' voor de bedrijfsartsen. Functie-eisen zijn sterk gericht op belasting (criterium 1 om aanstellingskeuring te doen). Veiligheidsaspecten (criterium 2; gezondheidsgevaar en veiligheidsrisico's) hoewel goed aangegeven in de ARA, zijn wat ondergesneeuwd. Functies waarvoor wettelijke verplichtingen zijn om aanstellingskeuringen te doen, worden niet over het hoofd gezien (criterium 3).

Een ander kritiekpunt is de vertaalbaarheid. Wat is bijvoorbeeld 'zeer vaak' of 'langdurig' als het om lichamelijke verrichtingen gaat.
In enkele gevallen is de vertaling van functie-eis in medische termen te uitgebreid. Men verzameld wel gegevens, maar weet vervolgens niet waar de grens ligt tussen 'goed' en 'niet goed'.
Geïnterviewden en opsteller van de ARA (Hulshof, 2000) pleiten dan ook voor een evaluatie, bijstelling en verdere uitwerking van de ARA.

8.7 WMK en intrede-onderzoeken

In de vorige paragraaf is de gedachte geopperd dat de WMK wellicht onbedoelde negatieve effecten voor bescherming van werknemers heeft. De vraag is dan ook of het beperken van het aantal aanstellingskeuringen geen afbreuk doet aan de mogelijkheid tot goede bedrijfsgeneeskundige begeleiding na aanstelling. Gevers (1998) stelt dat dit niet zo hoeft te zijn. De werkgever kan zijn werknemer na aanstelling vragen om mee te werken aan een intrede-onderzoek. Bij ArboNed is er na de invoering van de WMK nauwelijks een toename van intrede-onderzoeken. Ook bij ArboUnie Dordrecht niet. Men brengt het intrede-onderzoek wel onder de aandacht van de werkgever. Mogelijk weten werkgevers dat zij toch geen keuringsuitslag ontvangen en daarom geen intrede-onderzoek laten verrichten. In tegenstelling tot de geïnterviewden vonden Ferrier en Edelaar (2000)[65] in een onderzoek onder gecertificeerde arbodiensten, dat medio 1999 een derde van de arbodiensten een toename signaleert van intrede-onderzoeken.

8.8 (Uit)werking van de WMK op werknemers

De algemene indruk uit gesprekken met bedrijfsartsen is dat zij positief zijn over de WMK. Kritische kanttekeningen plaatst men vooral bij de uitwerking en invoering van de wet. Ten tijde van de invoering van de WMK was er niets geoperationaliseerd. Het Protocol Aanstellingskeuringen van de KNMG was er wel, maar dat is een beleidsinstrument. De invoering behoeft volgens de bedrijfsartsen meer sturing en coaching. De algemene richtlijnen voor aanstellingskeuringen (de ARA) van SKB/BOA verscheen 1½ jaar na de inwerkingtreding van de WMK. Hetzelfde geldt

[65] Alle 101 gecertificeerde arbodiensten (medio 1999) werden aangeschreven; 73 stuurden de vragenlijst terug.

voor de certificeringrichtlijnen voor WMK-beleid waarop arbodiensten getoetst worden. Arbodiensten beginnen nu langzamerhand hun professionele intelligentie/ hun ervaringen met de WMK te delen met andere arbodiensten. Tot voor kort hield men dat voor zich, omdat men bang was een veronderstelde voorsprong op andere arbodiensten te verliezen. Het hele proces van zelfregulering en implementatie kwam slechts langzaam op gang. Veel werkgevers zijn nog niet klaar met het in kaart brengen van functie-eisen en verschillende bedrijfsartsen moeten nog met werkgevers overleggen over de gevolgen van de WMK voor het aannemen van nieuw personeel.
De vraag is of er nu minder mensen geselecteerd worden op een handicap of chronische ziekte. Volgens één van de geïnterviewden niet. Er zijn andere maatregelen nodig om dit doel te bereiken. De WMK loopt een achter de feiten aan. De wet is ontwikkeld in een tijd dat er een tekort aan werk was. Nu met de krapte op de arbeidsmarkt nemen werkgevers allerlei mensen aan die inhoudelijk dan wel medisch gezien niet helemaal geschikt zijn. Volgens dezelfde geïnterviewde "beschermt de WMK werknemers dan ook voor geen meter". "Neurotische bedrijven" nemen tijdelijke krachten of uitzendkrachten in dienst, ook al is dit voor hen eigenlijk duurder. Als nieuwe werknemers niet bevallen (inhoudelijk dan wel vanwege gezondheidsaspecten), dan kan men ze zonder al te veel argumenten ontslaan. Overigens stelt de 'Flexwet' hier wel beperkingen aan.

Onzekerheid/duidelijkheid invulling WMK.
Met in gedachte dat door de WMK vaker mensen kunnen worden aangenomen die medisch niet helemaal geschikt zijn voor de functie, is in interviews aan de bedrijfsartsen gevraagd hiermee ervaring hadden. ArboNed had ervaring met ziekteverzuimgevallen die hieraan toe te schrijven zijn. Zij adviseren de werkgever dan ook om bij het eerste verzuim van een nieuwe werknemer te vragen naar arbeidsongeschiktheid en WAO in het verleden.

9. Beantwoording van de onderzoeksvragen

9.1 Evaluatieonderzoek Wet op de medische keuringen

Op 1 januari 1998 is de Wet op de medische keuringen (WMK) van kracht geworden. De WMK beoogt de persoonlijke levenssfeer en de lichamelijke integriteit van de keurling beter te beschermen en de rechtspositie van de keurling te versterken. Daarnaast is deze bedoeld om ongewenste risicoselectie door middel van aanstellingskeuring tegen te gaan.
De Ministers van VWS en SZW hebben ZorgOnderzoek Nederland (ZON) verzocht zorg te dragen voor de uitvoering van deze eerste evaluatie via het Programma evaluatie regelgeving. TNO Arbeid heeft dit onderzoek uitgevoerd in samenwerking met HSI.[66]
Dit hoofdstuk geeft een antwoord op de onderzoeksvragen, weergegeven in schema 9.1. Het is tevens een geïntergreerde samenvatting van de resultaten van empirische deelonderzoeken zoals die beschreven zijn in de voorafgaande hoofdstukken.

Schema 9.1 Centrale onderzoeks- en subvragen

Centrale onderzoeksvraag 1:
Wat beoogt de WMK en wat zijn de effecten?

- Welke effecten werden beoogd met de WMK en welke (mogelijke) neveneffecten van de WMK zijn benoemd?·
- Welke (neven-)effecten doen zich in de praktijk voor (benoemde en onbenoemde)?

Centrale onderzoeksvraag 2:
Hoe is de afstemming met andere wetten, de handhaving van de WMK en versterking van de rechtspositie van de sollicitant geregeld?

- Hoe is de afstemming met andere wetten en andere rechtsnormen, waaronder de mededelingsplicht, de precontractuele redelijkheid en billijkheid en de Wet REA en op welke wijze is de handhaving geregeld in de wet?
- Wat voor een consequenties heeft de afstemming met andere wetten en rechtsnormen in de praktijk en op welke wijze vindt de handhaving in de praktijk plaats?
- Is het instrumentarium adequaat voor de versterking van de rechtspositie van de sollicitant of behoeft deze verbetering?

Keuring in de zin van de WMK
Bij het lezen van de evaluatie van de WMK realisere men zich wat men onder een keuring verstaat. Volgens de WMK vallen de volgende zaken onder een keuring: het mondeling stellen van vragen naar de gezondheid, het invullen van een formulier met vragen naar de gezondheid, het vragen naar een gezondheidsverklaring, een lichamelijk onderzoek door een arts, en aanvullend onderzoek (zoals laboratorium

[66] Hugo Sinzheimer Instituut, UvA

bepalingen, ECG). Een keuring bij aanstelling mag alleen worden uitgevoerd door een arts die werkzaam is bij een gecertificeerde arbodienst. Een werkgever mag niet vragen naar de gezondheid en ook geen gezondheidsverklaringen vragen. Daarnaast is er een expliciet verbod voor werkgevers om tijdens een sollicitatiegesprek te vragen naar diens gezondheid of ziekteverzuim in het verleden.

9.2 Centrale onderzoeksvraag 1: Hoe is het gesteld met de doelstelling van de WMK?

9.2.1 Welke effecten werden beoogd met de WMK, welke (mogelijke) neveneffecten zijn benoemd en wat is de praktijk?

Doelen van de WMK zijn onder meer de bescherming dan wel versterking van de rechtspositie van de keurling en vermindering van selectie op gezondheid. Hiertoe zijn in de WMK normstellingen geformuleerd (hoofdstuk 3, paragraaf 2). En er zijn verwachtingen uitgesproken over de effecten die deze kunnen hebben bij de toepassing ervan (hoofdstuk 4, paragraaf 4).

De norm: inperking van de bevoegdheid tot aanstellingskeuringen.

Effect 1: Daalt het aantal aanstellingskeuringen?

Het percentage bedrijven dat aanstellingskeuringen laat uitvoeren door een arts, daalt.

Een aanstellingskeuring uitgevoerd door een arts is in 12% van de bedrijven in Nederland aan de orde. Dit percentage fluctueert van 10% bij bedrijven met minder dan 10 werknemers, 14% in middelgrote bedrijven tot 32% in bedrijven met 100 of meer werknemers.

Zowel in 1998 als 1999 en 2000 is in minder dan 8% van de bedrijven een medische keuring een *normaal onderdeel van de sollicitatieprocedure*. Dit percentage was na 1998 duidelijk gedaald. Als ook de gegevens over het aantal keurende bedrijven uit het SZW-werkgeverspanel worden bekeken, wordt voor 1999 een percentage van 5,5% feitelijk keurende bedrijven gevonden. De conclusie is dat ongeveer de helft van de bedrijven die functies hebben waarvoor een aanstellingskeuring aan de orde is (12%), in het geval van het aantrekken van nieuw personeel feitelijk een keuring laat uitvoeren.

Het aantal keuringen dat bedrijfsartsen jaarlijks verrichten, is aanzienlijk gedaald.

In 1987 werd ooit een schatting gemaakt van 334.461 aanstellingskeuringen (Lourijsen e.a., 1993). Huidig onderzoek levert (na extrapolatie) een schatting op van tussen de 56.000 en 70.000 keuringen in 1999. Onder de geënquêteerde artsen is er in 1999 een afname in het aantal aanstellingskeuringen ten opzichte van 1998 van 5%. De relatieve afname van het aantal aanstellingskeuringen is groter als rekening wordt gehouden met een toename van het aantal vervulde vacatures in de meest recente periode.

Bij een onderzoek onder chronisch zieken werd in 1998/1999 7% van degenen die een (nieuwe) werkkring vonden, medisch gekeurd[67]. In een bedrijvenonderzoek bij bedrijven met meer dan 5 werknemers, vond in 1998 bij 9% van nieuw aangenomen personeel een aanstellingskeuring plaats. (Door het ontbreken van bedrijven met 2-5 werknemers, moet deze 9% naar beneden bijgesteld worden.) Bij rond 800.000 vervulde vacatures in 1999 (gegevens Arbeidsvoorziening) komt een kans van 7%, om medisch gekeurd te worden uit op 56.000 keuringen per jaar, een schatting die goed overeenkomt met die van het bedrijfsartsenonderzoek.

Terwijl het aantal keuringen door een arts daalt, stijgt het percentage afgekeurden licht.
Van alle keurlingen wordt gemiddeld 4% beperkt medisch geschikt verklaard en 5% medisch ongeschikt verklaard dan wel wordt terugtrekking uit de procedure geadviseerd. In 1987 (Lourijsen e.a., 1993) waren de percentages 3% respectievelijk 2%. Voor een echt goede vergelijking met 1987 zouden keuringsresultaten van vergelijkbare functies met elkaar vergeleken moeten worden. Een vraag die onbeantwoord blijft is of vóór 1998 mensen werden afgekeurd voor functies waarvoor nu geen aanstellingskeuring meer nodig is, en zo ja hoe vaak?
Hoewel vrijwel alle bedrijfsartsen ten minste 'in grote lijnen' op de hoogte zijn van de strekking van de WMK is slechts 60% hier goed mee bekend. Artsen die gestopt zijn met het doen van aanstellingskeuringen, hebben dat merendeels gedaan vanwege de invoering van de WMK. Een meerderheid van alle artsen vindt dat er een zinniger praktijk bij personeelsselectie is ontstaan.

Keuringen zijn bedrijfssector en beroepsgebonden.
Keurende bedrijfsartsen verrichten vooral aanstellingskeuringen voor de vervoerssector, gezondheid- en welzijnssector, de bouw en de sectoren onderwijs en overheid. Ook in bepaalde industriële sectoren (metaal en overige industrie) wordt door veel bedrijfsartsen ten minste één aanstellingskeuring per jaar uitgevoerd. De topvijf van beroepen waarvoor gekeurd wordt, bestaat uit chauffeurs, persluchtdragers, brandweerlieden, functies met intensief patiëntencontact en bodemsaneringwerkers.

