Nederlandse organisatie
voor toegepast
natuurwetenschappelijk
onderzoek

Hoofdgroep
Gezondheidsonderzoek TNO

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg

TNO-rapport

QA UDF
L 84
(1)

HET KEURINGS- EN BESLUITVORMINGSPROCES BIJ AANSTELLINGSKEURINGEN

EEN VOORSTUDIE ONDER TIEN ARTSEN

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande 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- en Ontwikkelingsopdrachten TNO 1979', dan wel de desbetreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst.

© TNO

Deelonderzoek van het NIPG/TNO project "Vervolgonderzoek aanstellingskeuringen"

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT
VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO
POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

IBISSTAMBOEKNUMMER
7114/000

NIPG-publikatienummer
90.076

Juli 1990

E.C.M.P. Lourijsen
J. Dam

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO

Postbus 124
2300 AC Leiden
Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden

Telefax 071 - 17 63 82
Telefoon 071 - 17 88 88

INHOUD

1. INLEIDING 1

1.1 Onderzoek op het gebied van de medische aanstellingskeuring tot nu toe 1
1.2 Redenen van het onderzoek naar het keuringsproces 2
1.3 De stand van zaken met betrekking tot het keuringsproces 3

2. VRAAGSTELLING VAN HET ONDERZOEK NAAR HET KEURINGSPROCES 8

3. DE VOORSTUDIE 9

3.1 Theoretisch kader met betrekking tot de besluitvorming bij aanstellingskeuringen 10
3.2 De vraagstelling van de voorstudie 13
3.3 Opzet van het interview-onderzoek 14

4. RESULTATEN VAN DE EERSTE INTERVIEWRONDE 16

5. HET BEOORDELINGSSCHEMA GEDESTILLEERD UIT DE EERSTE INTERVIEWRONDE 22

6. RESULTATEN VAN DE TWEEDE INTERVIEWRONDE 32

7. SAMENVATTING EN CONCLUSIES 35

LITERATUUR 39

BIJLAGEN 41

1. INLEIDING

In dit rapport wordt verslag gedaan van de resultaten van een voorstudie die is uitgevoerd ten behoeve van het onderzoek naar het proces van de medische aanstellingskeuring. Alvorens in te gaan op de vraagstelling, de opzet en de resultaten van de voorstudie (hoofdstuk 2 t/m 7), wordt in dit hoofdstuk eerst kort weergegeven welke onderzoeken tot nu toe binnen het project 'onderzoek op het gebied van de aanstellingskeuringen' hebben plaatsgevonden. Voorts wordt ingegaan op de redenen van het onderzoek naar het keuringsproces, gevolgd door een kort beschrijving van de stand van zaken m.b.t. dit keuringsproces voorafgaand aan de voorstudie.

1.1 Onderzoek op het gebied van de medische aanstellingskeuring tot nu toe

De doelstelling van het Directoraat-Generaal van de Arbeid (DGA) van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid op het terrein van de medische aanstellingskeuring is het inzicht in de validiteit van deze keuringen te vergroten, zodat criteria voor de beslissing om een (aanstellings)keuring verplicht te stellen dan wel te regelen, kunnen worden opgesteld (DGA, 1988)

In dit verband is in 1988 een onderzoeksproject uitgevoerd, bestaande uit drie onderdelen:

1. een literatuuronderzoek naar de aanstellingskeuring als selectie-instrument, met als algemeen doel verdieping van het inzicht in de materie (De Kort, 1988).
2. een enquête-onderzoek met als doel inzicht te verkrijgen in de mate waarin en de wijze waarop in Nederland medische aanstellingskeuringen plaatsvinden (Lourijsen, e.a. 1989-a).
3. een uitvoerbaarheidsstudie inzake de validiteit en de voorspellende waarde van de aanstellingskeuringen, met als doel de haalbaarheid van onderzoek op dit terrein te beoordelen en aansluitend voorstellen voor verder onderzoek te doen (Lourijsen e.a. 1989-b).

Eind 1988 is bij het DGA een voorstel voor vervolgonderzoek ingediend. Eén van de voorstellen betreft onderzoek naar het keuringsproces.

1.2 Redenen van het onderzoek naar het keuringsproces

In de eerdergenoemde uitvoerbaarheidsstudie is aangegeven dat de (beleids)vraag naar de validiteit en de voorspellende waarde van de aanstellingskeuring, door middel van gericht onderzoek naar de relatie tussen het keuringsadvies en de uiteindelijke functiegeschiktheid van een kandidaat, niet te beantwoorden is. Dit wordt hieronder kort toegelicht.

Onderzoek naar de validiteit van de aanstellingskeuring, waarbij validiteit wordt opgevat als de mate waarin de keuring een terecht onderscheid maakt in de personen die medisch geschikt en ongeschikt zijn voor de functie, is niet uitvoerbaar omdat gegevens over het (later) functioneren van afgekeurden in dezelfde functie ontbreken. Hierdoor is het niet mogelijk de validiteit, zijnde de sensitiviteit (= percentage kandidaten dat door de keuring terecht als ongeschikt wordt geclassificeerd) en de specificiteit (=percentage kandidaten dat door de keuring terecht als geschikt wordt geclassificeerd) te kwantificeren.
Evenmin kan de juistheid van de keuringsbeslissing zelf worden aangetoond, omdat een 'gouden standaard' die uitsluitsel geeft over de medische geschiktheid van een keurling ontbreekt.
Ten aanzien van de validiteit kan echter wel worden opgemerkt dat bij het huidige afkeuringspercentage van 1 à 2 procent (Lourijsen e.a. 1989-a) en verschillende waarden voor de prevalentie van ongeschiktheid, de validiteit en in het bijzonder de sensitiviteit van de aanstellingskeuring steeds laag zal zijn. M.a.w. sollicitanten krijgen bij een aanstellingskeuring het voordeel van de twijfel.

Onderzoek naar de voorspellende waarde van de keuring heeft tot doel inzicht te geven in de bruikbaarheid van de keuring als selectie-instrument in de praktijk. Een keuring kan bruikbaar, c.q. zinvol zijn, als men ná de keuring met meer zekerheid uitspraken kan doen over de geschiktheid of ongeschiktheid van een persoon voor de functie (posterior-kans), dan vóór de keuring (priorkans).
Onderzoek naar de voorspellende waarde van de aanstellingskeuring in het algemeen, lijkt echter weinig zinvol. De voorspellende waarde van de aanstellingskeuring is namelijk (behalve van de validiteit) sterk afhankelijk van de prevalentie van gezondheidsschade als gevolg van het uitoefenen van de functie, in de te onderzoeken populatie. Bovendien is de voorspellende waarde van het afkeu-

ren niet te bepalen vanwege het ontbreken van gegevens over het functioneren van afgekeurden. Het ontbreken van dergelijke gegevens heeft bovendien consequenties voor het vaststellen van de voorspellende waarde van het goedkeuren, omdat de prevalentie van gezondheidsschade als gevolg van het uitoefenen van de functie (de zg. prior-kans), in dit geval niet meer kan zijn dan een schatting. Hierdoor mist men als het ware het criterium om de voorspellende waarde (de posterior-kans) te kunnen interpreteren.

Teneinde toch, maar dan via een indirecte weg, uitspraken te kunnen doen over de validiteit van de aanstellingskeuring, is besloten om onderzoek op te zetten naar het keuringsproces zelf (van gegevensverzameling en weging tot de uiteindelijke besluitvorming). Onderzoek naar het keuringsproces heeft dan als doel inzicht te verschaffen in het verloop van dit keuringsproces en de verschillende factoren die van invloed kunnen zijn op de betrouwbaarheid (d.w.z. de mate waarin de aanstellingskeuring leidt tot reproduceerbare keuringsuitslagen c.q. adviezen) en daarmee op de validiteit van de keuring. De achterliggende gedachte is dat een geringe reproduceerbaarheid ten koste gaat van de validiteit van de keuring. Echter, er kan niet worden gesteld dat met een hoge reproduceerbaarheid van de keuring(suitslag) ook een hoge validiteit verzekerd is.

Onder de betrouwbaarheid/reproduceerbaarheid van de keuringsuitslag wordt verstaan de mate waarin een keuring hetzelfde resultaat oplevert wanneer een keurling op twee of meer verschillende momenten door eenzelfde of verschillende artsen wordt gekeurd. Dat herhaalde keuringen eventueel niet tot gelijkluidende resultaten leiden, kan zijn oorsprong vinden in enerzijds de (biologische) variabiliteit van de keurling en anderzijds in de waarnemingsfouten door de keurende arts(en) of tekortkomingen van het keuringsinstrument zelf.

1.3 De stand van zaken met betrekking tot het keuringsproces

Wat is reeds bekend over het verloop van het keuringsproces?
Bij een medische aanstellingskeuring gaat het om de beslissing of een kandidaat vanuit medisch oogpunt al dan niet geschikt is voor een bepaalde functie.

Om deze beslissing te kunnen nemen verzamelt de keurende arts informatie over de kandidaat en de te vervullen functie.
Het verzamelen van de informatie over de kandidaat gebeurt doorgaans aan de hand van a) een vraaggesprek met de kandidaat of aan de hand van een door de kandidaat ingevulde vragenlijst, b) een oriënterend lichamelijk onderzoek en eventueel c) aanvullend onderzoek, zoals bv. laboratoriumonderzoek aan bloed en urine, rontgenonderzoek etc. (De Kort, 1988) en d) aanvullende informatie via bv. de huisarts of behandelend specialist.
Informatie over de functie of de toekomstige werkplek wordt deels verkregen uit functiebeschrijvingen, werkplekbeschrijvingen en eventueel werkplekonderzoek. Opgemerkt dient te worden dat voor de meerderheid van de functies waarvoor gekeurd wordt, geen duidelijke keuringscriteria (gekoppeld aan specifieke gezondheidseigenschappen) omschreven zijn.
De uitgebreidheid en samenstelling van de keuring worden onder meer bepaald door de functie waarvoor wordt gekeurd, het doel dat met het onderzoek wordt nagestreefd en door de mogelijkheden en inzichten van de keurende arts (De Kort, 1988).

De mogelijke resultaten/adviezen van een aanstellingskeuring zijn respectievelijk: goedkeuring, goedkeuring met beperkingen c.q. aanpassingen, tijdelijke goedkeuring en afkeuring.