Effect 2: Blijven in sollicitatiegesprekken vragen naar gezondheid uit?
In sollicitatiegesprekken worden te vaak vragen gesteld over de gezondheid.
Vragen naar gezondheid door de werkgever is niet toegestaan (art. 4. lid 2 WMK). Bij 46% van de bedrijven wordt bij sollicitaties geprobeerd iets over de gezondheid van de sollicitant te achterhalen: door te vragen naar de gezondheid of het eerder verzuim en in enkele gevallen door te vragen om een gezondheidsverklaring. In bedrijven waar aanstellingskeuringen door arbodiensten aan de orde zijn, gebeurt dit overigens vaker. In 1998 liet 44% en in 1999 49% van de bedrijven een medische keuring verrichten en/of stelde de sollicitant een vraag naar de gezondheid (Berendsen e.a., 1998; Koehler en Spijkerboer, 1999).

---

67 Bron: patiëntenpanel Chronisch Zieken van NIVEL.

Effect 3: Zijn er andere vormen van risicomijdend gedrag ontstaan?
Vormen van risicomijdend gedrag die door de bedrijfsartsen en geïnterviewden zijn genoemd zijn het stellen van gezondheidsvragen tijdens het sollicitatiegesprek, het laten invullen van een gezondheidsvragenlijst en werknemers in tijdelijke dienst nemen of uitzendkrachten aannemen ("kat uit de boom kijken"). Wat betreft dit laatste punt komt uit de interviews naar voren dat arbodiensten hier wel een beleid voor hebben, zoals ook tijdelijke dienstverbanders keuren als voor die functie een aanstellingskeuring nodig is. Wel is het waarschijnlijk zo dat tijdelijke dienstverbanden en het nemen van uitzendkrachten vaker worden toegepast voor functies waarvoor geen aanstellingskeuring nodig is.
Door sommigen is de verwachting uitgesproken dat de selectie op gezondheid door werkgevers zelf (de lekenkeuring) na invoering van de WMK belangrijk zou toenemen. Verondersteld wordt dat de krapte op de arbeidsmarkt er toe heeft bijgedragen dat deze selectie beperkt is gebleven. Zo komt het ook voor dat werkgevers werknemers niet altijd keuren (ook niet altijd verplicht zijn) omdat men al blij is dat een vacature vervuld kan worden (werkgever neemt risico). Overigens geeft 46% van de keurende artsen en 28% van de niet meer keurende artsen aan dat sinds de invoering van de WMK hun werkgevers (klanten van de bedrijfsarts) nu minder op gezondheid selecteert bij sollicitaties.

De conclusie is dat risicoselectie door werkgevers door middel van selectie van sollicitanten op gezondheid nagenoeg niet is verminderd. Nog steeds ondergaat bijna de helft van de sollicitanten een aanstellingskeuring. Het verschil bestaat daar in dat het medisch onderzoek door bedrijfsartsen in veel gevallen is vervangen door de lekenkeuring.

Effect 4: Zijn de overige benoemde (neven)effecten opgetreden?
Chronisch zieken worden niet vaker gekeurd.
Van de chronisch zieken die in de afgelopen 2 jaar solliciteerden is 7% gekeurd door een arbodienst, een percentage dat overeenkomt met dat bij sollicitanten in het algemeen. Tijdens het sollicitatiegesprek werd bij 32% van de chronisch zieken een vraag gesteld over de gezondheid. Dit percentage is nauwelijks lager dan de 39% uit het onderhavig deelonderzoek onder werkgevers.

Arbeidsgehandicapten en de WMK.
In 1999 zijn naar schatting 16.000 vacatures door arbeidsgehandicapten vervuld (Wevers e.a., 2000). Daarvan zijn ten hoogste 6.000 door de bemiddelingsinstellingen succesvol naar werk bemiddeld, en zal dus de arbeidshandicap bij de werkgever bekend zijn.Van de overige hebben er hooguit 700 een aanstellingskeuring (door een arts) gehad en zal bij ongeveer 5.000 tijdens het sollicitatiegesprek de gezondheid ter sprake zijn gekomen.
Niet bekend is of, en zo ja hoeveel sollicitanten vanwege een beperking, chronische ziekte en/of arbeidshandicap worden afgewezen. Het aantal klachten van sollicitanten over de sollicitatieprocedure bij het BPV&W beperkt zich tot minder dan honderd per jaar.

Geneeskundige begeleiding werknemers verminderd.
Er zijn verschillende bedrijfsartsen die opperen dat het beperken van het aantal aanstellingskeuringen afbreuk doet aan de mogelijkheid tot goede bedrijfsgeneeskundige begeleiding na aanstelling. Gevers (1998) stelt dat dit niet zo hoeft te zijn. De werkgever kan zijn werknemer na aanstelling vragen om mee te werken aan een intredeonderzoek. Het bedrijfsartsenonderzoek laat zien dat intredeonderzoeken niet vaak voorkomen: 18% van de keurende artsen en 8% van de niet keurende artsen doen altijd/meestal intredeonderzoeken na indiensttreding van een werknemer, en 41% van de keurende artsen en 71% van de niet keurende artsen doen helemaal geen intredeonderzoeken. De geïnterviewden geven aan dat werkgevers hun arbodiensten niet vaker dan voorheen intredeonderzoeken laten verrichten. Ferrier en Edelaar (2000) daarentegen vonden in een onderzoek onder gecertificeerde arbodiensten, dat medio 1999 een derde van de arbodiensten een toename signaleerde van het aantal intredeonderzoeken.

De norm: beperking ten aanzien van de inhoud van keuringen

Effect 5: Worden er in de context van aanstellingen geen vragen gesteld of onderzoeken verricht naar zaken die een onevenredige inbreuk maken in de persoonlijke levenssfeer?
Werkgevers vragen te vaak naar gezondheid
Zoals genoemd onder effect 2 overtreden de werkgevers te vaak de bepaling in de WMK dat zij geen vragen mogen stellen naar gezondheid. Dit kan opgevat worden als inbreuk op de levenssfeer van de sollicitant. Vastgesteld wordt dat over de inhoud van deze vragen weinig bekend is en dat in sommige gevallen het vragen naar gezondheidsverklaringen verplicht is vanwege Europese of andere wetgeving (zie ook par. 9.3.3).

Inhoud van de keuring door een arts is meer functiegericht geworden.
Het onderhavig onderzoek kan geen antwoord geven op de vraag of het voorkomt dat tijdens keuringen door een arts een onevenredige inbreuk wordt gemaakt in de persoonlijke levenssfeer van de keurling. Wel heeft het onderzoek een trend vast kunnen stellen dat de keuring meer functiegericht is geworden.
Onderdelen van een aanstellingskeuring die door de bedrijfsartsen het meest zijn genoemd zijn: een schriftelijke (82%) of mondelinge anamnese (74%), een algemeen oriënterende anamnese (83%) of anamnese gericht op orgaansystemen (72%) of lichamelijke aandoeningen uit het verleden (70%). Het lichamelijk onderzoek gericht op functionele mogelijkheden of beperkingen is een vrij vast onderdeel geworden van de aanstellingskeuring (vergeleken met 1987 een toename van 27% naar 75%). De volgende onderdelen zijn vergeleken met de situatie in 1987 sterk afgenomen: anamnese gericht op het arbeidsverleden (van 90% naar 55%), een algemeen oriënterend lichamelijk onderzoek (van 91% naar 45%), visusonderzoek (van 97% naar 56%) en urineonderzoek (van 93% naar 28%).
Dertien procent van de bedrijfsartsen gaf aan dat de keuring meestal bestond uit een gezondheidsverklaring. Voor bedrijfsartsen die in de gezondheidszorg werkten was dit 37%.

De norm: versterking van de rechten van de keurling

Effect 6: Weet de keurling wat zijn rechten zijn en kan hij ze effectueren?
Het zijn vooral de keurende artsen die keurlingen inlichten over het hoe en waarom van de keuring.
De keurling dient van te voren op de hoogte te zijn van het hoe en waarom van de aanstellingskeuring. Bij voorkeur wordt dit vermeld tijdens de wervingsprocedure bijvoorbeeld in de personeelsadvertentie.
In het overgrote deel van de gevallen neemt echter de bedrijfsarts de introductie voor zijn/haar rekening. Door slechts een handvol bedrijfsartsen wordt er niemand genoemd die de keurling vooraf informeert. Sollicitanten die medisch gekeurd worden kunnen in het algemeen in beroep gaan bij klachten over de aanstellingskeuring (inhoud dan wel uitslag). Van de keurende artsen geeft 86% aan dat de arbodienst waarvoor zij werken een klachtenprocedure heeft.
Of de groep sollicitanten die niet gekeurd wordt, geïnformeerd wordt over hun rechten ten aanzien van de sollicitatieprocedure, en dat is naar schatting zo'n 93% van de sollicitanten, is niet bekend. Het werkgeversonderzoek laat zien dat slechts 13% van de bedrijven een meldpunt voor klachten heeft.

Effect 7: Wordt het recht op herkeuring (mis-)gebruikt?
In onderhavig onderzoek zijn geen aanwijzingen gevonden dat er een toename is in het aantal herkeuringen.

De norm: aanvullende normstelling voor keuringvrager en keurend arts

Effect 8: Is de professionele zelfstandigheid van keuringsartsen verbeterd?
Aanstellingskeuringen mogen alleen uitgevoerd worden door gecertificeerde arbodiensten (art. 14 Arbowet 1998). Ten behoeve van deze certificering trad op 17 februari 1998 de Regeling certificatie arbodiensten in werking. Aan deze regeling werd op 30 juli 1999 een verwijzing toegevoegd naar de in de WMK genoemde voorschriften. Een arbodienst wordt nu ondermeer getoetst op de volgende aspecten: bespreken WMK met werkgevers, vaststellen functie-eisen, keuze voor wel of niet keuren, inhoud keuring en klachtenprocedure. De aldus uitgebreide regeling is per 1 september 1999 bindend voor alle gecertificeerde arbodiensten. De implementatie van de WMK is wat dit betreft nog niet afgerond. De geldende certificeringrichtlijnen zijn nog steeds niet overal ingevoerd. Uit het bedrijfsartsenonderzoek komt naar voren dat driekwart van de artsen werkt bij arbodiensten die op de meeste punten een beleid rond de WMK hebben geformuleerd.
Dat keuringsartsen hun professionele zelfstandigheid behouden kan worden opgemaakt uit het gegeven dat meer dan de helft van de nog keurende artsen en meer dan eenderde van de niet meer keurende artsen ooit het verzoek van een keuringvrager voor het uitvoeren van een aanstellingskeuring heeft geweigerd.

9.3 Centrale onderzoeksvraag 2: Hoe is de afstemming met andere wetten, de handhaving van de WMK en versterking van de rechtspositie van de sollicitant geregeld?

De in de voorafgaande paragraaf genoemde normstellingen worden nader bepaald dan wel gekleurd door het juridisch kader rondom de WMK. De relevante regelgeving naast de WMK is nader geformuleerd (hoofdstuk 3, paragraaf 3). De onderzoeksvragen over de afstemming met andere wetten en rechtsnormen en over handhaving van de wet zijn besproken in hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4 (hoofdstuk 4, paragraaf 3). Tenslotte is in de hoofdstukken 5 tot 8 beschreven wat tot dusver is geregeld rond de handhaving en zelfregulering (in brede zin). De onderzoeksvragen over effecten en uitvoeringprocessen overlappen elkaar soms. Vandaar dat niet te voorkomen is dat enkele van de eerder behandelde onderwerpen hierna weer ter sprake komen, zij het vanuit een ander perspectief.

9.3.1 Afstemming met andere wetten en rechtsnormen in de praktijk

In het werkgevers-, bedrijfsartsenonderzoek en de interviews zijn enkele aspecten van de afstemming aan de orde gekomen.

1. Bewaren van medische dossiers.

De WBGO stelt dat de ten behoeve van een keuring verzamelde gegevens slechts zolang bewaard mogen worden als noodzakelijk is in verband met het doel van de keuring. In het protocol aanstellingskeuringen (PAK) van de KNMG is dit uitgewerkt tot: "Nadat de totale sollicitatieprocedure is afgerond, dient het medisch dossier betreffende de aanstellingskeuring te worden vernietigd, indien niet tot aanstelling wordt overgegaan". Mag het dossier bewaard worden als wél tot aanstelling wordt overgegaan? De WMK stelt dat 'keuringsgegevens slechts gebruikt mogen worden voor het doel waarvoor zij zijn verkregen' (art.2 lid 2 WMK).
De praktijk is echter dat vrijwel alle bedrijfsartsen het keuringsdossier bewaren van hen die aangesteld worden en vragen daarvoor in overgrote meerderheid (85%) nooit de toestemming van de keurling. Indien niet tot aanstelling wordt overgegaan vernietigt meer dan de helft van de artsen in alle gevallen en een derde bewaart de dossiers. Ook in het laatste geval wordt zelden toestemming van de keurling gevraagd voor het bewaren. Het belang van het bewaren van medische dossiers voor ontbinding van het arbeidscontract is nog niet duidelijk.[68]

2. Toestemming geven om aanvullende gegevens op te vragen.

In enkele gevallen vragen keurende artsen bij anderen (meestal artsen) informatie op om zich een oordeel te vormen over de medische geschiktheid van keurlingen. In die gevallen gaat het meestal om een huisarts of specialist. Ook worden derden geraadpleegd. Het zijn naast de huisarts, de collega's van de eigen dienst die relatief vaak geraadpleegd worden.