Het bovenstaande kan schematisch als volgt worden weergegeven.

Figuur 1 schematische weergave van het keuringsproces

Omtrent de wijze waarop de uiteindelijke beslissing over de medische geschiktheid van de kandidaat wordt genomen, bestaat vooralsnog onduidelijkheid. De Kort (1988) geeft aan dat, hoewel er wel veel literatuur te vinden is over de algemene opzet van aanstellingskeuringen en de gewenste wijze van uitvoering, er over de wijze waarop de uiteindelijke besluitvorming plaats vindt op basis van het geheel van keuringsresultaten, nauwelijks literatuur voor handen is.

De uiteindelijke beslissing lijkt echter vooral volgens een informele beslissingsmethode plaats te vinden. Van Wely (1972) omschrijft dit in zijn proefschrift als volgt: "De arts neemt waar, schat, doet metingen, vergelijkt, interpreteert en komt dan tot een beslissing, uiteraard mede beinvloed door talloze, veelal onbekende, factoren".

Uit onderzoek van Blesgraaf (1984) en Van Wely (1972) tenslotte, is naar voren gekomen dat de uniformiteit van de aanstellingskeuringen, in het bijzonder ten aanzien van de keuringsbeslissing bij 'probleemkeuringen', dwz. keuringen die in praktijk leiden tot afkeuring, gering is.

Wat is reeds bekend over de beinvloedende factoren?

In het model in bijlage 1 (Arvey & Campion, 1982) zijn een aantal factoren weergegeven die van invloed kunnen zijn op de besluitvorming in een interviewsituatie. Dit schema is weliswaar gebaseerd op onderzoek naar het psychologisch selectie-interview, maar lijkt zeker ook bruikbaar als het gaat om de medische aanstellingskeuring, waarbij de arts en keurling tegenover elkaar zitten. In het model zijn tal van factoren weergegeven die de uitslag van het selectie-interview bepalen. Vertaald naar de aanstellingskeuring zou onderscheid gemaakt kunnen worden naar factoren samenhangend met de keurend arts (o.a. leeftijd, uiterlijk, ervaringen, kennis van de functie, doel dat met de keuring wordt nagestreefd), met de keurling (leeftijd, geslacht, opleiding, medische en psychologische karakteristieken e.d.) en met de situatie op het moment van de keuring (de rol van de keuring in de selectieprocedure, structuur van de keuring e.d.).

In het recent uitgevoerde vragenlijst-onderzoek onder Nederlandse bedrijven

en artsen (Lourijsen, e.a. 1989-a) zijn een aantal van de in het model weergegeven factoren aan bod gekomen. Uit het onderzoek komt onder andere naar voren dat er nog geen sprake is van een duidelijke eensgezindheid over de aanstellingskeuring als het gaat om doel, inhoud en gehanteerde procedures. Hieronder worden enkele resultaten weergegeven.

De meeste artsen en bedrijven zien het beoordelen van de medische geschiktheid van de kandidaat voor de functie als algemene doelstelling van de aanstellingskeuring. De manier waarop zij het begrip 'medische geschiktheid' in de praktijk hanteren varieert echter sterk. Huisartsen beoordelen veelal de risico's voor de werkgever. Zo blijken zij zich vaker dan bedrijfsartsen tijdens de keuring een oordeel te vormen over het te verwachten ziekteverzuim (onderzoek op dit terrein heeft echter aangetoond dat de mogelijkheden hiertoe op individueel niveau beperkt zijn) (bv. Keller, 1983, Ivancevich, 1985)) en het risico op ziekte en invaliditeit. Bedrijfsartsen daarentegen zeggen vooral te keuren om risico's voor de kandidaat te voorkomen. Zij beoordelen de mate waarin de kandidaat een bepaalde belasting aan kan en de geschiktheid van de functie voor de kandidaat.
Bedrijven laten aanstellingskeuringen verrichten om onder andere financiële risico's en/of risico's voor de kandidaat te beoordelen, om te voldoen aan wettelijke verplichtingen of om de kandidaat te kunnen opnemen in een pensioenfonds.

Uit het onderzoek blijkt verder dat met name huisartsen minder vaak bekend zijn met specifieke functie-eisen en dat deze eisen voor hen ook minder vaak van invloed zijn op de inhoud van de keuring. Voorts hanteert een kwart van alle keurende artsen geen vaste werkwijze bij het beoordelen van de keuringsresultaten en zijn het met name de huisartsen die te kennen geven dat ze voor geen enkele functie keuringsrichtlijnen en/of -criteria hanteren ter beoordeling van de keuringsresultaten.

Blesgraaf e.a. (1986) hebben in hun onderzoek naar de uniformiteit bij aanstellingskeuringen een relatie gevonden tussen de keuringsuitslag enerzijds en de leeftijd en ervaring van de arts en diens zekerheid omtrent de beslissing anderzijds. Een groep met meer jongere, minder ervaren bedrijfsartsen keurde

vaker kandidaten goed en twijfelden vaker. Een groep oudere, ervaren bedrijfsartsen keurde vaker af en was zekerder van de beslissing. Tevens stelde deze laatste groep het bedrijfsbelang vaker voorop.

Wat is (vooralsnog) onbekend over het verloop van het keuringsproces en de beinvloedende factoren?

Met betrekking tot de wijze waarop het keuringsproces verloopt, bestaat vooralsnog onduidelijkheid over:

- de overwegingen die ten grondslag liggen aan het verzamelen van gegevens.
- het type informatie dat mee weegt c.q. van doorslaggevende betekenis kan zijn voor het uiteindelijke keuringsadvies/resultaat? Is deze informatie van medische aard (fysieke belastbaarheid), veiligheidskundige aard (gezondheidsrisico's kandidaat, omgeving e.d.), financieel-economische aard (werkgeversbelang), ideologische aard (kandidaat heeft recht op arbeid).
- op wat voor wijze de al dan niet medische informatie wordt vastgesteld c.q. geinterpreteerd.
- welke betekenis bestaande zogenaamde 'harde' criteria hebben voor het keuringsproces en hoe deze criteria tot stand zijn gekomen.
- het referentieprofiel dat de arts hanteert bij het beoordelen van een kandidaat. Vergelijkt de arts kandidaat A met het beeld dat de arts heeft omtrent 'de ideale kandidaat' (eventueel per functie)? Spiegelt de arts kandidaat A aan de betreffende functie-specifieke eisen c.q. criteria? Komt het refentieprofiel overeen met 'ongeschonden belastbaarheid', m.a.w. als de kandidaat medisch gezien niets mankeert zal hij/zij de functie wel kunnen vervullen?
- de keuzemomenten van de arts: Hoe snel c.q. op welke moment van de keuring heeft de arts een oordeel klaar? Op basis van welke informatie beoordeelt de arts?
- het doorwerken van de eerder genoemde factoren op de uiteindelijke keuringsbeslissing, zoals bv. de verschillende doelstellingen en de verschillende werkwijzen bij de beoordeling van de keuringsresultaten.
- de invloed die de kandidaat heeft op het keuringsproces. Onduidelijk is bv. in welke mate kandidaten bij een aanstellingskeuring relevante gege-

vens achterhouden?

- de invloed die de werkomgeving (in casu de sociaal-organisatorische structuur) en de taakopvatting van de arts op diens werkwijze en oordeelsvorming heeft.

Met betrekking tot de betrouwbaarheid van het keuringsproces kan gesteld worden dat deze het best gewaarborgd is, indien men de omstandigheden waaronder de keuring wordt verricht, zoveel mogelijk constant houdt. Onbekend is echter in hoeverre de informatie tijdens een aanstellingskeuring (door één arts bij meerdere keuringen/door verschillende artsen bij eenzelfde keuring) op gelijke wijze wordt verzameld, gewogen en vertaald naar een uiteindelijke beslissing over medische geschiktheid van een kandidaat.

2. VRAAGSTELLING VAN HET ONDERZOEK NAAR HET KEURINGSPROCES

Ten behoeve van het onderzoek naar het keuringsproces zijn de eerder genoemde vragen samengevat in de onderzoeksvraag:

1. Hoe verloopt het keuringsproces bij een gemiddelde aanstellingskeuring i.c. de informatieverzameling, de weging van de keuringsgegevens en de besluitvorming en welke factoren spelen hierbij een rol.

Met betrekking tot het besluitvormingsproces wordt aan deze onderzoeksvraag nog de volgende toegevoegd:

2. Op basis van welke medische dan wel niet-medische gegevens wordt tijdens een aanstellingskeuring een besluit genomen over de (medische) geschiktheid van een kandidaat?

Met betrekking tot de betrouwbaarheid van het keuringsproces zijn bovendien de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

3. In hoeverre worden de keuringsgegevens (door één arts bij meerdere keuringen/door verschillende artsen bij eenzelfde keuring) op gelijke wijze verzameld, gewogen en vertaald naar een uiteindelijke beslissing over medische geschiktheid van een kandidaat en leiden eventuele ver-

schillen tot verschillen in keuringsadviezen?

4. Hoe sluit de informatie die tijdens een keuring wordt verzameld aan bij de bestaande richtlijnen en aanbevelingen op het terrein van de medische aanstellingskeuring en de stand van de medische wetenschap?

3. DE VOORSTUDIE

Onderzoek dat er op gericht is het verloop van de keuring en het besluitvormingsproces in kaart te brengen, dient zorgvuldig te worden opgezet. Dit heeft vooral te maken met:

a) de gevoeligheid van het onderwerp, welke een gevolg is van het feit dat het hier gaat om het centrale handelen van de bedrijfsarts. Onderzoek dat deze handelswijze blootlegt kan als bedreigend worden ervaren.

b) de complexiteit van het onderwerp, die onder andere samenhangt met het feit dat beslissingen bij aanstellingskeuringen veelal gebaseerd lijken te worden op onuitgesproken, impliciete gegevens.

Gezien de gevoeligheid en de complexiteit van het onderwerp is in eerste instantie een uitgebreide voorstudie uitgevoerd, bestaande uit twee delen:

1. Een oriënterende fase aan de hand van interviews en het bestuderen van besluitvormingsliteratuur, om globaal inzicht te krijgen in het gehele keuringsproces, te weten de informatieverzameling, de weging en de besluitvorming en factoren die hierbij een rol spelen.
2. Vervolgens zijn de globale ideeën uit deze eerste fase nader onderzocht bij een beperkt aantal ervaren artsen, aan de hand van meer uitgebreide c.q. diepte-interviews. Deze fase heeft tot doel gehad het keuringsproces en in het bijzonder de besluitvorming, verder in kaart te brengen.