---

[68] Zie Kelder e.a., Dilemma voor de bedrijfsarts: mag de leugen lonen?. TBV 8, 2000.

3. WMK en reïntegratiesubsidies.
De vraag of de WMK heeft verhinderd dat bedrijven konden vaststellen dat iemand arbeidsgehandicapt was, wordt door ruim 2% van de bedrijven die feitelijk geworven hebben, bevestigend beantwoord. Het geen aanspraak hebben kunnen maken op de subsidiemogelijkheden van de Wet REA, wordt in totaal door ruim 1% van de bedrijven genoemd en door bijna 3% van de bedrijven met 100 of meer werknemers. In onderhavig onderzoek geven slechts 9% van de keurende artsen aan dat zij altijd dan wel meestal tijdens een keuring beoordelen of een keurling in aanmerking komt voor een REA voorziening. Overigens geven geïnterviewden aan dat hun arbodiensten het niet hun taak vinden om uit te zoeken of een keurling arbeidsgehandicapt is of niet. Zij vinden dat een taak van de werkgever.
De mogelijke interferentie van de WMK met op reïntegratie van arbeidsgehandicapten gerichte stimuleringsmaatregelen in de Wet REA beperkt zich vooral tot het Plaatsingsbudget en het Pakket op maat, omdat voor deze beide regelingen een aanvraagtermijn geldt.
Het naast elkaar bestaan van divergerende normen ten aanzien van het melden van een arbeidshandicap biedt de sollicitant met een *niet-zichtbare* handicap meerdere opties. Solliciterend op een voor hem passende functie heeft hij het recht te zwijgen over niet relevante beperkingen. Hij kan ook melden dat hij volgens de wet of een attest 'arbeidsgehandicapt' is, zodat de werkgever een Plaatsingsbudget kan aanvragen bij de uvi, arbeidsvoorziening of gemeente.[69] De sollicitant met een, in de ogen van de werkgever, zwakke gezondheid of handicap heeft deze alternatieven in veel mindere mate. Enkele deskundigen zijn van mening dat om bovengenoemde redenen de WMK na inwerkingtreding van de Wet REA aangepast had moeten worden. [70] Anderen zijn van mening dat een wettelijk discriminatieverbod naar handicap effectiever is.

4. Mededelingsplicht
In onderhavig onderzoek geeft 13% van de keurende artsen aan dat zij op verzoek van een keuringvrager een keurling hebben gekeurd die spontaan iets over de gezondheid had gemeld, zonder dat er voor de functie eisen beschreven waren. De vraag is hoe hier in het algemeen mee omgegaan moet worden. Hetzelfde geldt overigens als een sollicitant meldt dat hij arbeidsgehandicapt is. De WMK stelt echter dat een arts niet mag keuren.

9.3.2 Handhaving en zelfregulering (in brede zin)
Art. 9 van de WMK stelt dat representatieve organisaties van de bij de wet betrokken partijen afspraken kunnen maken over de verschillende opengelaten normen of begrippen, te weten:

- het doel van de keuring;

---

69 Zie hieromtrent ook de brochure van het Breed Platform Verzekerden & Werk, Solliciteren en gezondheid: beter zwijgen of verstandig spreken, 2000.

70 Staatssecretaris Hoogervorst liet de Kamer, desgevraagd, weten dat van een gebrekkige afstemming zijns inziens geen sprake is. Ook waren over deze kwestie geen klachten binnengekomen bij het meldpunt-WMK, dat op dat moment (februari 2000) ruim een jaar operabel is, aldus de staatssecretaris. (Vragen Rouvout en Van Gent d.d. 25.1.00; antwoord 18/2)

- het verrichten van aanstellingskeuringen;
- de vragen en medische onderzoeken als bedoeld in de artikelen 3 en 8.[71]

Deze zelfregulering wordt **geconditioneerde zelfregulering** (in de zin van de WMK) genoemd. Verder kunnen de representatieve organisaties gezamenlijk een onafhankelijke WMK-klachtencommissie instellen (art. 13). Het tweede lid van art.14 kondigt verder over bovenstaande punten nadere regelgeving aan middels een Algemene Maatregel van Bestuur *indien en voor zover binnen drie jaren na de inwerkingtreding van deze wet geen afspraken als bedoeld in de artikelen 9 en 13 zijn gemaakt of indien die afspraken niet voldoen aan bij of krachtens deze wet gestelde eisen.* Inmiddels wordt een AMvB uitgewerkt.
Diverse ontwikkelingen zijn erop gericht om invulling te geven aan normen en begrippen. Bij deze ontwikkelingen zijn echter niet alle representatieve organisaties betrokken. Gedoeld wordt op het opnemen van richtlijnen voor aanstellingskeuringen in de Regeling certificatie arbodiensten, ontwikkeling van richtlijnen voor bedrijfsartsen (de ARA), aanpassing van de sollicitatiecode voor werkgevers en overleg tussen werknemers, werkgevers en arbodiensten over het vastleggen van functieeisen voor functies die in aanmerking komen voor aanstellingskeuringen. Deze laatste afspraken noemen we **zelfregulering in brede zin.**

9.3.3 Handhaving en zelfregulering in de praktijk

In het werkgevers-, bedrijfsartsenonderzoek en de interviews zijn enkele aspecten van handhaving en vormen van zelfregulering in brede zin aan de orde gekomen.

1. Zijn er richtlijnen voor de werkgever opgesteld conform de WMK?
De Nederlandse Vereniging voor Personeelsbeleid (NVP) beschikte al ruim voor de inwerkingtreding van de WMK over een sollicitatiecode, waarin basisregels zijn gegeven voor de werving en selectie. De code is niet juridisch bindend. Bij de beoordeling in rechte van criteria als precontractuele goede trouw en goed-werkgeverschap spelen de hierin gegeven normstellingen wel degelijk een rol. Er is gekozen voor de promotie van één sollicitatiecode en één landelijke klachtenvoorziening. In de vernieuwde code (NVP 2000) staan verwijzingen naar de AWGB, de WMK en het Protocol Aanstellingskeuringen van de KNMG. Code en klachtenvoorzieningen worden ook onderschreven door de Stichting van de arbeid en traden per 1 april 2000 in werking.

2. Zijn er richtlijnen voor de keurende arts opgesteld conform de WMK?
Bedrijfsartsen hebben verschillende richtlijnen ter beschikking voor hun handelen met betrekking tot aanstellingskeuringen. Het Protocol Aanstellingskeuringen van de KNMG en de richtlijnen aanstellingskeuringen van de beroepsvereniging NVAB dateren al van voor de inwerkingtreding van de WMK. De Algemene Richtlijn Aanstellingskeuringen (ARA) is in 1998 in opdracht van de Branche Organisatie Arbodiensten (BOA) ontwikkeld om binnen de diverse arbodiensten tot meer uniformiteit

[71] Enkele in de wet genoemde verwijzingen zijn weggelaten vanwege de beperking tot aanstellingskeuringen. In het bijzonder betreft dit de verwijzing naar vragen en medische onderzoeken als bedoeld in de artikelen 5, 6 en 7.

te komen in de werkwijze rond de aanstellingskeuringen. De richtlijn bevat een stappenplan en een overzicht van functie-eisen met de bijbehorende gezondheidscriteria en onderzoeksmethoden. De ARA is juridisch niet bindend. Andere richtlijnen die bedrijfsartsen ter beschikking hebben kunnen afkomstig zijn van de keuringvrager, of de arbodienst die zijn richtlijnen vaak heeft afgeleid van bestaande richtlijnen van de KNMG, NVAB of de ARA.

3. Vinden er activiteiten op bedrijfssectorniveau plaats?

Activiteiten op bedrijfssectorniveau vinden nauwelijks plaats.

Met uitzondering van de vervoer- en bouwsector zijn geen bedrijfssectoren gesignaleerd die activiteiten ontwikkelen om op bedrijfssectorniveau functie-eisen te omschrijven, en zo vast te stellen of aanstellingskeuringen nodig zijn, en de inhoud van een keuring te bepalen.

De organisatie Bedrijfsartsen in de gezondheidszorg (BIG) screende samen met de SKB functies in de gezondheidszorg op functie-eisen. Met behulp van de ARA heeft men bepaald welke functies in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring. De inhoud van de keuring wordt vervolgens door de keurende arts zelf bepaald.

4. Worden de bovengenoemde richtlijnen toegepast en zijn ze eenduidig?

Verbetering in doelen voor aanstellingskeuringen.

Uit het onderzoek blijkt dat doelen waarom een arts keurt zoals: 'het beoordelen van risico's van het indienstnemen voor werkgever' en 'opname in pensioenfonds/-collectieve verzekering', in 2000 nog door slechts een enkeling worden genoemd. Zo'n 20% van de bedrijfsartsen geeft aan dat de keuringsgegevens gebruikt worden als nulmeting. In de bouwsector is dat bijvoorbeeld het geval, waarbij de aanstellingskeuring inhoudelijk gelijk is aan het intredeonderzoek. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de inhoud van de aanstellingskeuring (en dus ook het intredeonderzoek) conform de WMK is.

Uit het werkgeversonderzoek ontstaat echter de indruk dat er vaker wordt gekeurd dan de WMK wil toestaan. Eén op de vijf werkgevers geeft aan dat de medische keuring een vaste procedure is. Wel moet opgemerkt worden dat in deze gevallen niet vastgesteld is of deze procedures getoetst zijn aan de eisen die voor een functie gesteld worden of dat er wettelijke, dan wel CAO bepalingen zijn die een medische keuring vereisen.

Functie-eisen niet altijd schriftelijk vastgelegd.

Bij de keuze voor het al dan niet keuren voldoet de praktijk in veel gevallen niet aan de verplichting alleen dan te keuren als functie-eisen daartoe aanleiding geven. Zo zijn in bedrijven waar gekeurd wordt in meer dan eenderde van de gevallen de functie-eisen niet schriftelijk vastgelegd. Dit beeld komt overeen met het bedrijfsartsenonderzoek. Zo'n tweederde van de bedrijfsartsen moet nog afspraken maken met werkgevers om functie-eisen schriftelijk vast te leggen. Bij 17% van de bedrijfsartsen blijken bij concrete aanstellingskeuringen de functie-eisen niet altijd bekend. 'Slechts' 10% van de artsen houdt voor de inhoud van de aanstellingskeuring amper met functie-eisen rekening, een praktijk die duidelijk afwijkt van de WMK. In 1987 was dit nog 32% (Lourijsen e.a., 1993).

Arbodiensten zijn nog bezig om in overleg met werkgevers functie-eisen in kaart te brengen. Grote werkgevers zijn hier verder mee dan kleine werkgevers. Bij kleine werkgevers vindt vaak per vacature mondelinge overdracht plaats. Per arbodienst zijn er verschillen in de mate waarin men gevorderd is met het opvragen bij werkgevers van functie-eisen op schrift voor alle functies waarvoor gekeurd wordt. Eenderde van de diensten moet de WMK nog met de werkgevers bespreken.

Keurende artsen vinden richtlijnen vaak niet helder.
Richtlijnen voor aanstellingskeuringen die artsen ter beschikking hebben, kunnen ondermeer afkomstig zijn van de keuringvrager, arbodienst, NVAB, de KNMG, BOA/SKB. Artsen die de bestaande richtlijnen voor hun handelen onvoldoende vinden, signaleren vaker misverstanden in de omgang met werkgevers en de eigen arbodienst.

Een kwart van de bedrijfsartsen beoordeelt de huidige richtlijnen als 'onvoldoende', als het gaat om de beoordeling van keuringsresultaten.
Meer dan driekwart van de bedrijfsartsen volgt een standaardwerkwijze bij de beslissing al dan niet een aanstellingskeuring uit te voeren. Meestal gaat het om binnen de arbodienst beschikbare richtlijnen Bij de beoordeling van de resultaten van de keuring ontbreken dergelijke standaarden relatief vaak (25%).

De ARA
De geïnterviewden geven aan dat de ARA een nuttig instrument is waar goed mee te werken valt. Toch signaleren ze enkele knelpunten.

- De ARA keuringsrichtlijn is gericht op normale gezonde mensen, maar een niet onaanzienlijk deel van de werkenden heeft gezondheidsklachten Deze mensen zullen categorie 4 functie-eisen mogelijk als te zwaar ervaren.
- Categorie 4, zware belasting, is ook vaak reden voor keuren, maar niet volgens de ARA.
- Psychische piekbelasting kan wel worden aangegeven op het functie-eisen formulier, maar er zijn geen medische onderzoeksmethoden voor de bedrijfsarts voor handen.
- Functie-eisen zijn soms niet te plaatsen en niet vertaalbaar. Wat is bijvoorbeeld zeer vaak of langdurig als het om verrichtingen gaat.

Artsen en de NVAB pleiten voor een evaluatie, bijstelling en verdere uitwerking van de ARA.

Onduidelijkheid over gezondheidsverklaring: wel of geen medische keuring
Uit dit en ander onderzoek (Deursen e.a., 2000) komt naar voren dat tijdens sollicitaties in alle onderzochte bedrijfssectoren, gezondheidsverklaringen ter sprake komen. Juridisch kan men onder een gezondheidsverklaring alleen maar een verklaring verstaan die door een arts is ondertekend. In het onderhavige onderzoek werd duidelijk dat een gezondheidsverklaring van belang kan zijn voor een werkgever, maar dat deze niet altijd op de juiste manier wordt verkregen.
In de gezondheidszorg wordt bij aanstelling regelmatig naar een gezondheidsverklaring gevraagd (via GGD of arbodienst) in het kader van een infectiepreventieprogramma. Hoewel bij aanstelling gevraagd, wordt deze verklaring niet aangemerkt als

een (onderdeel van een) medische keuring. In de vlees- en vleesverwerkende industrie vragen werkgevers van nieuw aan te nemen (tijdelijk) personeel die in contact komen met vlees- of vleesproducten, een gezondheidsverklaring. De EU regelgeving en de Nederlandse Warenwet en veterinaireregelgeving stellen eisen aan deze werknemers. Zij mogen niet lijden aan besmettelijke ziekten. Deze verklaringen worden in de praktijk niet afgegeven door de arbodienst, maar door de huisarts of GGD-arts. De ARA geeft aan dat besmettelijke ziekten in dit geval een gezondheidsrisico en een veiligheidsrisico is en dat derhalve een aanstellingskeuring plaats mag vinden, mist in medische termen te vertalen. Om concurrentievervalsing tegen te gaan (beperkte medische onderzoeken kosten geld) zou bijvoorbeeld in de vlees- en vleesverwerkende industrie, de afspraak gemaakt moeten worden dat alle werkgevers dergelijke verklaringen op laten maken door de arbodienst.
In de vervoersector zijn voor het personenvervoer wettelijke regelingen die aangeven dat een chauffeur een geldige gezondheidsverklaring moet hebben die maximaal 5 jaar geldig is. In CAO's van beroepsgoederenvervoer is dit ook vastgesteld. Als een chauffeur van werkgever verandert, vraagt de nieuwe werkgever in de regel naar zijn gezondheidsverklaring.

5. Vindt er overleg met werknemers en arbodiensten aangaande WMK plaats?
Bij middelgrote en vooral grote bedrijven waar aanstellingskeuringen aan de orde zijn, wordt er in de helft van de gevallen overlegd met de werknemers of arbodienst. Er is overigens slechts in 6% van de bedrijven overlegd met de werknemers en in 8% van de bedrijven overlegd met de arbodienst. Het bedrijfsartsenonderzoek geeft aan dat arbodiensten de intentie hebben om alle werkgevers te informeren over de WMK. Als er echter geen functies zijn die in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring, zal in die gevallen overleg niet altijd nodig zijn.

6. Hebben werkgevers en arbodienst een meldpunt voor klachten over sollicitatieprocedures respectievelijk aanstellingskeuringen?
In een aantal bedrijven is er een meldpunt voor klachten over een sollicitatieprocedure. Een meldpunt waar een sollicitant een klacht over de sollicitatieprocedure kan indienen, heeft bijna 13% van de bedrijven. In bedrijven met meer dan 100 werknemers is dit in één van de drie bedrijven het geval. De aanwezigheid van een meldpunt hangt ook samen met de sector: relatief weinig bij landbouw en handel/horeca en veel bij zakelijke dienstverlening en quartaire sector.
Vier van de vijf bedrijfsartsen werken bij een arbodienst die een klachtenprocedure heeft rond aanstellingskeuringen.
Bijna alle diensten bieden de mogelijkheid voor een herkeuring; slechts 3% van de artsen die iemand afkeurden, verrichtten tegen de regels in zelf de herkeuring.

7. Hebben sollicitanten/keurlingen klachten over de sollicitatieprocedure/ aanstellingskeuring?
De belangrijkste bron voor informatie over ervaringen van sollicitanten met keuringen is de Helpdesk Gezondheid, Werk en Verzekeringen van het Breed Platform Verzekerden & Werk (BPV&W). Hoewel het aantal klachten over aanstellingskeuringen in 1999 lijkt toegenomen te zijn ten opzichte van 1998, was het totaal aantal

nog geen honderd. Omdat uitgesloten wordt dat alle ontevreden sollicitanten de weg naar de telefonische Helpdesk vinden, kan op basis van deze gegevens geen uitspraak worden gedaan over de mate van het vóórkomen van onjuiste sollicitatieprocedures.

9.4 Beschouwing

Verschillende standpunten over de effectiviteit
Het antwoord op de vraag of de WMK de beoogde effecten heeft hangt ten dele af van wie de vraag beantwoordt en de uitgangspunten die hierbij gehanteerd worden. Zo verstaat niet elke actor hetzelfde onder een aanstellingskeuring. De meeste bedrijfsartsen, werkgevers en werknemers verstaan hieronder een keuring die door een arts verricht wordt. Voor hen heeft de WMK in aanzienlijke mate het beoogde effect gehad: een significante afname van het aantal zinloze aanstellingskeuringen, het vaker functiegericht keuren en verbeteren van de inhoud van de keuring.
De wetgever stelt echter dat het vragen naar de gezondheidstoestand of het ziekteverleden van de sollicitant of het vragen naar een gezondheidsverklaring door een werkgever, ook een keuring is. Uit het feit dat een belangrijk deel van de werkgevers dit keuringsverbod overtreedt, kan worden afgeleid dat zij, althans de functionarissen die de sollicitatieprocedure uitvoeren, zich hiervan veelal niet bewust zijn. Voor de wetgever blijft het aantal keuringen dus (te) hoog. Dit geldt overigens ook voor de personen die zich meer dan gemiddeld in deze materie hebben verdiept, waaronder bedrijfsartsen, chronisch zieken en hun vertegenwoordigers.
Een ander aspect dat in dit verband uit het onderzoek naar voren komt, is de beoordeling wanneer er gekeurd mag worden. De wetgever stelt dat het bij de beoordeling van de toelaatbaarheid van een aanstellingskeuring in het kader van de WMK in eerste instantie gaat om een beoordeling van de functie(-eisen) en niet om (de gezondheid van) de keurling. Een deel van de bedrijfsartsen en werkgevers noemt het ongelukkig dat hierdoor een oudere sollicitant of een sollicitant met gezondheidsbeperking die een mogelijke optimale uitvoering van een functie belemmert, medisch niet gekeurd mag worden en aldus effectieve werkadviezen ten behoeve van een duurzame arbeidsinpassing misloopt. Sommige bedrijfsartsen vinden dan ook dat de WMK interfereert met de gezondheidsbelangen van bepaalde groepen sollicitanten, en dat de WMK de geneeskundige begeleiding van werknemers belemmert.
De beoordeling of de WMK inderdaad voldoet aan de nagestreefde effecten hangt dus ten dele af van het standpunt dat men hierbij inneemt. De ene actor legt de nadruk op de sollicitant, die beschermd moet worden tegen onnodige keuringen en de ander zet het verminderen van risicoselectie door werkgevers op de voorgrond. Tenslotte is nog een stroming te noemen die het belang voorop stelt van de invulling van de vrije ruimte door de representatieve organisaties, met name als het gaat om het doel van de keuring, de bijzondere eisen op het punt van medische geschiktheid en over vragen en medische onderzoeken.

Vragen van de werkgever naar de gezondheidstoestand van de sollicitant of het ziekteverzuim in het verleden, raken aan de rechtspositie van een groot deel van de sollicitanten; zij die niet (langer) medisch gekeurd worden door de arts, worden wel op

hun gezondheidstoestand bevraagd. De vervolgvraag is dan of er nu meer of minder (risico-)selectie op gezondheid is door werkgevers. Het voorlopig antwoord is dat de mate van selectie nagenoeg hetzelfde is als begin jaren negentig, maar dat er een verschuiving is van keuren door artsen naar lekenkeuringen door werkgevers. Hiertegenover staat de opmerking van enkele bedrijfsartsen dat werkgevers de laatste tijd juist minder kieskeurig zijn vanwege een krappe arbeidsmarkt.

WMK en de Wet REA

De Wet REA is er op gericht om (re)ïntegratie van mensen met een arbeidshandicap te stimuleren. Door o.a. Hendriks (2000) is de mogelijkheid geopperd dat bepalingen in de WMK het onbedoeld neveneffect hebben dat REA-instrumenten niet worden toegepast, omdat gezondheidsbeperkingen niet worden gemeld. Met de uitkomsten uit de onderhavige evaluatie en de evaluatie van de Wet REA blijkt dat deze veronderstelling (nog) niet is te staven.[72] Op de eerste plaats blijkt een nog onvoldoende benutting van de REA vooral toe te schrijven aan organisatorische knelpunten in de uitvoering en niet zozeer aan de wettelijke REA-instrumenten zelf.

In de tweede plaats moet een onderscheid gemaakt worden naar de verschillende doelgroepen die in de Wet REA aangeduid worden. Dat zijn er in totaal 10[73].

Sinds de Wet REA wordt onder een persoon met een arbeidshandicap verstaan een ieder die door ziekte of gebrek verminderde kansen heeft op de arbeidsmarkt. Voor de grootste groep arbeidsgehandicapten die van rechtswege arbeidsgehandicapt zijn, zijn uitgebreide (medische) dossiers voorhanden en gebeurt de bemiddeling expliciet in het kader van de Wet REA. Dit geldt eveneens voor de arbeidsgehandicapte werkzoekende onder verantwoordelijkheid van gemeente en Arbeidsvoorziening die in het algemeen tot fase 2 en 3 behoren en die een arbeidsgehandicaptentoets hebben ondergaan.

Op de derde plaats is een arbeidsgehandicaptentoets steeds noodzakelijk bij degenen die niet van rechtswege arbeidsgehandicapt zijn. Er dienen immers structurele gezondheidsklachten te zijn die tot belemmeringen in de arbeid aanleiding geven. Niet iedere persoon met een chronische aandoening is arbeidsgehandicapt in de zin van de Wet REA.

Van bepaalde groepen personen voor wie een REA-subsidie van belang zou kunnen zijn, is weinig bekend zoals over personen bij wie korter dan vijf jaar geleden hun WAO-uitkering is gestopt of arbeidsgehandicapten zonder uitkering die bij een eventuele arbeidsgehandicaptentoets een positieve indicatie zouden krijgen. Wanneer zij op eigen gelegenheid werk proberen te vinden en hun eventuele gezondheidsbeperkingen zijn niet zichtbaar, dan staat het hen vrij al dan niet over hun gezondheid te spreken tijdens een sollicitatie, ook al kunnen zij of hun beoogde werkgever aanspraak maken op de toepassing van REA-instrumenten. Bij de behandeling van de Wet REA in het Parlement is ook vastgesteld dat de werknemer of sollicitatieplichtige persoon met gezondheidsbeperkingen niet verplicht kan worden tot de arbeidsgehandicaptentoets, vermits hij wel al het mogelijke doet aan het werk te blijven of te komen.

---

[72] Wevers e.a, 2000.

[73] De Vos en Smitskam, Reïntegratie-instrumenten voor arbeidsgehandicapten 2000, TNO Arbeid, Hoofddorp 2000.

Overigens bleek het aantal werkhervattingen zonder bemiddeling onder de van rechtswege arbeidsgehandicapte uvi-cliënten tweemaal zo groot als die met bemiddeling/begeleiding. Het gaat hier om werkhervatting met inzet van REA-instrumenten bij een nieuwe werkgever, hetgeen betekent dat de werkgever en werknemer op eigen initiatief deze inzet bewerkstelligen.

Rechtspositie van de sollicitant en keurling
Het keuringsverbod (art. 4 lid 1 WMK), en het verbod op het stellen van gezondheidsvragen tijdens een sollicitatiegesprek (art. 4 lid 2) in combinatie met de definitie van het begrip keuring uit artikel 1, geven een duidelijke normstelling voor werkgevers. Uit de wet valt echter niet op te maken wat een sollicitant effectief kan ondernemen indien de werkgever deze normen niet wenst na te leven.
Voor de rechtspositieversterking van de keurling ten opzichte van de keurende instantie is er (voorlopig) geen juridisch nakomingskader. Zo heeft de wetgever voor wat betreft de rechten (art. 11 en 12 WMK) nagelaten om een indicatie te geven van daaraan voor partijen verbonden consequenties. Het recht op herkeuring is een voorbeeld daarvan. Dienaangaande wordt opgemerkt dat er na gebruikmaking door de keurling van het recht op 'herkeuring', toch in ieder geval een verplichting voor de keuringvrager moet zijn, om de uitslag van de herkeuring expliciet in de uiteindelijke beslissing te betrekken (Markenstein, 2000). Het is dan ook opvallend dat in deze publiekrechtelijke regeling niet is voorzien in toezicht op naleving van de wet. De keurling moet in deze en andere gevallen zelf initiatief nemen om rechten af te dwingen en krijgt daarvoor geen additionele middelen aangereikt.
De keurling moet vooralsnog de sanctionering van het niet of onvoldoende respecteren van keurlingrechten buiten de WMK zoeken, bijvoorbeeld tuchtrechtelijk, of civielrechtelijk middels de norm van het goed-behandelaarschap. De mogelijke compensatie zal vooral een geldelijke zijn en zeker niet een herkeuring met een mogelijk betere keuringsuitslag.