De voorstudie heeft vooral tot doel gehad meer concrete aandachtspunten op te leveren, c.q. hypothesen te vormen, voor het (vooralsnog) geplande enquête-onderzoek, teneinde de bevindingen te verifiëren en te kwantificeren bij een groter aantal artsen.

In de nu volgende paragraaf (3.1) wordt het theoretisch kader, van waaruit de besluitvorming bij aanstellingskeuringen wordt bekeken, weergegeven. In pa-

ragraaf 3.2 wordt nog kort ingegaan op de vraagstelling van deze voorstudie. Paragraaf 3.3 gaat uitvoeriger in op de opzet van het interviewonderzoek (i.c. de diepte-interviews) dat in het kader van de voorstudie heeft plaatsgevonden.

3.1 Theoretisch kader met betrekking tot de besluitvorming bij aanstellingskeuringen

Uit onderzoek is naar voren gekomen dat artsen bij een aanstellingskeuring verschillende aspecten beoordelen, zoals de lichamelijke en psychische belastbaarheid van een kandidaat, het toekomstige ziekteverzuim en het risico dat de kandidaat loopt op ziekte en invaliditeit (Lourijsen e.a. 1989-a). Het is echter niet duidelijk welke rol de verschillende factoren spelen bij de uiteindelijke besluitvorming. Wegen bijvoorbeeld alle factoren even zwaar mee of gaat het uitsluitend of met name om de lichamelijke belastbaarheid?

Besluitvorming of probleemoplossen, of dit nu medische zaken betreft of niet, kan vanuit verschillende invalshoeken c.q. psychologische denkmodellen worden bezien: te weten:

1. de cognitieve psychologie, waarbij de mens wordt gezien als een informatieverwerkend systeem. Snoek (1989) zegt in zijn recent uitgevoerde onderzoek naar 'het denken van de neuroloog' hierover het volgende: "Medisch probleemoplossen is binnen dit model een bijzondere vorm van probleemoplossen die betrekking heeft op een specifiek soort problemen (medische problemen), maar waarin principes ten gronde liggen die betrekking hebben op alle vormen van probleemoplossen". Het probleemoplossingsproces wordt gezien als een proces waarin een bepaalde redenering ten gunste van een bepaalde beslissing wordt opgebouwd.

2. de behavioural decision theory, die onder te verdelen is in de descriptieve en de normatieve theorie (Slovic e.a., 1977). De descriptieve theorie houdt zich vooral bezig met het beschrijven van opvattingen en waarden van een beslisser en de manier waarop de beslisser deze opneemt in zijn of haar beslissingen. De normatieve theorie houdt zich bezig met het voorschrijven van een bepaalde handelwijze die het best aansluit bij de opvattingen en waarden van een

beslisser. Deze laatste tak richt zich met name op het ontwikkelen van een goede beslissingsmethodologie.

De werkwijze bij onderzoek binnen het eerste denkmodel (cognitieve psychologie) bestaat uit het vastleggen en analyseren van de acties en gedachten van de beslisser terwijl deze probeert problemen, meestal hardop denkend, op te lossen. Uit de stroom van gedachten probeert de onderzoeker achteraf de denkprocessen te destilleren. Uiteindelijk doel van dit soort onderzoek is een systematische beschrijving te geven van het denkproces en vaak ook de resultaten te gebruiken bij het opstellen van een computerprogramma (expertsysteem) dat het probleem minstens zo goed moet kunnen oplossen.

De genoemde werkwijze heeft echter als belangrijk nadeel dat ze erg arbeidsintensief is en methodologisch gezien tamelijk ingewikkeld, met name ten aanzien van het scoren c.q. coderen van de hardop-denkprotocollen en het interpreteren van de gegevens (zie bijv. Van Duijne, 1983 en Snoek, 1989). Het uitsluitend hanteren van de hardop denkmethode lijkt dan ook minder geschikt om het beslissingsgedrag van artsen bij aanstellingskeuringen te beschrijven.

Teneinde het beslissingsprobleem bij aanstellingskeuring te analyseren en beschrijven is gekozen voor een model dat aansluit bij de als tweede genoemde invalshoek, de behavioural decision theory. Dit model, het zogenaamde Multi-Attributieve-Utiliteitsmodel (verder MAU-model genoemd), kan zowel normatief (hoe kan zo goed mogelijk een beslissing worden genomen?) als descriptief (analysemodel) worden gebruikt, is helder en kan bovendien eenvoudig worden toegepast. In het verleden is dit model al bij velerlei beslissingsproblemen gebruikt (bv. Huber, 1974, Guttentag & Sayeki, 1975, Gardiner & Edwards, 1975). In het nu volgende wordt het model nader toegelicht.

Het Multi-Attributieve-Utiliteitsmodel

Het model gaat er van uit dat bij een keuze tussen twee of meer alternatieven (opties), verschillende consequenties, ook wel attributen of aspecten, worden afgewogen. Een dergelijk evaluatief proces volgens het MAU-model veronderstelt dat de beslisser de volgende stappen doorloopt (zie ook Edwards &

Newman, 1983): het beslissingsprobleem wordt gestructureerd door een aantal beoordelingsaspecten (nutsattributen) te kiezen die van belang worden geacht. Deze beoordelingsaspecten kunnen worden geinventariseerd bij één individu dan wel bij een groep individuen. Vervolgens vindt een numerieke evaluatie plaats door: 1) het toekennen van 'rapportcijfers' voor de aantrekkelijkheid (utiliteit of nut) van de opties per attribuut, 2) het toekennen van belangrijkheidsgewichten aan elk van de attributen en 3) een berekening van een naar belangrijkheid gewogen som van de rapportcijfers per optie, die uitwijst wat de meest aantrekkelijke keus is. Het model kan ook worden benut om na te gaan of elke optie afzonderlijk 'goed genoeg' is. Tenslotte kan door middel van een gevoeligheidsanalyse worden nagegaan wat de consequenties zijn van variaties in de evaluaties en gewichten.
Het model wordt ook wel een compensatoir wegingsmodel genoemd omdat een lage score op één attribuut kan worden gecompenseerd door een hoge score op een ander attribuut.

Het MAU-model en riskante beslissingen

Bij een aanstellingskeuring gaat het om de beslissing of een kandidaat vanuit medisch oogpunt al dan niet geschikt is voor een bepaalde functie. Hierbij gaat het om een zogenaamde riskante beslissing omdat men niet zeker weet of iemand die bij de aanstellingskeuring geschikt bevonden wordt voor het uitoefenen van de functie, ook inderdaad geschikt zal blijken in de (nabije) toekomst. Dit heeft te maken met het feit dat men zelden zekere uitspraken kan doen over de consequenties die tijdens de keuring worden afgewogen, bijvoorbeeld het toekomstig ziekteverzuim. Met andere woorden, de afloop van het besluit is onzeker. Het MAU-model veronderstelt daarentegen een risicoloze keuze (Slovic e.a., 1977), met andere woorden, een keuze waarbij men zeker weet wat men krijgt (een keuze tussen het aankopen van een fiets of een auto is hier een voorbeeld van; kiest men bijvoorbeeld voor de fiets dan zijn de aanschafkosten zeker lager dan die van een auto). Echter Twuyver (1989) geeft aan dat de meeste auteurs het er tegenwoordig over eens zijn dat bij het nemen van riskante beslissingen het subjectieve nut belangrijker is dan het objectief verwachte nut en dat modellen die uitgaan van objectieve kansberekeningen weinig beschrijvende waarde hebben. Deze modellen geven aan hoe een beslissing zo goed mogelijk kan worden genomen en beschrijven dus niet

hoe een beslissing in de praktijk wordt genomen.
De subjectieve waarneming van de riskantheid van opties is, blijkens onderzoek, van invloed op het globale evaluatieve oordeel dat een beslisser aan een bepaalde optie toekent (met andere woorden draagt bij aan de attitude over een bepaald alternatief). Dit evaluatieve proces nu, is (onder andere) uitgewerkt in het MAU-model. Anders gesteld, de onzekerheid waarmee de keurend arts te maken krijgt zal tot uitdrukking gebracht (kunnen) worden in het evaluatieve oordeel van de arts over een bepaalde keurling.

Het MAU-model lijkt dan ook voldoende aanknopingspunten te bieden om het beslissingsprobleem bij aanstellingskeuringen te beschrijven. Het model gaat namelijk niet uit van een objectief criterium (bv. objectieve verwachte waarde) dat bepaalt wat goed en fout is, maar doet recht aan persoonlijke meningen, belangen en voorkeuren. Dit maakt het geschikt als analysemodel om in empirisch onderzoek de voor de arts ter zake doende argumenten en hun gewicht in de uiteindelijke beslissing te identificeren en te kwantificeren.

3.2 De vraagstelling van de voorstudie

De onderzoeksvragen zoals eerder geformuleerd in hoofdstuk 2 gelden tevens voor deze voorstudie echter met één uitzondering. De uitzondering betreft een onderdeel van de derde onderzoeksvraag, die als volgt luidt:

- In hoeverre worden de keuringsgegevens (door één arts bij meerdere keuringen/door verschillende artsen bij eenzelfde keuring) op gelijke wijze verzameld, gewogen en vertaald naar een uiteindelijke beslissing over medische geschiktheid van een kandidaat en leiden eventuele verschillen tot verschillen in keuringsadviezen?

Het laatste gedeelte van deze onderzoeksvraag, namelijk of verschillen in informatieverzameling, weging en besluitvorming leiden tot verschillen in keuringsadviezen, valt buiten het kader van deze voorstudie. De reden hiervoor is dat de voorstudie vooral een orienterend karakter heeft en dat de inzichten uit deze voorstudie nodig zijn om het onderzoek naar verschillen in keuringsadviezen nader vorm te geven.