De WMK sluit het inwinnen van voor de functie irrelevante informatie uit, maar dit laat onverlet dat een werkgever een gerechtvaardigd belang heeft om vooraf kennis te nemen van hetgeen voor de betreffende functie wel relevante informatie is. Een sollicitant mag er vanwege de 'precontractuele goede trouw'-norm niet vanuit gaan, dat hij gegevens waarnaar de werkgever niet rechtstreeks mag vragen kan verzwijgen. Indien er een functie-eis is geformuleerd, kan de sollicitant de arts inlichten die het medisch onderzoek uitvoert, ook al heeft de gezondheidsbeperking geen relatie met deze eis. De zaak is voor de sollicitant en werkgever veel lastiger als er geen aanstellingskeuring plaats mag vinden, hetgeen in 93% van de sollicitaties het geval is. De sollicitant heeft geen vrijbrief om te zwijgen over een voor de betreffende functie relevante ongeschiktheid. De werkgever heeft een 'precontractuele' inspanningsverplichting om vooraf duidelijkheid te krijgen. Onduidelijk is hoe deze inspanningsverplichting eruit moet zien wanneer niet rechtstreeks naar medische gegevens gevraagd mag worden.

Zelfregulering

Een geconditioneerde zelfregulering waarbij alle actoren betrokken zijn bij de invulling van de WMK, te weten het doel van de keuring, doen van keuringen en de inhoud van de keuringen, is niet van de grond gekomen. Het gegeven dat de keurling bij eventuele klachten over de keuring zo goed als nergens geholpen kan worden is een evident gemis en hieraan wordt door het Ministerie van SZW gewerkt middels een AMvB in voorbereiding.

Tenslotte

De rechten van veel keurlingen zijn na de invoering van de WMK verbeterd, zij het langzaam. Hetzelfde kan gezegd worden van de nieuwe kwaliteitsnormen voor keuringsartsen en de inhoud van de keuring. Het aantal zinloze medische keuringen is drastisch gedaald, en de inhoud van de keuring door een arts is meer functiegericht geworden. Het aantal lekenkeuringen is echter te hoog. Over de inhoud van de lekenkeuring zijn nog onvoldoende gegevens voorhanden.

De professionele zelfstandigheid van keuringsartsen is verbeterd door de certificeringeisen die met betrekking tot de WMK zijn opgesteld voor arbodiensten. Een consequentie van functie-eis als uitgangspunt voor keuren, is dat de gezondheid van de sollicitant in relatie tot de uit te voeren werkzaamheden niet meegenomen wordt in de beoordeling voor wel of niet keuren.

De implementatie en de uitvoering van de WMK in het veld is een proces dat nog aan de gang is. De resultaten van dit evaluatieonderzoek dienen ook in dat licht te worden bezien. Er is nog veel werk te doen.

70 Wevers e.a., 2000.

71 De Vos en Smitskam, Reintegratie-instrumenten voor arbeidsgehandicapten 2000, TNO Arbeid, Hoofddorp, 2000.

Literatuur

ANDRIESSEN S., VEERMAN TJ., VIJGEN J. Risicoselectie op de Nederlandse arbeidsmarkt. Zoetermeer, Ctsv 1995.

ANDRIESSEN S, VERKLEIJ HEM, MARCELISSEN FHG. Verzuimbeleid in verandering. Min. V. SZW, Den Haag: VUGA uitgeverij bv, mei 1997.

BERENDSEN L., BURGER JC., KOEHLER JBI. en SPIJKERBOER PM. Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 1998. Zoetermeer, Ctsv 1998.

BOERSMA MThLW. Commentaar op Hulshof CTJ. Een algemene richtlijn voor aanstellingskeuringen. Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde 2000; 8: 52-53.

BOTTINGA C, TOBÉ LM, Valse informatie bij de aanstellingskeuring, TBV, 1998,2, 47-49.

BRUIJN, de JA., KOPPENJAN JFM. en KICKERT WJM. (red.). Netwerkmanagement in het openbaar bestuur. Over de mogelijkheden van overheidssturing in beleidsnetwerken. VUGA, 's-Gravenhage, 1993.

COLLEGE VAN TOEZICHT SOCIALE VERZEKERINGEN (CTSV). Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 1999. Zoetermeer: Ctsv 1999.

DEURSEN CGL. van, REULING AMH., VEERMAN TJ. SZW-werkgeverspanel rapportage 1998-1999. SZW (maart 2000).

DEURSEN CGL. van, SCHELLEKENS EILM. e.a. ZARA-werkgeverspanel rapportage 1997. Den Haag, VUGA uitgeverij bv, 1998.

DRONGELEN H van. De wet op de medische keuringen, Arboscoop 4 (1997) no 10.

DUTE, J. De medische aanstellingskeuring wettelijk geregeld, SMA, 1997, p. 459-467.

FERRIER LH. en EDELAAR WJM. Aanstellingskeuringen: de stand van zaken ruim 1½ jaar na het van kracht worden van de Wet op de medische keuringen. TNO Arbeid, AAG-opleiding, 2000.

GEVERS, J. Juridische aspecten van erfelijkheidsonderzoek en -advies, Preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidszorg (1987).

GEVERS JKM. Rechtsbescherming bij aanstellingskeuringen na invoering van de Wet medische keuringen, in: Tijdschrift voor Sociaal Recht 1998, pp. 259-264.

GEVERS JKM. De wet medische keuringen in het perspectief van de mensenrechten, NJCM-bulletin 1999, p. 442-452.

GEVERS JKM. De Wet op de Medische keuringen, een geslaagd initiatief, Sociaal recht : Nederlands tijdschrift voor sociaal recht, ISSN 0920-2870, Vol. 12 (Issue 6), 1997, 163 (1).

GEZONDHEIDSRAAD. Keuren en voorspellen; en beoordeling van het RIVM-rapport. Den Haag 1993.

GILS van, Organisatienetwerken in de non-profit sector. De dynamiek van netwerken aan de hand van vijf relevante dimensies MAST W. en L. TEN BRUMMELER 1994.

GODFROIJ AJA., P.A. VAN DE BUNT en K.NIJKERK (red.), Netwerken van organisaties. in: Handboek organisatie, Samson, Alphen aan den Rijn, 1989, p. 25 – 33.

GODFROIJ AJA.., Dynamische netwerken, M&O, 1992 (4), p. 365 – 375.

HEEMSKERK f. Nieuwe ziektewet vereist nieuwe beleidsvoorstellen. Arbeidsomstandigheden 1996; 72: 223-227.

HELPDESK GEZONDHEID, WERK EN VERZEKERINGEN. Rapportage periode 1 januari 1998 tot 1 januari 1999. Amsterdam: Breed Platform Verzekerden en Werk 1999.

HELPDESK GEZONDHEID, WERK EN VERZEKERINGEN. Rapportage periode 1 januari 1999 tot 1 januari 2000. Amsterdam: Breed Platform Verzekerden en Werk 2000.

HENDRIKS A. EN IC. VAN DER VLIES, De medische aanstellingskeuring op tweeërlei wijze geregeld? Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1995, p. 274-284.

HENDRIKS AC. Gelijke toegang tot de arbeid voor gehandicapten. Een grondwettelijke en rechtsvergelijkende analyse. (diss./UvA) 2000.

HOOGERWERF A. HERWEIJER M. (red.) Overheidsbeleid. Een inleiding in de beleidswetenschap. Samson, Alphen aan den Rijn, 1998.

HULSHOF CTJ., ARA: Algemene Richtlijn Aanstellingskeuring. Amsterdam, SKB, 1999.

HULSHOF CTJ. Een algemene richtlijn voor aanstellingskeuringen. Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde 2000; 8: 46-51.

HUURNE ter AG, VEERMAN TJ, DEURSEN CGL van, FUX RAP, SCHELLEKENS EILM, VISSERS AMC. ZARA-werkgeverspanel rapportage 1996-1997: Ziekteverzuim, arbeidsomstandigheden, reïntegratie, arbeidsongeschiktheid. Den Haag VUGA 1997.

JANSEN J., LOURIJSEN ECMP., POPPELAARS CAM., PUTTEN DJ van, TREURNIET HF, WINTER CR de, WATER HPA van de, VERKLEIJ H. Een verkenning van voorspellend medisch onderzoek in keuringssituaties Bilthoven, RIVM 1993.

KELDER MJ, WEEL ANH, PLOMP, Dilemma voor de bedrijfsarts: mag de leugen lonen?TBV, 2000,7, 214-217.

KOEHLER JBI. en SPIJKERBOER PM. Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 1999. Zoetermeer, Ctsv 1999.

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

KORT de WLAM, DIJK VAN FJH. Preventive effectiveness of pre-employment medical assessments. Occupational Environmental Medicine 1997;54:1-6.

KORT de WLAM. Aanstellingskeuringen binnenkort achterhaald? Bijblijven 1996:12/ 3.

KORT de WLAM. De waarde van aanstellingskeuringen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1990;134:1589-1592.

LEENEN HJJ. Handboek Gezondheidsrecht; Deel 2 Gezondheid en recht. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1996.

LEENEN HJJ. Medische keuringen- van protocol naar wetgeving: overheidsbeleid inzake regulering en dereguliering vaak niet erg begrijpelijk. Medisch contact 51 (1996) no 15.

LTD, De praktijk van de medische aanstellingskeuring in 1993. loontechnische dienst. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1994.

LOURIJSEN ECMP., HEUVEL SG. van den, SMULDERS PGW. De praktijk van de medische aanstellingskeuring in 1988 en 1992. Den Haag VUGA NIPG TNO Ministerie van SZW 1993.

MARKENSTEIN, L.P., De Wet Medische Keuringen, een stukje van een (nog) onvoltooide puzzel, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1998, p. 262-272

MUL CAM, VERKLEY HEM, HAZELZET AM en F DE ROOS. Kwaliteit van de oordeelsvorming. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid 1997.

SALOMONS R. Erfelijke gegevens en verzekering; in: Verzekering, theorie en praktijk, Liber amicorum Hubert Claassens (1998).

SCHELLEKENS EILM., DAGEVOS J., DAGEVOS IFLMM., HUURNE AG. TER. Kwetbare groepen op de arbeidsmarkt. SZW mei 2000 .

SCHULD TCA, SIGTERMAN AHP, VET M, en MI ZINGEL. Na privatisering bepalen aanbod en vraag de markt. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Wekgelegenheid 1999.

SZW. Tabellenboek SZW-Werkgeverspanel. No 156. Mei 2000.

SZW. Sociale Nota 2000, Min. v. SZW, Den Haag, 1999.

VEERMAN TJ, HUURNE ter AG e.a. ZARA-werkgeverspanel rapportage 1995-1996: Ziekteverzuim, arbeidsomstandigheden, reïntegratie, arbeidsongeschiktheid. Den Haag VUGA 1996.

VOS EL de, SMITSKAM C, Reintegratie-instrumenten voor arbeidsgehandicapten 2000, TNO Arbeid, Hoofddorp, 2000.

VRIES HF de, SARDJOE UHA. Aanstellingskeuringen bezien in het licht van de Wet op de Medische Keuringen. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid 1999.

WEVERS CWJ, BESSELING JJM, VOS EL de. Integrale rapportage evaluatie REA. (in concept) Hoofddorp: TNO Arbeid, 2000.

WEVERS CWJ, BESSELING JJM, VOS EL de. De realiteit. De evaluatie Wet Rea in kort bestek, TNO Arbeid, Min. v. SZW, Den Haag:, 2001

Interviews

Personen (voorzover toestemming gegeven te vermelden)

BEUSEN J, freelance bedrijfsarts en vanuit deze functie werkzaam ondermeer bij ArboUnie en Arbogroep GAK (AGG). Lid van de NVAB en vanuit de NVAB de aangesproken persoon voor WMK.

AMG. J. DURINCK, epidemioloog bij het kenniscentrum van het AMG. Betrokken bij het opstellen van nieuwe richtlijnen conform de WMK.

ArboNed NV. B.H.J.J. KROEZE Sr. adviseur medisch-juridische zaken

ArboUnie Dordrecht. Mw. M. PORTENGEN, bedrijfsarts en kerntaakbeheerder WMK.

Arbouw, C. VAN DUIVENBOODEN, bedrijfsarts. Hoofd van de afdeling Onderzoek & Ontwikkeling

Arbouw. GOLSTEIN; jurist.. Werkzaam als coördinator op de afdeling Bedrijfsgezondheidszorg.

BGZ Wegvervoer: H.J. MEIJER, regiomanager Zuid-West..

BIG (Bedrijfsartsen in de gezondheidszorg). Mw. G.E. PIETERS, voorzitter BIG en bedrijfsarts bij arbodienst van het UMC .

VNO NCW. Mw. drs. L.M. VAN HOOGSTRATEN-VAN EMBDEN ANDRES, secretaris sociale zaken.

VCA. B. ONDERWEEGS, Produktcoördinator VCA, Bureau Veritas Quality International te Rotterdam

Organisaties(Gesprekken met meerdere personen en/of telefonische informatie)

Verbond voor Verzekeraars (VvV)
Breed Platform Verzekerden & Werk,
Meditel (Rijswijk, Amsterdam)
MKB Nederland
Gehandicaptenraad

Bijlage 1 Wet op de medische keuring

(van 1 januari 1998)

Artikel 1

In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. keuring: vragen over de gezondheidstoestand van de keurling en het verrichten van medisch onderzoek in verband met het aangaan of wijzigen van:

  1. een burgerrechtelijke arbeidsverhouding die bij of krachtens de Ziektewet of de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering als dienstbetrekking wordt aangemerkt,

  2. een burgerrechtelijke pensioen- of levensverzekering,

  3. een toezegging, als bedoeld in artikel 2 van de Pensioen- en spaarfondsenwet,

  4. een verzekering wegens arbeidsongeschiktheid naar burgerlijk recht, of

  5. een verzekering als bedoeld in artikel 4, vijfde lid, met betrekking tot een in Nederland gelegen risico;

- b. keurling: een persoon die een keuring ondergaat;

- c. keuringvrager: de (aanstaande) werkgever of (aanstaande) verzekeraar die een keuring van een (aspirant-) werknemer of (aspirant-) verzekerde vergt;

- d. keurend arts: de geneeskundige die de keuring verricht en de keuringvrager zijn gevolgtrekking mededeelt dan wel de geneeskundig adviseur van zijn bevindingen op de hoogte stelt;

- e. geneeskundig adviseur: de persoon die aan de keuringvrager in diens opdracht op basis van de keuring van de keurend arts zijn de mededeling, bedoeld in het derde lid van artikel 10, doet;

- f. vragengrens: het over drie jaren gerekend totaal te verzekeren bedrag waar beneden de in artikel 5 genoemde vragen niet mogen worden gesteld en het in artikel 6 genoemde onderzoek niet mag worden verricht.

Artikel 2

Keuringen worden naar hun aard, inhoud en omvang beperkt tot het doel waarvoor zij worden verricht.

1. Keuringsgegevens mogen slechts worden gebruikt voor het doel waarvoor zij zijn verkregen.

Artikel 3

1. Bij een keuring worden geen vragen gesteld en geen medische onderzoeken verricht die een onevenredige inbreuk betekenen op de persoonlijke levenssfeer van de keurling.

2. In ieder geval mogen geen onderdeel van een medisch onderzoek bij een keuring uitmaken:

   - a. onderzoek waarvan het te verwachten belang voor de keuringvrager niet opweegt tegen de risico's daarvan voor de keurling, waaronder begrepen onderzoek specifiek gericht op het verkrijgen van kennis over de kans op een ernstige ziekte waarvoor geen geneeswijze voorhanden is, dan wel waarvan de ontwikkeling niet door medisch ingrijpen kan worden voorkomen of in evenwicht gehouden, of van kennis over een aanwezige, niet behandelbare ernstige ziekte welke naar verwachting eerst na langere tijd manifest zal worden;

   - b. onderzoek dat anderszins voor de keurling een onevenredig zware belasting met zich meebrengt.

Artikel 4

1. Keuringen in verband met het aangaan en wijzigen van een burgerrechtelijke arbeidsverhouding die bij of krachtens de Ziektewet of de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering als dienstbetrekking wordt aangemerkt, worden slechts verricht indien aan de vervulling van de functie, waarop de arbeidsverhouding betrekking heeft, bijzondere eisen op het punt van de medische geschiktheid moeten worden gesteld. Onder medische geschiktheid voor de functie wordt begrepen de bescherming van de gezondheid en veiligheid van de keurling en van derden bij de uitvoering van de desbetreffende arbeid.

2. Een keuring in verband met het aangaan van een burgerrechtelijke arbeidsverhouding die bij of krachtens de Ziektewet of de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering als dienstbetrekking wordt aangemerkt, wordt eerst verricht nadat alle overige beoordelingen van de geschiktheid van de aspirant-werknemer hebben plaats gevonden en de werkgever op grond daarvan voornemens is de keurling aan te stellen. Indien tot de beoordelingen bedoeld in de eerste volzin een onderzoek naar de antecedenten van de aspirant-werknemer behoort, kan op verzoek van de keurling de keuring in verband met het aangaan van een burgerrechtelijke arbeidsverhouding die bij of krachtens de Ziektewet of de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering als dienstbetrekking wordt aangemerkt, voorafgaand aan zodanig onderzoek worden verricht. Bij andere beoordelingen dan de medische keuring mogen geen vragen worden gesteld noch anderszins inlichtingen worden ingewonnen over de gezondheidstoestand van de keurling en over diens ziekteverzuim in het verleden.

3. Geen keuring vindt plaats voor deelneming aan een pensioenvoorziening als bedoeld in artikel 2 van de Pensioen- en spaarfondsenwet, tenzij er sprake is van een toezegging aan een persoon als bedoeld in artikel 2, derde lid, onderdeel c, onder 1e, van die wet. Indien de pensioenvoorziening keuzemogelijkheden biedt voor een individuele deelnemer kan, in afwijking van de eerste volzin, indien het een deelnemer betreft met een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd die een wijziging wenst ten aanzien van een eerder gemaakte keuze, wel een keuring plaatsvinden.

4. Voor zover niet ondergebracht bij een pensioenvoorziening, als bedoeld in het derde lid, vindt geen keuring plaats voor deelneming aan een aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering die aan de burgerrechtelijke arbeidsverhouding die bij of krachtens de Ziektewet of de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering als dienstbetrekking wordt aangemerkt, is verbonden.

5. Voorzover sprake is van een arbeidsverhouding die bij of krachtens de Ziektewet of de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering als dienstbetrekking wordt aangemerkt, vindt geen keuring plaats in verband met een door de werkgever te sluiten of gesloten verzekering ter dekking van het risico van doorbetaling van loon als bedoeld in artikel 629, eerste lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, of van de betaling van arbeidsongeschiktheidsuitkering als bedoeld in artikel 75a van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering.

6. Geen uitsluiting of vermindering van rechten op grond van ziekten, aandoeningen of gebreken wordt bedongen door de verzekeraar bij de deelneming aan een voorziening als bedoeld in het derde lid en bij het aangaan of wijzigen van een verzekering als bedoeld in het vierde en vijfde lid, voorzover ingevolge deze leden een keuringsverbod geldt.

Artikel 5

1. Bij een keuring in verband met het aangaan of wijzigen van een verzekering mogen geen vragen worden gesteld over in artikel 3, tweede lid, onderdeel a, genoemde ziekten, voor zover die op erfelijkheid betrekking hebben, bij de bloedverwanten van de aspirant-verzekerde en, tenzij de ziekte manifest is, bij de aspirant-verzekerde zelf en over onderzoek bij de aspirant-verzekerde en bij diens bloedverwanten gericht op de erfelijke aanleg voor ziekte en de resultaten van dergelijk onderzoek, indien de te sluiten verzekering de vragengrens niet overschrijdt. Bij de behandeling van de aanvrage voor het aangaan of wijzigen van een verzekering en bij een keuring in dat verband mogen geen uit andere hoofde reeds bij de keuringvrager, de keurend arts of geneeskundig adviseur aanwezige erfelijke gegevens over de aspirant-verzekerde en diens bloedverwanten worden gebruikt.

2. Voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, voor zover niet vallende onder het vierde lid van artikel 4, en voor levensverzekeringen met periodieke uitkeringen bedraagt de vragengrens het verzekeringsbedrag dekkende zeventig procent van het inkomen. Voor levensverzekeringen met een eenmalige uitkering bedraagt de

vragengrens driehonderdduizend gulden welk bedrag elke drie jaren bij ministeriële regeling wordt aangepast aan de index van levensonderhoud.

Artikel 6

In afwijking van artikel 3 mag bij het aangaan of wijzigen van een verzekering als bedoeld in artikel 5, een medisch onderzoek naar Aids of seropositiviteit voor Aids worden verricht: a. indien de te sluiten verzekering de vragengrens, bedoeld in artikel 5, tweede lid, overschrijdt, of b. indien de te sluiten verzekering de vragengrens, bedoeld in artikel 5, tweede lid, niet overschrijdt, maar het antwoord van de keurling op de in het licht van de artikelen 2 en 3, eerste lid, gerechtvaardigde vragen daartoe aanleiding geeft.

Artikel 7

In afwijking van artikel 3 kan, indien dit vanwege een dringend algemeen belang noodzakelijk is, Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ten aanzien van een zich nieuw voordoende ziekte die valt onder artikel 3, tweede lid, onderdeel a, bij ministeriële regeling bepalen dat artikel 6 van overeenkomstige toepassing is, totdat over deze ziekte afspraken als bedoeld in artikel 9 zijn gemaakt. Het ontwerp van een ministeriële regeling als bedoeld in de eerste volzin wordt ten minste vier weken voordat de regeling wordt vastgesteld, toegezonden aan de beide kamers der Staten-Generaal.

Artikel 8

1. De keuringvrager legt met inachtneming van de artikelen 2, 3, 4, 5, 6 en 7 het doel van de keuring, de vragen welke ten aanzien van de gezondheid zullen worden gesteld, en de medische onderzoeken welke mogen worden verricht, schriftelijk vast.

2. Tijdig voor de aanvang van de keuring wordt aan de keurling op begrijpelijke wijze schriftelijk informatie gegeven over doel, vragen en onderzoeken, als bedoeld in het eerste lid, en over diens rechten bij keuringen.

Artikel 9

Representatieve organisaties van de werkgevers, respectievelijk de verzekeraars, representatieve organisaties van werknemers, respectievelijk de consumenten en patiënten en de representatieve organisatie van de artsen kunnen afspraken maken over de omschrijving van het doel van de keuring, als bedoeld in het eerste lid van artikel 2, het verrichten van keuringen als bedoeld in het eerste lid van artikel 4, en over de vragen en medische onderzoeken, als bedoeld in de artikelen 3, 5, 6, 7 en 8.

Artikel 10

1. De keurend arts en de geneeskundig adviseur oefenen hun taak uit met behoud van hun zelfstandig oordeel op het gebied van hun deskundigheid en van hun onafhankelijkheid ten opzichte van de keuringvrager.

2. De keurend arts en de geneeskundig adviseur zijn verplicht tot geheimhouding van hetgeen hen over de keurling bekend is, en dragen zorg voor een zodanige bewaring van de desbetreffende gegevens dat deze niet voor derden toegankelijk zijn.

3. De keurend arts, respectievelijk de geneeskundig adviseur delen aan de keuring-vrager niet meer mee dan voor het doel van de keuring strikt noodzakelijk is.

Artikel 11

De keurling heeft het recht medewerking te weigeren aan een keuring of een onderdeel daarvan indien ten aanzien daarvan niet voldaan is aan de artikelen 2, 3, 4, 5, 6, 7 of 8.

Artikel 12

1. Indien aan de keuring een negatieve gevolgtrekking dan wel een positieve gevolgtrekking onder bepaalde beperkingen wordt verbonden, heeft de keurling het recht op herkeuring. De keurling maakt zijn wensdaartoe met redenen omkleed kenbaar binnen een week nadat de genoemde gevolgtrekking aan hem is medegedeeld. De keuringvrager treft een regeling voor herkeuring door een onafhankelijk geneeskundige.

2. De door de keuringvrager te nemen beslissing wordt uitgesteld totdat de uitslag van de herkeuring hem is medegedeeld.

3. De kosten van de herkeuring worden gedragen door de keuring-vrager. Deze mag echter een redelijke bijdrage van de keurling verlangen.

Artikel 13

1. De in artikel 9 bedoelde organisaties kunnen een onafhankelijke klachtencommissie instellen.

2. De commissie neemt klachten met betrekking tot het in of op grond van deze wet geregelde en de afspraken bedoeld in artikel 9 in ontvangst en doet aan de klager en degene over wie is geklaagd, haar oordeel over de klacht toekomen.

3. De in artikel 9 bedoelde organisaties stellen het reglement van de klachtencommissie vast.

Artikel 14

1. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld omtrent het bepaalde in de artikelen 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 en 13.

2. Indien en voor zover binnen drie jaren na de inwerkingtreding van deze wet geen afspraken, als bedoeld in de artikelen 9 en 13, zijn gemaakt of indien die afspraken niet voldoen aan bij of krachtens deze wet gestelde eisen, worden bij algemene maatregel van bestuur daaromtrent regels gesteld.