3.3 Opzet van het interview-onderzoek

In paragraaf 3.1 is bij de beschrijving van het multi-attributieve utiliteitsmodel aangegeven dat bij het maken van een keuze een aantal stappen worden doorlopen. Een eerste stap van de beslisser, in dit onderzoek de keurend arts, betreft het structureren van het beoordelingsprobleem door een aantal beoordelingsaspecten te kiezen die van belang zijn bij de beslissing omtrent iemands medische geschiktheid voor de functie. Vervolgens vindt dan een numerieke evaluatie plaats door:

1. het toekennen van een waarderingscijfer aan de keurling per beoordelingsaspect (bv. een keurling wordt matig positief beoordeeld op de verwachting dat hij de functie lichamelijk gezien aankan en bv. negatief beoordeeld op een aspect als verzuimrisico) en
2. het rangordenen van de beoordelingsaspecten naar belangrijkheid (bv. lichamelijke belastbaarheid is belangrijker dan psychische belastbaarheid).

Teneinde het beslissingsproces te kunnen structureren, met andere woorden; inzicht te krijgen in het verloop van het keuringsproces en de beoordelingsaspecten (ook wel de attributen genaamd) die van belang zijn voor de uiteindelijke besluitvorming van de arts, hebben een beperkt aantal diepteinterviews plaatsgevonden in twee afzonderlijke interviewronden.

De eerste interviewronde heeft tot doel gehad inzicht te krijgen in het verloop van het keuringsproces en in het bijzonder in de beoordelingsaspecten van de keurende artsen. Op basis van de eerste interviewronde bij tien keurende artsen, is getracht deze beoordelingsaspecten onder te brengen in een zogenaamd beoordelingsschema.

Vervolgens is in de tweede interviewronde het betreffende beoordelingsschema aan een viertal artsen uit de eerste interviewronde voorgelegd met als doel na te gaan of het schema duidelijk, volledig en hanteerbaar was. Tevens is gevraagd om aan de hand van een schriftelijk uitgewerkte casus (bijlage 3) het beoordelingsschema in te vullen (in casu, de numerieke evaluatie van de casus op de beoordelingsaspecten).

Geinterviewde artsen

De tien geinterviewde artsen (eerste interviewronde) zijn geselecteerd uit het

enquêteonderzoek, waardoor hun keuringsactiviteiten bekend waren.
Getracht is de bedrijfsartsen (n=6) zo te kiezen dat er voldoende differentiatie zou zijn naar in de praktijk voorkomende werksituaties (enkelvoudige versus gezamenlijke BGD-en en profit versus non-profit). Bij de selectie van de huisartsen (n=4) heeft het jaarlijks aantal aanstellingskeuringen dat door deze artsen wordt verricht een rol gespeeld, variërend van ruim boven het gemiddelde aantal (35 per jaar) tot ruim daaronder.

Topiclijst ten behoeve van de interviews

De interviews, die gemiddeld plusminus 60 minuten duurde, hebben plaatsgevonden aan de hand van een topic-lijst (bijlage 2b). In deze topic-lijst zijn algemene vragen opgenomen met als doel het verloop van een gemiddelde aanstellingskeuring in kaart te brengen (hoe ziet de keuring eruit, wanneer heeft men een eerste oordeel klaar?). Voorts zijn een aantal vragen opgenomen die betrekking hebben op de aspecten die een arts tijdens de keuring beoordeeld (welke medische en niet-medische factoren worden bij de oordeelsvorming betrokken en hoe worden deze vastgesteld?). Verder is gevraagd naar de factoren die mogelijk van invloed zijn op het verloop van het keuringsproces. Deze factoren zijn ontleend aan de literatuur op het terrein van de aanstellingskeuring en deels ook ontleend aan het eerder genoemde model van Arvey & Campion (1982, zie ook bijlage 1). Hierbij kan gedacht worden aan factoren als het hanteren van functie-beschrijvingen en keuringscriteria, de persoonlijke indruk van een arts, verwachtingspatronen, doelstellingen die men nastreeft e.d.). Ter introductie zijn eerst enkele algemene vragen gesteld over het aantal keuringen dat de arts jaarlijks verricht, het soort bedrijven en functies waarvoor de arts keurt, het gebruik van richtlijnen en beoordelingscriteria en de verschillende keuringsuitspraken die de arts hanteert.

Twee casus

Naast de vragen over een gemiddelde aanstellingskeuring, zijn in de eerste interviewronde tevens een aantal van de bovengenoemde vragen voorgelegd met betrekking tot een schriftelijk uitgewerkte casus. De casus, ontleend aan het onderzoek van Blesgraaf e.a. (1986) betreft een 20-jarige man die gekeurd moet worden voor de functie van monteur in de groot-metaal.
Ook in de tweede interviewronde, waarin het beoordelingsschema moest wor-

den toegepast, is gebruik gemaakt van een schriftelijke casus uit het onderzoek van Blesgraaf e.a. Deze casus betreft een 36-jarige man die gekeurd wordt voor de functie van medewerker centrale keuken.
Beide casus zijn gekozen vanwege het feit dat in het onderzoek van Blesgraaf ongeveer de helft van de respondenten (bedrijfsartsen) de betreffende kandidaten goedkeurde en de andere helft de kandidaat afkeurde. Voor de inhoud van deze casus wordt verwezen naar respectievelijk bijlage 2a en bijlage 3.

Analyse van de resultaten
Alvorens over te gaan tot de resultaten nog enkele algemene opmerkingen. Bij het beschrijven van de resultaten is, gezien het beperkt aantal geinterviewden, niet getracht de antwoorden in maat en getal uit te drukken, maar is geprobeerd het proces van de keuring in kaart te brengen.

Verder wordt opgemerkt dat de gerapporteerde bevindingen zijn afgeleid uit citaten van de geinterviewde artsen op heel gerichte vragen over het keuringsproces. Hierdoor is het gevaar dat de citaten en dus ook de gerapporteerde bevindingen uit hun verband worden getrokken gering. Bovendien is het uiteindelijke doel van de voorstudie, nader vorm te geven aan het onderzoek naar verschillen in keuringsadviezen. De hier gerapporteerde bevindingen kunnen dus in een later stadium bij een groter aantal artsen worden geverifieerd.
Ten behoeve van de leesbaarheid van de resultaten zijn de gebruikte citaten niet in de tekst opgenomen maar als bijlage 4 aan het verslag toegevoegd.

4. RESULTATEN VAN DE EERSTE INTERVIEWRONDE

In deze paragraaf worden de resultaten besproken van de eerste interviewronde onder 6 bedrijfsartsen en 4 huisartsen.
Bij het beschrijven van de resultaten wordt eerst ingegaan op enkele algemene vragen zoals met welk doel gekeurd wordt, hoe in het algemeen een keuring eruit ziet, of men bekend is met de functies waarvoor gekeurd wordt en welke criteria men hanteert bij de keuring. Vervolgens worden de aspecten beschreven waarop een kandidaat beoordeeld wordt tijdens de aanstellingskeuring: de

zogenaamde beoordelingsaspecten of attributies. Tevens is aangegeven op welke wijze, c.q. op basis van welke informatie, men deze aspecten in de praktijk tracht te beoordelen.
Vervolgens worden de antwoorden beschreven op de vragen hoe een vertaling plaatsvindt van de bevindingen naar een uiteindelijk advies c.q. welk referentieprofiel de arts hanteert bij de beoordeling, op welk moment van de keuring men in het algemeen een eerste oordeel klaar heeft, welke factoren twijfel veroorzaken en hoe de arts daar mee omgaat.

De aspecten die voor de keurend arts van belang zijn voor de beslissing over de medische geschiktheid van een kandidaat worden dan vervolgens in hoofdstuk 5 schematisch weergegeven in een beoordelingsschema, hetgeen het uiteindelijke doel van deze interviewronde was.

1. Het doel van de keuring

Zoals uit het vragenlijstonderzoek (Lourijsen e.a. 1989) naar voren is gekomen, is het 'beoordelen of iemand medisch gezien geschikt is voor de functie' de belangrijkste doelstelling van de aanstellingskeuring. Echter dit begrip medische geschiktheid blijkt heel verschillend te worden geinterpreteerd, bijvoorbeeld ten aanzien van het bepalen van de psychische belastbaarheid, het ziekteverzuimrisico van een keurling en risico's voor het pensioenfonds. Eén en ander blijkt ook uit de antwoorden van de proefpersonen op de vraag wat het doel van de keuring is. Als doelstellingen worden genoemd:
beoordelen

- of de kandidaat lichamelijk gezien in staat is de functie uit te oefenen (lichamelijke belastbaarheid);
- of de kandidaat psychische gezien in staat is de functie uit te oefenen (psychische belastbaarheid);
- of er een ziekteverzuimrisico en/of risico op arbeidsongeschiktheid is;
- wat mogelijke gevolgen voor de gezondheid van de kandidaat als gevolg van het uitoefenen van de functie zijn;
- wat mogelijke gevolgen voor het bedrijf zijn indien de kandidaat de functie gaat uitoefenen;
- wat mogelijke gevolgen voor derden zijn indien de kandidaat de functie gaat uitoefenen (directe collega's, klanten, pensioenfonds).

Tevens worden als doelstellingen genoemd:

- het geven van GVO (Gezondheidsvoorlichting- en Opvoeding) aan de keurling en
- het vastleggen van, onder andere, biometrische beginwaarden.

Combinaties van doelstellingen bij één arts komen voor. Voor de citaten waarin deze doelstellingen worden toegelicht, wordt verwezen naar bijlage 4.

2. Informatie over de keurling

Om een beslissing te kunnen nemen over de medische geschiktheid van een keurling voor een bepaalde functie gebruikt de arts informatie over de kandidaat en de te vervullen functie. Uit de interviews komt naar voren dat informatie over de keurling overwegend uit de anamneselijst en het gesprek, eventueel aangevuld met een kort lichamelijk onderzoek, wordt verkregen. Afhankelijk van de bevindingen vindt verder onderzoek plaats. Enkele van de geinterviewde artsen beoordelen de medische geschiktheid van de meeste keurlingen uitsluitend op basis van de schriftelijke gegevens (anamneselijst), dus zonder de keurling zelf te zien. Eventueel wordt in die gevallen (afhankelijk van de bevindingen of de toekomstige functie) een keurling uitgenodigd voor een gesprek en lichamelijk onderzoek.