3. Een krachtens het eerste of tweede lid vastgestelde. algemene maatregel van bestuur wordt aan de beide kamers der Staten-Generaal overgelegd. Hij treedt in werking op een tijdstip dat nadat vier weken na de overlegging zijn verstreken bij koninklijk besluit wordt vastgesteld, tenzij binnen die termijn door of namens een der kamers of door ten minste een vijfde van het grondwettelijk aantal leden van een der kamers de wens te kennen wordt gegeven dat het onderwerp van de algemene maatregel van bestuur bij wet wordt geregeld. In dat geval wordt een daartoe strekkend voorstel van wet zo spoedig mogelijk ingediend. Indien het voorstel van wet wordt ingetrokken of indien een van de beide kamers van de Staten-Generaal besluit het voorstel niet aan te nemen, wordt de algemene maatregel van bestuur ingetrokken.

Artikel 15

Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zendt in overeenstemming met Onze Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid binnen drie jaar na de inwerkingtreding van deze wet, en vervolgens telkens na vijf jaar, aan de Staten-Generaal een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk.

Bijlage 2 Protocol Aanstellingskeuringen (PAK)[74]

1. Inleiding

Mede als uitvloeisel van de ontwikkelingen heeft de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid de KNMG gevraagd een bijdrage te leveren aan het oplossen van de gesignaleerde problemen en het voortouw te nemen bij de totstandkoming van een protocol waarin een aantal centrale onderdelen van de aanstellingskeuringen wordt geregeld.
Bij aanstellingskeuringen zijn in zijn algemeenheid drie 'partijen' betrokken: de keurende arts (de beroepsgroep), de keurling (vertegenwoordigers van werknemers en patiënten/ consumentenorganisaties) en de werkgever (de werkgeversorganisaties). Deze partijen zijn ook betrokken geweest bij het opstellen van het ontwerpprotocol. Doelstelling is ook steeds geweest om alle relevante organisaties daarbij te betrekken en een protocol op te stellen dat door deze organisaties onderschreven kan worden. In het protocol is rekening gehouden met de in de achtergrondstudie toegelichte stand van zaken op het terrein van de aanstellingskeuringen.
Centrale vragen bij het opstellen van het protocol zijn geweest:

1. *Wanneer moet een aanstellingskeuring plaatsvinden?*
2. *Wat is het doel van de aanstellingskeuring?*

In het protocol wordt ingegaan op het doel van de aanstellingskeuring, de voorwaarden waaronder een aanstellingskeuring kan plaatsvinden, de informatieverstrekking, de rapportage en verslaglegging, de herkeuring, en een klachtenprocedure. In het protocol wordt niet ingegaan op de specifieke medische inhoud van een aanstellingskeuring.
Het protocol is in beginsel van toepassing op alle aanstellingskeuringen ten behoeve van arbeidsorganisaties in de overheidssfeer, in de marktsector en andere sectoren. Op de relatie keurlingkeurend arts bij de aanstellingskeuring is de Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) van toepassing, vandaar dat een groot aantal bepalingen in het protocol aan de WGBO is ontleend. In een aantal toelichtingen wordt naar het betreffende WGBOartikel verwezen.

2.1. Begripsomschrijving

In dit protocol wordt verstaan onder:

a. keurling: de persoon (sollicitant) die de keuring ondergaat;
b. aanstellingskeuring: vragen over de gezondheidstoestand van de keurling en het verrichten van medisch onderzoek in het kader van een geschiktheidsonderzoek naar uit de functie voortvloeiende medische eisen;
c. keurend arts: arts onder wiens verantwoordelijkheid de aanstellingskeuring wordt verricht en die de opdrachtgever zijn gevolgtrekking mededeelt;
d. keuringvrager/opdrachtgever: de (aanstaand) werkgever die een aanstellingskeuring van de sollicitant vergt.

---

[74] Bron: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG)

toelichting: Bij een geschiktheidsonderzoek in geval van functieverandering is geen sprake van een aanstellingskeuring, indien de bestaande arbeidsovereenkomst niet wordt gewijzigd. Uiteraard moeten aan een geschiktheidsonderzoek bij functieverandering dezelfde eisen gesteld worden als aan het onderzoek in het kader van een aanstellingskeuring. Dergelijk onderzoek vindt plaats als onderdeel van bedrijfsgeneeskundige begeleiding. Vindt er wel een wijziging van de arbeidsovereenkomst plaats, dan is er sprake van een aanstellingskeuring.

2.2. Doel van de aanstellingskeuring

2.2.1. Het doel van een aanstellingskeuring is de beoordeling van de huidige belastbaarheid van de keurling ten opzichte van de belasting door de betreffende functie.
toelichting: Een oordeel wordt gegeven over de belastbaarheid op het moment van de keuring. Bij de beoordeling zal daarnaast het voorkomen van schade voor de gezondheid, de bescherming van de veiligheid van de keurling alsmede de veiligheid van derden bij uitvoering van de betreffende arbeid worden betrokken.
De gegevens van de aanstellingskeuring mogen na toestemming van de keurling worden gebruikt als nulmeting in het kader van de bedrijfsgeneeskundige begeleiding. Het onderzoek tijdens de aanstellingskeuring dient echter steeds gebaseerd te zijn op de doelstellingen van de aanstellingskeuring, en niet op de bredere doelstelling van de bedrijfsgeneeskundige begeleiding.

2.3. Voorwaarden waaronder een aanstellingskeuring moet plaatsvinden

2.3.1. Een aanstellingskeuring kan alleen plaatsvinden indien specifieke functie-eisen voor de vervulling van de functie zijn geformuleerd die in medische termen kunnen worden vertaald.
toelichting: Dit betekent dat functie-eisen moeten zijn opgesteld die vertaald worden in gezondheidscriteria waarvoor de specifieke deskundigheid van een medicus noodzakelijk is om deze te kunnen beoordelen. Het is de verantwoordelijkheid van de werkgever om, mede op basis van een risico-inventarisatie binnen de arbeidsorganisatie, specifieke functie-eisen te doen formuleren. Functies waaraan dezelfde eisen worden gesteld kunnen worden geclusterd. Het is de verantwoordelijkheid van de werkgever er zorg voor te dragen de functie-eisen in medische eisen te doen vertalen bijvoorbeeld door een deskundige (Arbo)dienst. Wellicht ten overvloede zij vermeld, dat de opdrachtgever er tevens voor moet zorgdragen dat de keurend arts over de functie-eisen kan beschikken.

2.3.2. Een aanstellingskeuring vindt plaats voorafgaand aan de aanstelling.

2.3.3. Een aanstellingskeuring wordt eerst verricht nadat alle overige beoordelingen van de geschiktheid van de aspirant-werknemer hebben plaats gevonden en de werkgever op grond daarvan voornemens is de keurling aan te stellen.
toelichting: De aanstellingskeuring is geen selectieinstrument tussen sollicitanten. Zij vormt het sluitstuk van de sollicitatieprocedure.

2.3.4. De keurend arts moet een professioneel onafhankelijke positie hebben ten opzichte van de opdrachtgever.

toelichting: De positie van de keurend arts die in dienst van de opdrachtgever werkzaam is wordt vastgelegd in een professioneel statuut. Voor artsen bij een arbodienst is een en ander geregeld in de arbowet.

2.3.5. De keurend arts mag niet tegelijkertijd de behandelend c.q. begeleidend arts van de keurling zijn.
toelichting: Onder behandelend arts wordt in het algemeen verstaan de huisarts of specialist die de patiënt in behandeling heeft. Het is ongewenst dat een arts een aanstellingskeuring verricht bij een keurling die reeds door de betreffende arts bedrijfsgeneeskundig begeleid wordt.

2.3.6. De keurend arts moet aantoonbaar voldoende kennis en vaardigheden hebben om de belastbaarheid ten opzichte van de te verwachten belasting door de functie te kunnen beoordelen.
toelichting: In dit protocol wordt niet verder inhoudelijk ingegaan op de vereiste kennis en vaardigheden. Door de beroepsorganisaties zal hieraan een verdere invulling moeten worden gegeven. Gelet op de wettelijke verplichting voor werkgevers arbodiensten in te schakelen ligt het voor de hand dat aanstellingskeuringen door aan een arbodienst verbonden artsen worden uitgevoerd.

2.3.7. De te stellen vragen en de uit te voeren onderzoeken moeten aantoonbaar relevant zijn voor de aanstellingskeuring en moeten nodig zijn om informatie te verkrijgen over de huidige belastbaarheid ten opzichte van de belasting door de functie.
toelichting: Algemene ongerichte vragen en onderzoeken maken geen deel uit van een aanstellingskeuring of een aanstellingsprocedure. Vragen naar het ziekteverleden worden slechts gesteld, indien deze relevant zijn voor de beoordeling van de huidige belastbaarheid ten opzichte van de belasting door de functie, teneinde een gericht onderzoek mogelijk te maken. De uitslag van andere keuringen mag niet van invloed zijn op de beoordeling van de belastbaarheid van de keurling. Het is van belang er op te wijzen dat een aanstellingskeuring geen pensioenkeuring, arbeidsongeschiktheidskeuring of levensverzekeringskeuring is. De doelstellingen van deze keuringen zijn sterk verschillend, evenals de medische invulling ervan. Gezien het verschil in doelstellingen, en de daarbij aan de orde zijnde belangen, kan een aanstellingskeuring niet gebruikt worden als keuring voor een pensioenvoorziening of een arbeidsongeschiktheidsverzekering. De keurling kan, op voorstel van de opdrachtgever of keurend arts, aangeven de voorkeur te geven aan één medisch onderzoek, waarin de gegevens voor verschillende keuringen worden verzameld. De keurend arts dient dan bij voorkeur eerst de aanstellingskeuring (inclusief de beoordeling) af te ronden, waarna aanvullende informatie voor de verzekeringskeuring wordt verzameld.

2.3.8. Onderzoeken en vragen die in het kader van de aanstellingskeuring worden uitgevoerd of gesteld, mogen geen onevenredige inbreuk maken op de fysieke en psychische integriteit en persoonlijke levenssfeer van de keurling. Worden desondanks dergelijke vragen gesteld of dergelijk onderzoek voorgesteld dan heeft de keurling het recht medewerking daaraan te weigeren, zonder consequenties voor de uitslag van de keuring.

toelichting: In de eerste plaats moet hierbij worden gedacht aan onderzoek dat een onevenredig zware belasting voor de keurling met zich meebrengt. Daarnaast betreft het ook onderzoek waarbij het te verwachten belang voor de opdrachtgever niet opweegt tegen de risico's voor de keurling. Hieronder wordt begrepen onderzoek gericht op het verkrijgen van kennis over de kans op een ernstige niet behandelbare ziekte of over de aanwezigheid van een niet behandelbare ernstige ziekte welke naar verwachting eerst na langere tijd manifest zal worden. In het regeringsstandpunt wordt aangegeven dat onderzoek naar alcohol, drugs en geneesmiddelen slechts in aanmerking komt indien de functie-eisen daartoe aanleiding geven. Voor onderzoek naar onbehandelbare aandoeningen is als zodanig geen plaats (Tweede Kamer 1993-1994, 23612, nr. 1, p. 5).
Vragen en/of onderzoek naar HIV antistoffen, naar erfelijke aanleg en (voorgenomen) zwangerschap kunnen geen onderdeel zijn van een aanstellingskeuring.

1.3.9. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor een goede procedure en de kosten van de keuring. Voor de adequate uitvoering is de keurend arts verantwoordelijk.

2.4. Informatie

2.4.1. De keurling dient tijdig voor de aanvang van de aanstellingskeuring schriftelijk informatie te ontvangen over doel en inhoud van de keuring, alsmede over de procedure en het tijdpad.
toelichting: De keurling dient daarbij onder meer informatie te krijgen over de relatie tussen de inhoud van de keuring en de voor de functie relevante informatie over de verhouding tussen belasting en belastbaarheid, over de mogelijkheid voor herkeuring, en over het eventuele gebruik van de gegevens in het kader van de bedrijfsgeneeskundige begeleiding. De keurling wordt in de gelegenheid gesteld informatie te ontvangen over de medische eisen die aan de functie worden gesteld.
De opdrachtgever dient er voor zorg te dragen dat de keurling de gelegenheid krijgt de betreffende informatie te ontvangen.

2.4.2. De keurling dient de keurend arts naar beste weten de inlichtingen te geven en de medewerking te verlenen die deze redelijkerwijs voor de beoordeling van de medische geschiktheid voor de functie behoeft.
toelichting: Ten einde aan dit vereiste te voldoen, dient de keurend arts te beschikken over een opdracht die strookt met het bepaalde in het protocol en te handelen binnen de grenzen van dat protocol en zijn/haar beroepscode.

2.4.3. De keurend arts mag informatie, voor zover relevant voor de aanstellingskeuring, slechts bij derden opvragen na gerichte toestemming van de keurling.
toelichting: Voor het vragen van medische informatie dient er gerichte toestemming van de keurling te zijn, evenals voor het verstrekken van deze informatie (conform de KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens).

2.4.4. De keurling heeft het recht als eerste geïnformeerd te worden over de uitslag van de aanstellingskeuring.
toelichting: Door als eerste van de uitslag kennis te nemen kan de keurling beslissen of de opdrachtgever in kennis gesteld mag worden van de uitslag van de keuring.