3. Informatie over de functie en het gebruik van richtlijnen - criteria

Informatie over de functie waarvoor gekeurd wordt blijkt voor de meeste van de geinterviewde artsen gebaseerd te zijn op kennis van het bedrijf waarvoor men keurt of wordt gevraagd aan de keurling zelf. Dit laatste geldt met name wanneer het gaat om ad hoc keuringen, met andere woorden, keuringen waarbij een kandidaat zelf een keurend arts uitzoekt. Informatie op basis van functie-omschrijvingen, werkplekbeschrijvingen blijkt nauwelijks voorhanden. Het zelfde geldt voor de aanwezigheid van schriftelijk vastgestelde richtlijnen en/of criteria op basis waarvan een keurling beoordeeld moet worden. Ook hiervoor zij ter illustratie in bijlage 4 een aantal citaten van de geinterviewde artsen weergegeven naar aanleiding van vragen over het gebruik van richtlijnen, functieomschrijvingen en criteria.

4. De beoordelingsaspecten en de informatie die men gebruikt om de aspecten te beoordelen

Een aantal beoordelingsaspecten kunnen direct worden afgeleid uit de eerder beschreven doelstellingen van de aanstellingskeuring (zie pagina 17 onder 'het doel van de keuring'). In het nu volgende worden deze aspecten kort toegelicht en wordt aangegeven op basis van welke gegevens de keurend arts deze aspecten tracht te beoordelen.

Of de kandidaat (op het moment van de keuring) lichamelijk gezien in staat is de functie uit te oefenen wordt door alle artsen als beoordelingsaspect genoemd.
Naast de anamnese, lichamelijk onderzoek en biometrie, die informatie verschaffen over de gezondheidstoestand van de kandidaat, is voor sommige van de geinterviewde artsen de arbeidsanamnese en/of de mentaliteit van de kandidaat (men name om aan de gezondheid of eventuele klachten te werken), van belang voor het bepalen van de belastbaarheid. Eveneens van belang is of een bepaalde klacht, aandoening of ziekte verenigbaar is met de functie.
Voorts probeert men, gegeven een bepaald gezondheidsprobleem, de kandidaat ook wel met bepaalde adviezen of aanpassingen aan de slag te krijgen. Of dit lukt is onder andere afhankelijk van de positie van de kandidaat, het feit of de werkgever er mee uit de voeten kan en of er mogelijkheden zijn in het kader van de WAGW.

Verschillende artsen trachten te beoordelen of de kandidaat (op het moment van de keuring) psychisch gezien in staat is de functie uit te oefenen.
Deze artsen richten zich bij de beoordeling van de psychische belastbaarheid en/of stressbestendigheid onder andere op ervaringen van de keurling in het verleden, zoals het hebben ontwikkeld van psychosomatische klachten, het ziekteverzuim als gevolg daarvan en wat de kandidaat er aan gedaan heeft om te herstellen. Eventueel worden ook gegevens van de behandelende sector zoals van een psycholoog, psychiater of RIAGG opgevraagd. Daarnaast worden ook de presentatie van de kandidaat en de persoonlijke indruk van de keurend arts, genoemd als factoren om een oordeel te vormen over de psychische gesteldheid van de kandidaat.

Enkele van de geinterviewde artsen beoordelen het ziekteverzuimrisico en/of het risico op uitval/arbeidsongeschiktheid. Als voorspellers van verzuim en of uitval worden onder andere genoemd, bevindingen uit de anamnese, verzuim in het verleden, medische consumptie in het verleden en de verwachting dat bestaande aandoeningen verergeren door het werk. Daarnaast kan een bestaande aandoening (eventueel bekend bij de kandidaat of uit het lichamelijk onderzoek naar voren komend) ook aanleiding zijn tot een verhoogd risico op uitval op korte termijn, bijvoorbeeld als het gaat om een geplande operatie. In dat geval tracht de keurend arts zich een oordeel te vormen over het risico op blijvende invaliditeit, als mogelijk gevolg van die operatie.
Ook een 'indruk van de motivatie van de keurling voor de baan' wordt genoemd als één van de factoren die het toekomstig verzuim zouden kunnen voorspellen.

Daarnaast worden eventuele risico's voor derden geschat. Bij de beoordeling van deze risico's wordt onder andere rekening gehouden met de toekomstige collega's van de kandidaat. Enkele artsen geven bijvoorbeeld aan dat ze tijdens een keuring afwegen of het team waarin een keurling terecht komt, het eventuele verzuim van de keurling kan opvangen.
Ook mogelijke risico's voor de omgeving worden beoordeeld. Hierbij kan gedacht worden aan toekomstige klanten van een bedrijf (bijvoorbeeld bus- of vliegtuigpassagiers, die afhankelijk zijn van het functioneren van de buschauffeur, respectievelijk piloot).
Mogelijke problemen voor de keurend arts zelf of de dienst waarvoor men werkt kunnen eveneens een rol spelen in de beoordeling van een kandidaat. Eén van de geinterviewde artsen gaf bijvoorbeeld aan dat een bedrijfsarts die iemand onterecht goedkeurt, op een later tijdstip wordt geconfronteerd met zijn eigen verkeerde beslissing. Hij/zij zal de betreffende kandidaat dan regelmatig terugzien op het spreekuur.

5. Het referentieprofiel van de keurend arts c.q. het vertalen van bevindingen naar medische geschiktheid

Zoals al eerder gesteld heeft een keurend arts zelden de beschikking over scherp omschreven criteria om een keurling te beoordelen. De vraag is dan, op basis waarvan de arts beoordeelt of de kandidaat medisch geschikt is of niet.

In paragraaf 1.3 zijn enkele mogelijk referentieprofielen genoemd die een arts kan hanteren bij het beoordelen van een kandidaat. Bijvoorbeeld, het vergelijken van een kandidaat met een beeld dat de arts heeft omtrent een 'ideale' kandidaat, het spiegelen van de keurling aan specifieke functie-eisen en/of criteria, of het vaststellen van de ongeschonden belastbaarheid, m.a.w. als er medisch gezien niets aan de hand is zal de kandidaat de functie kunnen vervullen.
Uit de interviews komt naar voren dat van verschillende referentieprofielen sprake is, zelfs binnen één arts. Eén van de respondenten geeft aan dat een bepaald verwachtingspatroon omtrent een kandidaat met name aan het begin van de keuring een rol speelt. Een andere arts spiegelt de kandidaat aan de toekomstige functie (is een bepaalde handicap storend voor het uitoefenen van de functie?) maar lijkt in een aantal gevallen ook de ongeschonden belastbaarheid als referentieprofiel te hanteren. Weer een andere arts geeft te kennen dat de persoonlijk indruk en andere subjectieve, niet grijpbare factoren mede een rol spelen bij de beoordeling van de geschiktheid.

6. Moment waarop men een oordeel heeft over medische geschiktheid

Gevraagd is wanneer, ofwel in welke fase van de keuring men een oordeel klaar heeft over de medische geschiktheid van de kandidaat. De meeste artsen uit dit onderzoek antwoorden dat een dergelijk oordeel al vrij vroeg in het keuringsproces gevormd is, soms op basis van een algemene indruk maar veelal na het doornemen van de anamneselijst. Lichamelijk onderzoek blijkt voor de meeste artsen hier nog maar weinig aan toe te voegen.

7. Twijfel

Aan de artsen is tevens gevraagd naar 'het waarom' van twijfelgevallen en hoe men er in de praktijk mee omgaat. Als redenen voor twijfel worden genoemd het ontbreken van eenduidige objectieve criteria, bepaalde informatie uit het verleden van de keurling en twijfel over 'hoe erg het met de patient is' en/of 'hoe erg het met het werk is'.
In geval van twijfel zijn verschillende adviezen mogelijk, afhankelijk van de keurend arts. Enkele artsen keuren bij twijfel tijdelijk goed en kijken na een half jaar hoe het gegaan is. Eventueel laat de arts onderzoek verrichten door een externe deskundige om deze vervolgens te laten beslissen over de ge-

schiktheid van de kandidaat. De meeste artsen zijn van mening dat de keurling in voorkomende gevallen het voordeel van de twijfel moet krijgen (dus goedkeuren), tenzij de functie risicovol is voor de kandidaat zelf of anderen. Eén van de geinterviewde artsen overlegt bij twijfel met het pensioenfonds of deze een eventueel risico accepteert.

8. Afkeuringsredenen

De meeste artsen geven te kennen jaarlijks erg weinig kandidaten af te keuren, hetgeen op basis van het eerder uitgevoerde enquête-onderzoek ook verwacht werd (gemiddeld afkeuringspercentage bedraagt 1% per jaar).
Afkeuringsredenen zijn slechts door enkele artsen genoemd (sommige artsen hebben het afgelopen jaar namelijk niemand afgekeurd). Hierbij gaat het bijvoorbeeld om kandidaten die tegen het advies van de arts in toch door willen gaan met de sollicitatieprocedure, terwijl de arts de gezondheidsrisico's te groot acht om deze personen verantwoord goed te keuren. Een andere afkeuringsreden die genoemd is, is een kwaadaardige ziekte dan wel een ziekte met een onzekere prognose (soms wordt een dergelijke ziekte pas tijdens de keuring ontdekt).
Tot slot is als afkeuringsreden genoemd het feit dat een geambieerde baan een behoorlijke eis aan de draagkracht stelt, terwijl de kandidaat in het verleden een soortgelijke baan niet aankon.

Voor de citaten betreffende het moment waarop men een oordeel heeft over de medische geschiktheid van een kandidaat en de gevallen waarin men twijfelt, wordt wederom verwezen naar bijlage 4. Tevens zijn in die bijlage nog enkele citaten opgenomen die een indruk geven van de afwegingen die enkele artsen maakten bij de casus die hen werd voorgelegd.

5. HET BEOORDELINGSSCHEMA GEDESTILLEERD UIT DE EERSTE INTERVIEWRONDE

Naar aanleiding van de bevindingen uit de eerste interviewronde is getracht de belangrijkste beoordelingsaspecten weer te geven in een concept-beoordelingsschema (zie pagina 25 t/m 31). De eerste pagina bevat een samenvattend

overzicht van elf relevante beoordelingsaspecten, variërend van 'de algemene gezondheidstoestand van een kandidaat' tot 'de persoonlijke indruk van de arts omtrent de kandidaat'. Tevens is aangegeven dat per aspect een waarderingscijfer kan worden gegeven over een te beoordelen kandidaat op een zevenpuntsschaal, varierend van: de kandidaat scoort op het aspect 'uiterst gunstig' tot de kandidaat scoort op het aspect 'uiterst ongunstig'. Verder kan in het schema per aspect een rangordecijfer worden gegeven om het belang van het aspect kenbaar te maken: het belangrijkste aspect krijgt het cijfer 1, het minst belangrijke aspect cijfer 12.

Op de overige pagina's van het totale schema (pag. 26 t/m pag. 31) zijn de gegevens weergegeven die men hanteert om elk aspecten afzonderlijk te beoordelen.

Enkele opmerkingen bij het beoordelingsschema

Vooralsnog zijn de 'verwachting dat een kandidaat met gericht advies in staat is de functie uit te oefenen' (aspect 4) en de 'verwachting dat het advies wordt opgevolgd door het bedrijf of de kandidaat' (aspect 5) als afzonderlijke beoordelingsaspecten opgenomen. Wellicht dat deze eerder als onderdeel van 'de verwachting dat de kandidaat lichamelijk gezien in staat is de functie uit te oefenen' moeten worden gezien.

Een andere mogelijkheid is dat verwachtingen ten aanzien van een bepaald advies en het opvolgen ervan door kandidaat of bedrijf samengevat dienen te worden in één formulering. De achterliggende gedachte is dat 'de verwachting dat een kandidaat met een gericht advies de functie zal kunnen uitoefenen' op zich geen beslissingsfactor is, maar in combinatie met het al dan niet opvolgen ervan wel mee weegt in de beslissing. Met andere woorden, niet het feit dat een keurend arts zich een bepaald advies kan voorstellen is een beslissingsfactor maar het feit of de kandidaat of het bedrijf dit advies opvolgt. De formulering van het beoordelingsaspect zou dan kunnen zijn: Gesteld dat voor het uitoefenen van de functie een bepaald advies aan de keurling gewenst of zelfs noodzakelijk is, hoe is dan uw verwachting over het opvolgen van dat advies door de kandidaat? met als antwoordmogelijkheid: uiterst gunstig - uiterst ongunstig. Een soortgelijke formulering dient dan opgenomen te worden voor een advies gericht naar de werkgever.

Ook 'de graagte waarmee de kandidaat de functie wil uitoefenen' (aspect 10) is in dit schema nog als apart beoordelingsaspect meegenomen. Wellicht wordt dit aspect in de praktijk meer als onderdeel van enkele andere aspecten meegenomen.
Verder onderzoek zal hierover duidelijkheid dienen te verschaffen.

De persoonlijke indruk wordt door de respondenten niet expliciet genoemd als een op zich staand beoordelingsaspect. Wel wordt in vrijwel alle interviews de persoonlijke indruk genoemd als zijnde een onderdeel van één of meerdere andere beoordelingsaspecten. Vooralsnog is de persoonlijke indruk als apart aspect (het 11e) in het schema opgenomen maar wellicht dient dit begrip beter afgebakend te worden of zelfs uit het schema te worden verwijderd (c.q. uitsluitend als mogelijk onderdeel van de andere beoordelingsaspecten opgenomen te zijn), zodat de persoonlijke indruk niet dubbel gaat meetellen in de uiteindelijke uitkomst.

BEOORDELINGSSCHEMA

concept december 89

rangorde			waardering: uiterst ongunstig						uiterst gunstig
1)	..	algemene gezondheidstoestand van de kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
2)	..	verwachting dat de kandidaat lichamelijk gezien in staat is de functie uit te oefenen	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
3)	..	verwachting dat de kandidaat psychisch gezien in staat is de functie uit te oefenen	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
4)	..	verwachting dat de kandidaat met gericht advies (leefadvies of advies over aanpassing/voorziening in werkplek of functie) in staat is de functie uit te oefenen	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
5)	..	verwachting dat advies/aanpassing/voorziening opgevolgd wordt (door kandidaat of bedrijf)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6)	..	verwachting over het ziekteverzuim (in het eerste half jaarof op langere termijn)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
7)	..	mogelijke gevolgen voor de gezondheid van de kandidaat als gevolg van het uitoefenen van de functie	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
8)	..	mogelijke gevolgen voor het bedrijf indien de kandidaat wordt aangesteld	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
9)	..	mogelijke gevolgen voor derden indien de kandidaat wordt aangesteld	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
10)	..	graagte waarmee de kandidaat deze functie wil uitoefenen	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
11)	..	persoonlijke indruk over de kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
		advies medische geschiktheid	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

1 goedgekeurd
2 tijdelijk goedgekeurd
3 afgekeurd
4 anders:.....

Hoe zeker bent u over uw beslissing omtrent goed- of afkeuren van de kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

algemene gezondheidstoestand van de kandidaat

rangorde							
bevindingen anamnese (klachten, aandoening, ziekte, medische consumptie, medicijn gebruik)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
bevindingen lichamelijk onderzoek (o.a. lichaamsbouw, aantoonbare afwijkingen)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
bevindingen biometrie/laboratoriumonderzoek (aantoonbare afwijkingen)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
subjectieve gezondheidsbeleving kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
persoonlijke indruk	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
bevindingen huisarts/behandelend specialist	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

verwachting dat de kandidaat lichamelijk gezien in staat is de functie uit te oefenen

rangorde							
bevindingen anamnese	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
bevindingen lichamelijk onderzoek	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
bevindingen biometrie/laboratoriumonderzoek	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
subjectieve gezondheidsbeleving kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
bevindingen huisarts/behandelend specialist	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
persoonlijke indruk	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
mate waarin kandidaat in verleden soortgelijke functie aankon	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
verwachting dat kandidaat met niet-fitheid past in het bedrijf	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
verwachting dat aanwezige risicofactoren veranderbaar zijn	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
verwachting dat kandidaat gemotiveerd is iets aan zij/haar gezondheidstoestand te doen	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

verwachting dat de kandidaat psychisch gezien in staat is de functie uit te oefenen

rangorde							
bevindingen anamnese: (overspannenheidsperiode(s) in verleden door werk en/of priveomstandigheden psychosomatische klachten in verleden en mate van verzuim om deze reden)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
verwachting dat psychische klachten uit het verleden zich zullen herhalen (wat heeft men er aan gedaan, hoe is men eruit gekomen)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
wijze waarop kandidaat kan praten over psychiatrisch verleden	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
mate waarin kandidaat in verleden soortgelijke functie(s) aankon	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
mate waarin de kandidaat in het verleden van baan is veranderd	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
hoeveelheid stress in privesituatie van de kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
persoonlijke indruk	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
bevindingen huisarts, behandelend psycholoog psychiater, RIAGG, psychologisch onderzoek	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
verwachting dat de kandidaat past in de werkplek/team (collegialiteit, sfeer, werkdruk, spanningen)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

verwachting dat de kandidaat met gerichtadvies (leefadvies of advies over aanpassing/voorziening in werkplek of functie) in staat is de functie uit te oefenen

welke:

(leef)advies voor kandidaat

advies naar het bedrijf betreffende aanpassingen

advies naar het bedrijf betreffende voorzieningen

opgevolgd wordt door kandidaat indien dat advies voor het uitoefenen van de functie gewenst of zelfs noodzakelijk is

verwachting dat advies/aanpassing/voorziening opgevolgd wordt (door kandidaat of bedrijf)

bevorderende factoren:

WAGW

belemmerende factoren:

kosten

verwachting dat advies/aanpassing/voorziening als storend wordt ervaren

positie van de kandidaat t.o.v. collega's indien advies/aanpassing/voorziening wordt opgevolgd

verwachting over het ziekteverzuim (in het eerste half jaar of op langere termijn)

rangorde							
bevindingen anamnese: (bestaande klachten, aandoeningen, duur en periodieke karakter ervan)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
bevindingen verzuimanamnese: (eerder opgetreden ziekteverzuim en oorzaak van eerder verzuim) (persoonsgebonden/moeilijke veranderbare zaken oorzaken die in nieuwe functie niet meer optreden)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
bevindingen familieanamnese	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
verwachting van kandidaat zelf dat hij/zij kan werken met aanwezige klacht/aandoening/ziekte	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
gezondheidsbeleving kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
motivatie van de kandidaat voor de functie	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
conditie van de kandidaat (al dan niet sporten)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
reeds geplande operatie: (kan kandidaat op dit moment wel/niet werken) (verwachte duur van de arbeidongeschiktheid als gevolg van operatie)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
bevindingen huisarts	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
persoonlijke indruk/gevoel	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

mogelijke gevolgen voor de gezondheid van de kandidaat als gevolg van het uitoefenen van de functie

rangorde							
mogelijke gevolgen voor de gezondheid van de kandidaat door uitoefenen van de functie	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
verwachting dat aanwezig medisch probleem in en door het werk zal verergeren en uiteindelijk zal leiden tot uitval	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

mogelijke gevolgen voor het bedrijf indien de kandidaat wordt aangesteld

rangorde							
mate waarin het bedrijf de kandidaat graag wil hebben (schaarste, kwaliteiten)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
verwachting dat de kandidaat binnen een half jaar blijvend uitvalt (ivm risicowering pensioenfonds)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
verwachting dat kandidaat binnen korte of langere tijd de baan niet aankan: (verstoring continuiteit van het werk)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

mogelijke gevolgen voor derden indien de kandidaat wordt aangesteld

rangorde							
mogelijke gevolgen voor de gezondheid van de toekomstige collega's van kandidaat (verwachting dat toekomstige collega's eventuele verzuim van kandidaat kunnen opvangen)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
mogelijke gevolgen voor pensioenfonds indien kandidaat binnen half jaar blijvend uitvalt	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
mogelijke (financiële gevolgen voor de maatschappij	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
mogelijke gevolgen voor de keurend arts (verwachting dat kandidaat later problemen oplevert voor de arts zelf of de dienst)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
mogelijke gevolgen voor derden (gevaar omgeving waarin kandidaat gaat werken e.d.)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

graagte waarmee de kandidaat deze functie wil uitoefenen

welke reden:

thuissituatie van de kandidaat

toekomstig salaris van de kandidaat

hoeveelheid vrije tijd (bv. bij ploegendienst)

periode dat kandidaat werkeloos is geweest

persoonlijke indruk over de kandidaat

rangorde							
mate waarin kandidaat voldoet aan het beeld dat u van een persoon voor deze functie voor ogen heeft	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
mate waarin mentaliteit van de kandidaat aansluit/overeenkomt met die van u	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
wijze waarop kandidaat (schriftelijke) vragen beantwoordt (lengte van antwoorden, wat men opschrijft aantal afwijkende antwoorden)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
wijze waarop kandidaat zich presenteert (aardig, reëel, qua uiterlijk, uitdrukkings-vaardigheid, wijze waarop kandidaat binnen komt lopen ..)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
leefwijze van de kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
schoolopleiding van de kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
vorige werkgever van de kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

6. RESULTATEN VAN DE TWEEDE INTERVIEWRONDE

In een tweede interviewronde zijn vier van de tien artsen benaderd met een overzicht van de beoordelingsvariabelen die zij zelf en collega-artsen hebben vermeld in de eerste interviewronde. In eerste instantie is aan deze vier artsen gevraagd of de formulering van de aspecten duidelijk en volledig was.
Verder is gevraagd het gehele beoordelingsschema in te vullen aan de hand van een casus (bijlage 3). De resultaten worden hieronder besproken.