Deze norm is reeds in de (tucht)rechtspraak alsmede in artikel 7:464 tweede lid van de WGBO te vinden. Indien de keurling beslist dat de opdrachtgever niet in kennis mag worden gesteld van de gevolgtrekking van de keuring, brengt de redelijkheid met zich mee dat de keurling het initiatief neemt om de opdrachtgever binnen een termijn van een week in kennis te stellen van zijn/haar beslissing.
Indien bij toeval tot dan toe onbekende aandoeningen of afwijkingen worden geconstateerd dient de keurend arts er voor te zorgen dat de keurling hierover op adequate wijze wordt geïnformeerd, opdat verdere diagnostiek en behandeling in de curatieve sector kan plaatsvinden. In uitzonderingsgevallen kan voor het overbrengen van de betreffende informatie de huisarts ingeschakeld worden.

2.5. Rapportage en verslaglegging

2.5.1. De keurend arts richt een dossier in met betrekking tot de aanstellingskeuring. Hierin dienen de bevindingen en de gevolgtrekking van de keuring op een inzichtelijke en heldere wijze schriftelijk te worden vastgelegd.

2.5.2. De gevolgtrekking van de aanstellingskeuring kan inhouden:
een positieve uitslag;
een positieve uitslag onder bepaalde beperkingen;
een negatieve uitslag.
toelichting: Onder positieve uitslag wordt verstaan dat er geen medische bezwaren tegen aanstelling van de keurling in de functie zijn. Onder een positieve uitslag onder bepaalde beperkingen wordt verstaan dat er geen medische bezwaren tegen aanstelling van de keurling zijn mits bepaalde maatregelen worden getroffen. Onder een negatieve uitslag wordt verstaan dat er medische bezwaren tegen aanstelling van de keurling in de functie zijn.

2.5.3. Indien de medische gegevens tijdens de aanstellingskeuring niet volledig zijn kan de uitslag voor een periode van uiterlijk 4 weken worden aangehouden, teneinde nader onderzoek te doen of aanvullende gegevens te ontvangen.
toelichting: Er kunnen zich situaties voordoen waarbij de keurend arts nog niet tot een gevolgtrekking kan komen. In de eerste plaats kunnen bepaalde uitslagen of opgevraagde relevante gegevens nog niet ontvangen zijn. Ook kan er sprake zijn van tijdelijke omstandigheden die de uitslag van de aanstellingskeuring beïnvloeden. Ten slotte kan de keurend arts niet zeker zijn van zijn bevindingen inzake de aanstellingskeuring, en een andere arts om een second opinion vragen. Er is dan geen sprake van een herkeuring.
Noch de keurend arts, noch de keurling kan verplicht worden de opdrachtgever informatie te verstrekken over de reden van het aanhouden van de keuringsuitslag.

2.5.4. Rapportage aan de opdrachtgever bevat alleen de gevolgtrekking van de aanstellingskeuring en kan alleen plaatsvinden na toestemming van de keurling.

2.5.5. Nadat de totale sollicitatieprocedure is afgerond, dient het medisch dossier betreffende de aanstellingskeuring te worden vernietigd, indien niet tot aanstelling wordt overgegaan.

toelichting: Voor medische gegevens geldt een algemene wettelijke bewaartermijn van tien jaar. Voor in het kader van een keuring verkregen gegevens wordt zowel in de KNMG gedragsregels II.13 als in de WGBO artikel 7:464 lid 2 aangegeven dat de gegevens slechts bewaard worden zolang dat noodzakelijk is in verband met het doel van de keuring.
Indien na een aanstellingskeuring of herkeuring de sollicitatieprocedure is afgerond en er niet tot aanstelling wordt overgegaan heeft het geen nut de (her)keuringsgegevens te bewaren. De keurling zal van de voorgenomen vernietiging op de hoogte worden gesteld; dit kan geschieden bij de informatieverstrekking die voorafgaand aan de keuring plaats vindt (zie 2.4.1.). De keurling kan tegen deze voorgenomen vernietiging bezwaar maken en eventueel aangeven aan wie de gegevens ter beschikking moeten worden gesteld.
Indien wel tot aanstelling wordt overgegaan mogen gegevens na toestemming van de keurling ter beschikking worden gesteld van de bedrijfsarts (zie ook 2.2.1. toelichting over nulmeting in het kader van de bedrijfsgeneeskundige begeleiding). Aan de keurling kan toestemming worden gevraagd om de keuringsgegevens voor wetenschappelijk onderzoek te gebruiken.

2.6. Inzage

2.6.1. De keurend arts verstrekt aan de keurling desgevraagd zo spoedig mogelijk inzage in en afschrift van het dossier, bevattende de stukken die betrekking hebben op de totstandkoming van de keuringsbeslissing.

2.6.2. De keurend arts mag zonder gerichte toestemming van de keurling geen inlichtingen aan derden (inclusief de opdrachtgever) over de keurling verstrekken.
toelichting: Beide hierboven genoemde normen zijn ontleend aan de WGBO en de 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' (1992, KNMG).

2.7. Herkeuring

2.7.1. Bij een negatieve uitslag of een positieve uitslag onder bepaalde beperkingen dient de keurling de mogelijkheid te worden geboden zich terug te trekken of een herkeuring aan te vragen alvorens rapportage aan de werkgever plaatsvindt.

2.7.2. De keurling heeft recht op een onafhankelijke herkeuring.
toelichting: De keuze van de herkeurend arts komt tot stand in overleg met de keurling. Gedacht kan worden aan een pool van herkeurend artsen waar de keurling een keuze uit kan maken.

2.7.3. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor een goede procedure en de kosten van de herkeuring. Voor de adequate uitvoering is de keurend arts verantwoordelijk.
toelichting: Voor de vergoeding van de kosten voor de herkeuring zal een procedure moeten worden gevonden zodat niet herleidbaar is bij welke keurling de herkeuring heeft plaats gevonden.

2.7.4. De uitslag van de herkeuring is bindend en de keurling wordt als eerste geïnformeerd alvorens de uitslag aan de opdrachtgever wordt medegedeeld door de keurend arts.

toelichting: Door als eerste geïnformeerd te worden kan de keurling beslissen of de opdrachtgever in kennis gesteld mag worden van de uitslag van de herkeuring.
2.7.5. Op de herkeuring zijn overigens de artikelen 2.1. tot en met 2.6. en 2.8. van dit protocol van toepassing.

2.8. Klachtenprocedure
2.8.1. Organisaties van werkgevers, werknemers, patiënten/consumenten en artsen zullen voor 1 januari 1996 een onafhankelijke klachtenprocedure in het leven roepen.
toelichting: Tijdens de conferentie 'aanstellingskeuringen' is door het merendeel van de vertegenwoordigers van betrokken organisaties de voorkeur uitgesproken voor het ontwikkelen van een klachtenprocedure uitgaande van een combinatie van een ondersteunings of ombudsfunctie en klachtenbehandeling zonder bindende uitspraak. Bij de uitwerking bestaat er een voorkeur voor regionale onafhankelijke klachtencommissies met waarborgen voor een landelijke registratie en coördinatie. De begeleidingscommissie van het project aanstellingskeuringen zal de nadere ontwikkeling en uitwerking ter hand nemen.

Bijlage 3. Bronnen voor schatting van aantal aanstellingskeuringen.

Hieronder worden de belangrijkste bronnen genoemd waarop schattingen (hoofdstuk 8.2) zijn gebaseerd.

-1- *Op basis van het onderzoek onder werkgevers in Nederland: representatieve Intomart steekproef met bedrijven met twee of meer werknemers (onderhavig onderzoek).*

- In 2000 antwoordt 7,8% van de bedrijven 'ja' op de vraag: "Als u nieuw personeel aanneemt, behoort een medische keuring dan tot de normale sollicitatieprocedure?".
    - dit was 9% in 1999 (Koehler en Spijkerboer, 1999);
    - beperkt tot keuringen uitgevoerd door een arts is het 5,0% van de bedrijven;.
    - had men daadwerkelijk personeel aangenomen dan is het 3,9% en nam men geen personeel aan dan is het 15,7%.
- In 2000 antwoordt 11,9% van de bedrijven 'ja' op de vraag: "Heeft uw bedrijf (bedrijfsvestiging) functies die bijzondere eisen stellen aan de medische geschiktheid, waarbij een aanstellingskeuring onderdeel uitmaakt van een sollicitatieprocedure?"
    - de bedrijven die op de tweede vraag 'ja ' antwoordden zijn maar gedeeltelijk dezelfde als die op de eerste vraag 'ja' antwoordden;
    - de tweede vraag lijkt een betrouwbaarder beeld van het aantal keurende bedrijven in Nederland op te leveren.
- In 2000 stelt 39,2% van de bedrijven bij een sollicitatie vragen over de gezondheid van de betrokkene en 23,9% een vraag over eerder ziekteverzuim; bij 2,4% van de bedrijven wordt een gezondheidsverklaring gevraagd;.
    - als een optelling wordt gemaakt van de hiervoor genoemde methoden om iets van de gezondheid van een sollicitant te weten te komen, dan blijkt 46,3% van de bedrijven één of meer van dergelijke methoden te gebruiken;
    - in 2000 liet 42% van de bedrijven een medische keuring verrichten en/of stelde de sollicitant een vraag naar de gezondheid; in 1998 was dit 44% en een jaar later 49% (Berendsen e.a., 1998; Koehler en Spijkerboer, 1999).

-2- *Op basis van onderzoek van de Arbeidsinspectie over oktober 1998 – februari 1999: een steekproef van 1391 bedrijven met minimaal 5 werknemers en zonder overheid en semi-overheid (Vries en Sardjoe, 1999).*

- Eind 1998 liet een kwart van de bedrijven een aanstellingskeuring verrichten en/of men stelde vragen over de gezondheid van de sollicitant;
- Eind 1998 liet 12% van de bedrijven alleen aanstellingskeuringen verrichten bij het aantrekken van nieuw personeel;
    - bij 9% als standaardprocedure en bij 3% 'hangt het er van af';
    - in 1998 zijn gemiddeld 7 werknemers aangetrokken; bij 9% heeft een aanstellingkeuring plaatsgevonden;
    - gegeven de 800.000 (vervulde) vacatures in 1998 landelijk, zou dit bij een representatieve steekproef inhouden dat 72.000 sollicitanten in Nederland in 1998 gekeurd werden. Door het ontbreken van vooral de bedrijven met 2 tot 5 werknemers moet dit aantal naar beneden worden bijgesteld.

-3- *Op basis van onderhavig onderzoek onder 441 bedrijfsartsen/leden van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB).*

- In 1998 zijn door 441 artsen in totaal 19.641 aanstellingskeuringen verricht;
- In 1999 ligt dit aantal bij dezelfde artsen op 18.706;
- Op basis van deze gegevens en met correctie voor non-respons (vooral onder 'veel' keurders, zoals bij het leger) komt de schatting voor 1999 van het aantal aanstellingskeuringen in Nederland uit op tussen de 30.000 en 70.000;
- Een schatting die voor het jaar 1987 ooit werd gemaakt, kwam uit op 334.461 aanstellingskeuringen (Lourijsen e.a, 1993). Een zo ver perspectief laat zien wat er in Nederland in de jaren op het terrein van aanstellingskeuringen veranderd is: een vermindering in de orde van factor acht!

-4- *Op basis van het werkgeverspanel van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid: bedrijven met twee of meer werknemers (Deursen e.a., 1998 en 2000; SZW, 2000).*

- In 1997 zou 36% van de bedrijven bij het aantrekken van personeel een keuring laten verrichten en 6% zou dat laten afhangen van de omstandigheid;
    - in 1999 zou 17% van de bedrijven keuren en 13% dat laten afhangen van de omstandigheden;
    - in 2000 zou 13% van de bedrijven keuren en 12% dat laten afhangen van de omstandigheden;
    - in 2000 is die keuring bij 44% van de bedrijven een aanstellingskeuring door een arts, bij 30% een gezondheidsverklaring en bij 25% een keuring of gezondheidsverklaring.

- In 1998 is bij 5,5% van de bedrijven bij de feitelijke aanname van personeel een aanstellingskeuring aan de orde geweest; in 1999 is dit eveneens 5,5%.

-5- *Patiëntenpanel Chronisch Zieken van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL): een representatieve steekproef onder chronisch zieken (niet gepubliceerd).*

- Binnen het opgebouwde bestand van bijna 2500 chronisch zieken vonden 81 personen tussen oktober 1998 en oktober 1999 een (nieuwe) werkkring;
- Van hen werd 7% medisch gekeurd en werd 32% tijdens de sollicitatie een vraag gesteld over de gezondheid;
- Van de personen die in de jaren voor oktober 1998 een baan vonden zegt 22% dat hun gezondheid ter sprake is gekomen tijdens sollicitatie voor de huidige functie. Maar liefst 38% heeft een aanstellingskeuring ondergaan bij de huidige functie.

Bijlage 4. Vragenlijsten

De vragenlijsten gebruikt bij de postenquêtes onder bedrijfsartsen (in totaal 3) en de telefonische enquête onder werkgevers zullen worden opgenomen in de integrale rapportage . Zij zijn op te vragen bij TNO Arbeid (e.dvos@arbeid.tno.nl)