De volledigheid en de formulering van de aspecten
De ondervraagde artsen blijken de genoemde aspecten in het beoordelingsschema, met name het samenvattend overzicht op pagina 25, volledig en in meerdere of mindere mate relevant te vinden voor hun uiteindelijke beslissing over de medische geschiktheid van een kandidaat. Wel blijkt dat enkele aspecten voor meerdere uitleg vatbaar zijn. Aanpassingen in de formulering van deze aspecten is dan ook noodzakelijk. De aspecten uit het beoordelingsschema die aanleiding hebben gegeven tot verwarring c.q. verschillen in interpretatie zullen worden besproken.

Het tweede beoordelingsaspect: 'de verwachting dat de kandidaat lichamelijk gezien in staat is de functie uit te oefenen', wordt door enkele artsen opgevat als de verwachting over de situatie nu en door een andere arts als de verwachting over de situatie op langere termijn. Aanpassing in de formulering is dus nodig.

Een tweede opmerking betreft het vierde beoordelingsaspect: 'verwachting dat de kandidaat met gericht advies in staat is de functie uit te oefenen'. Hier wordt bedoeld of de arts zich een bepaald advies kan voorstellen dat een gunstige of ongunstige invloed kan uitoefenen op het functioneren van de kandidaat. Echter, een respondent vatte dit beoordelingsaspect op als de verwachting dat de kandidaat een bepaald advies zou opvolgen in de toekomst. Het opvolgen van het advies is echter een apart beoordelingsaspect, namelijk het vijfde. Deze bevinding pleit er voor om het vierde en vijfde aspect samen te voegen tot één beoordelingsaspect. De formulering van het beoordelingsaspect wordt dan: 'Gesteld dat voor het uitoefenen van de functie een bepaald advies

aan de keurling gewenst of zelfs noodzakelijk is, hoe is dan uw verwachting over het opvolgen van dat advies door de kandidaat?' (zie ook pagina 22).
Een soortgelijk formulering is dan nodig ten aanzien van het opvolgen van het advies door het bedrijf.

Het tiende beoordelingsaspect betreft: 'de graagte waarmee de kandidaat deze functie wil uitoefenen'. Eén van de respondenten geeft aan dat de motivatie van de kandidaat vooral een rol speelt bij de verwachting omtrent het toekomstig ziekteverzuim. Wellicht dient de motivatie van de kandidaat dan ook als onderdeel van de verwachting over ziekteverzuim gezien te worden en niet als apart, losstaand aspect.

Het laatste beoordelingaspect: 'de persoonlijke indruk over de kandidaat' wordt door één arts als belangrijk onderdeel genoemd van 'de verwachting of de kandidaat een bepaald advies opvolgt'.
Indien de persoonlijke indruk als afzonderlijk aspect gehandhaafd blijft, zal dit aspect duidelijker omschreven dienen te worden (voor één uitleg vatbaar) en als zodanig geen onderdeel uit mogen maken van de overige beoordelingsaspecten.

Toepassing van het beoordelingsschema op een casus
Drie van de vier artsen hebben het beoordelingsschema toegepast op de casus (bijlage 3). De vierde arts heeft de beoordelingsaspecten uitsluitend gerangordend naar belangrijkheid voor de besluitvorming bij aanstellingskeuringen in het algemeen.

De praktische toepassing van het beoordelingsschema blijkt voor de geinterviewde artsen, behoudens de eerder genoemde interpretatieverschillen geen bijzondere problemen op te leveren. Echter bij het doornemen van de gegevens per beoordelingsaspect (pagina 26 tot en met 31) blijkt dat bepaalde gegevens niet beoordeeld kunnen worden omdat de casus hierover geen informatie bevat. Dit geldt bijvoorbeeld voor de 'bevindingen huisarts/behandelend specialist', die onderdeel uitmaken van verschillende beoordelingsaspecten en een aantal gegevens die genoemd zijn onder 'persoonlijke indruk over de kandidaat' op pagina 31.

De tijd die men nodig had om alle pagina's in te vullen bedraagt voor alle drie de artsen plusminus een uur, hetgeen als (te) lang werd ervaren.

Met beide bevindingen, het ontbreken van bepaalde informatie in de casus en de tijd die men nodig heeft om alle gegevens in te vullen, zal in het vervolgonderzoek rekening gehouden dienen te worden.

Verder blijkt uit de rangordening van de beoordelingsaspecten en de waardering die de artsen toekennen aan de casus-kandidaat per beoordelingsaspect, dat er duidelijke verschillen zijn tussen de drie artsen (de vierde arts heeft het schema niet ingevuld voor de casus en blijft hier verder buiten beschouwing). In bijlage 6 is een overzicht gegeven van deze rangordening en waarderingen per arts weergegeven. Blijkbaar worden dezelfde (medische) gegevens in de casus op verschillende wijze geinterpreteerd en wordt het belang van de verschillende beoordelingsaspecten door elke arts anders ingeschat. Bijvoorbeeld een van de artsen verwacht dat de gezondheid van de casus-kandidaat door het uitoefenen van functie helemaal geen gevaar loopt (arts A geeft +3 aan de kandidaat op aspect 7). Een andere arts (C) verwacht wel bepaalde gevolgen voor de gezondheid van de kandidaat (deze arts geeft een -1 op dit aspect). Voorts blijkt dat Arts A dit aspect belangrijker vindt dan arts C (de aspecten krijgen respectievelijk een 1 en een 4 als rangordenummer).

In welke mate verschillen in de interpretatie van de aspecten zelf een rol spelen als het gaat om het belang dat men aan de aspecten toekent is niet duidelijk. Is bijvoorbeeld een aspect belangrijker als de kandidaat een lage waardering krijgt op het aspect, of bepaalt de aard van het aspect zelf het belang ervan? Verder onderzoek zal hierover uitsluitsel dienen te geven.
Twee artsen zijn vervolgens van mening dat de casus-kandidaat medisch geschikt is, terwijl de derde arts pas na behandeling (goede instelling suikerziekte) door behandelend arts en herkeuring, de kandidaat tijdelijk zou goedkeuren.

7. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Aansluitend bij de drie deelonderzoeken die in 1988/1989 hebben plaatsgevonden op het terrein van de medische aanstellingskeuring, is in 1989 een onderzoek gestart naar het verloop van het keuringsproces bij aanstellingskeuringen, bestaande uit twee deelonderzoeken. De achterliggende gedachte bij dit onderzoek naar het keuringsproces is dat door middel van inzicht in de betrouwbaarheid van het keurings- en besluitvormingsproces indirect uitspraken kunnen worden gedaan over de validiteit van de aanstellingskeuring.

Als voorbereiding van een groter opgezet onderzoek onder keurende artsen (één van de deelonderzoeken), is in eerste instantie een voorstudie verricht met als doel een globaal inzicht te krijgen in het verloop van het keuringsproces en de informatie/gegevens die een rol speelt/spelen bij het besluit over de medische geschiktheid van een keurling. Teneinde het besluitvormingsproces in kaart te brengen is gebruik gemaakt van het Multi-Attributieve-Utiliteitsmodel, een analysemodel dat geschikt is om de voor de arts ter zake doende argumenten en hun gewicht in de uiteindelijke beslissing omtrent medische geschiktheid van een kandidaat, te structureren. In deze voorstudie zijn tien keurende artsen, bedrijfsartsen en huisartsen, geinterviewd.

Ten aanzien van het verloop van het keuringsproces, van informatieverzameling, via weging van de informatie tot de uiteindelijke besluitvorming (**eerste onderzoeksvraag**) komt uit de interviews het volgende beeld naar voren.

Het beoordelen van de medische geschiktheid van een kandidaat wordt als belangrijkste doelstelling van de aanstellingskeuring gezien. Het begrip medische geschiktheid wordt echter verschillend geinterpreteerd. Factoren als psychische belastbaarheid, risico's voor het pensioenfonds en/of ziekteverzuimrisico's blijken hierbij in wisselende mate een rol te spelen.

De beslissing over de medische geschiktheid van een keurling is afhankelijk van informatie over de keurling enerzijds en over de te vervullen functie anderzijds. Informatie over de keurling wordt overwegend verkregen uit de anamneselijst en het gesprek, eventueel aangevuld met een kort lichamelijk

onderzoek. Informatie over de functie is in belangrijke mate gebaseerd op kennis van het bedrijf waarvoor men keurt of wordt gevraagd aan de keurling zelf.

Er is sprake van verschillende referentieprofielen, zelfs binnen één arts, als het gaat om het uiteindelijk beoordelen van de medische geschiktheid van de keurling. Bepaalde verwachtingen omtrent een kandidaat, de toekomstige functie, de ongeschonden belastbaarheid (als de kandidaat niks mankeert zal hij/zij de functie wel aankunnen), maar ook subjectieve, niet grijpbare factoren spelen in meer of mindere mate een rol bij de beoordeling.

Het oordeel over de medische geschiktheid blijkt veelal aan het begin van de keuring al klaar. Soms gebeurt dit op basis van een algemene indruk, maar veelal na het doornemen van de anamneselijst. Lichamelijk onderzoek voegt hier nog maar weinig aan toe.

Twijfel over de geschiktheid van de kandidaat komt met name voort uit het ontbreken van eenduidige objectieve criteria of uit bepaalde informatie uit het verleden van de kandidaat. Daarnaast blijkt het inschatten van 'hoe erg het met de keurling dan wel het werk is' eveneens twijfel te veroorzaken.
Doorgaans krijgt de keurling het voordeel van de twijfel en wordt, eventueel tijdelijk, goedgekeurd tenzij de functie risicovol is voor de kandidaat zelf of derden. Eén van de geinterviewden overlegt bij twijfel weleens met het pensioenfonds of deze een eventueel risico accepteert.

Afkeuringsredenen die genoemd zijn betreffen ernstige ziekten (soms pas in de keuring naar voren komend), het in het verleden niet aangekund hebben van een functie die men wederom ambiëert en het tegen het advies van de arts toch door willen gaan met de sollicitatieprocedure. Overigens wordt door de geinterviewde artsen zelden een keurling afgekeurd.

Met betrekking tot de **tweede onderzoeksvraag**, komt uit deze voorstudie naar voren dat tal van medische maar ook niet-medische aspecten tijdens een keuring worden beoordeeld. Genoemd zijn onder andere: de lichamelijke en psychische belastbaarheid, risico's voor de gezondheid van de kandidaat, de

graagte waarmee de kandidaat de functie wil uitoefenen en de persoonlijke indruk van de arts omtrent de persoon van de kandidaat. Deze aspecten blijken in meer of mindere mate van belang voor de uiteindelijke beslissing omtrent de (medische) geschiktheid van de keurling. Getracht is deze beoordelingsaspecten die door elkaar een rol spelen bij de besluitvorming, in een samenvattend schema weer te geven (zie pagina 25 t/m 31 van dit rapport of bijlage 6, waarin het schema is weergegeven nadat het is bijgesteld naar aanleiding van commentaar in de tweede interviewronde). Nog niet duidelijk is welke aspecten van doorslaggevende betekenis zijn. Hierover dient verder onderzoek uitsluitsel te geven.

In een tweede interviewronde is het eerder genoemde beoordelingsschema (pagina 25 t/m 31 van dit rapport) voorgelegd aan een drietal artsen die ook in de eerste interviewronde benaderd zijn. De praktische toepassing van het schema op een papieren casus blijkt weinig problemen op te leveren. Wel blijken artsen enkele beoordelingsaspecten verschillend te interpreteren zodat aanpassing van de formulering en verder uittesten ervan nodig is. Verder blijkt, al even vooruitlopend op de beantwoording van de derde onderzoeksvraag, dat bij de invulling van het schema aan de hand van een casus, de (medische) gegevens in de casus verschillend worden geinterpreteerd en dat bovendien de belangrijkheid van de beoordelingsaspecten verschillend wordt beoordeeld.

Hoewel bovenstaande bevindingen gebaseerd zijn op een tiental interviews en verder onderzoek nodig is om de bevindingen te ondersteunen, kunnen al wel enkele conclusies met betrekking tot de betrouwbaarheid (**derde onderzoeksvraag**) van het keuringsproces aan deze voorstudie worden verbonden.

In het algemeen kan men stellen dat de betrouwbaarheid van het keuringsproces (van gegevensverzameling en weging tot de uiteindelijke besluitvorming) het best gewaarborgd is, indien men de omstandigheden waaronder de keuring wordt verricht zoveel mogelijk constant houdt. Met betrekking tot het constant houden van deze omstandigheden, kan naar aanleiding van de voorstudie echter worden opgemerkt:

- dat de doelstelling 'het beoordelen van de medische geschiktheid van een kandidaat' door de keurende artsen verschillend wordt geinterpreteerd.

- dat het nog veelal ontbreekt aan objectieve keuringscriteria of richtlijnen en functieomschrijvingen c.q. functie-eisen.
- dat er geen sprake is van één referentieprofiel ter beoordeling van de medische geschiktheid van de keurling.
- dat tal van medische maar vooral ook niet-medische aspecten (waarvan bovendien validiteit en voorspellende waarde onbekend zijn) een rol spelen bij de besluitvorming omtrent medische geschiktheid van een kandidaat.
- dat er tussen artsen grote verschillen bestaan in de medische en niet-medische gegevens die men beoordeelt ten behoeve van het bepalen van de geschiktheid van een kandidaat.
- dat er tussen artsen verschillen zijn in de interpretatie van gelijkluidende medische gegevens en de belangrijkheid die men toekent aan de beoordelingsaspecten.

De vraag of één en ander ook aanleiding is tot verschillen in de keuringsadviezen (in casu de reproduceerbaarheid) is niet onderzocht en vooralsnog dus niet te bantwoorden. Hiervoor is verder onderzoek noodzakelijk.

Tot slot en ter beantwoording van de **vierde onderzoeksvraag**, kan gesteld worden dat tijdens een aanstellingskeuring door sommige artsen wel degelijk een oordeel wordt gevormd omtrent financiële en/of verzekeringstechnische risico's, ondanks dat deze risico-inschatting bij het bepalen van de medische geschiktheid, bijvoorbeeld volgens de richtlijnen van de NVAB (1989) en het kabinetsstandpunt inzake het rapport "Goed gekeurd" (1990) onwenselijk wordt geacht. De beoordeling van de geschiktheid van de kandidaat door de arts blijkt niet louter op medische gronden plaats te vinden.

LITERATUUR

ARVEY, R.D. & J.E. CAMPION, The employment interview: a summary and review of recent research. Personnel Psychology, 1982, 35, p.281-322

BLESGRAAF, E., M. GROENENDIJK, H. DE LANGE & C. MOELANDS, Uniformiteit bij aanstellingskeuringen. Een onderzoek in het kader van de opleiding tot bedrijfsarts. T. Soc. Gezondheidsz. 64 (1986) 139-143.

DIRECTORAAT-GENERAAL VAN DE ARBEID, Afdeling Arbeidgezondheidskunde, Jaarverslag 1987, Voorburg, DGA, 1988.

DUYNE, P.C. VAN, Beslissen in eenvoud. Hoe officieren van justitie over strafzaken beslissen (proefschrift). Arnhem, Gouda Quint BV, 1983.

EDWARDS, W. & J.R. NEWMAN, Multiattribute evaluation. Beverly Hills/ London/New Delhi: Sage Publications, 1983

GARDINER, P.C. & W. EDWARDS. Public Values: Multiattribute-Utility Measurement for Social Decision Making. In: Kaplan, M.F. & Schwarts, S. (red). Human Judgement and Decision Processes. New York: Academic Press, 1975.

GUTTENTAG, M. & Y. SAYEKI. A decision-theoretic technique for the illumination of cultural differences. Journal of Cross-Cultural Psychology. Vol.2 (2), 1975, p.203-217.

HUBER, G.P. Multi-attribute utility models: A review of field and field-like studies. Management Science. vol.20 (10), 1974 p.1393-1402.

IVANCEVICH, J.M. Predicting Absenteeism From Prior Absence and Work Attitudes. Academy of Management Journal. vol.28 (1) 1985 p. 219-228.

Kabinetsstandpunt met betrekking tot de medische keuring bij aanstelling. Aangeboden door B. de Vries, Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, aan de voorzitter van de Tweede Kamer, d.d. 15 maart 1990 (brief DGA/GA/90/2395).

KELLER, R.T. Predicting Absenteeism From Prior Absenteeism, Attitudinal Factors and Nonattitudinal Factors. Journal of Applied Psychology, vol.68 (3) 1983 p.536-540.

KORT, W.L.A.M. de, De aanstellingskeuring: een selectie-instrument? Literatuuroverzicht. Voorburg, DGA, 1988

LOURIJSEN, E.C.M.P., H. HOOLBOOM & W.L.A.M. DE KORT, De medische aanstellingskeuring. Een inventarisatie van de mate waarin en de wijze waarop Nederlandse bedrijven en artsen medische aanstellingskeuringen (laten) verrichten. Voorburg, DGA, 1989-a.

LOURIJSEN, E.C.M.P., W.L.A.M. DE KORT & H. HOOLBOOM, Onderzoek naar de validiteit en voorspellende waarde van de aanstellingskeuring en het aanstellingsonderzoek: Uitvoerbaarheidsstudie. Leiden, NIPG/TNO, 1989-b.

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ARBEIDS- EN BEDRIJFSGENEESKUNDE. Aanstellingskeuringen door bedrijfsartsen. Oktober 1989.

SLOVIC, P., B. FISCHHOFF & S. LICHTENSTEIN. Behavioral Decision Theory. Annual Review Psychology, 1977, 28:1-39

SNOEK, J.W. Het denken van de neuroloog (proefschrift). Groningen, Dijkhuizen van Zanten, 1989.

TWUYVER, M. van. Investeringsbeslissingen van ondernemers: Individuele en groepsgewijze besluitvorming en de adoptie van energie-efficiënte technologie. Leiden, Werkgroep Energie- en Milieuonderzoek, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Rijksuniversiteit Leiden, 1989.

VLEK, C., Modellen en methoden voor het begrijpen en verbeteren van beslissingen. Hoofdstuk 7 in C.W.F. van Knippenberg, J.A. Michon en J.A. Rothengatter (red.): Handboek Sociale Verkeerskunde. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1989.

WELY, P.A. van, De procedure bij het keuren van sollicitanten (proefschrift). Eindhoven, Eindhovensche Drukkerij, 1972.

BIJLAGEN

BIJLAGEN

		pagina
Bijlage 1	Model Arvey & Campion: factoren van invloed op het psychologisch selectie-interview	45
Bijlage 2a	Casus eerste interviewronde	46
Bijlage 2b	Topic lijst interviewronde 1	47
Bijlage 3	Casus tweede interviewronde	48
Bijlage 4	Citaten van de geinterviewde artsen	49
Bijlage 5	Beoordelingsschema, bijgesteld naar aanleiding van commentaar in tweede interviewronde	75
Bijlage 6	Beoordelingsschema ingevuld door drie artsen	81

Bijlage 1 Model Arvey & Campion: factoren van invloed op het psychologisch selectie-interview

ARVEY AND CAMPION

Figure 1.

Bijlage 2a Casus eerste interviewronde

U keurt een 20-jarige man voor de functie van monteur in de groot-metaal. Het beroep is behoorlijk belastend voor het totale bewegingsapparaat.

Opleiding:	L.O. en LTS-metaal
Vorig beroep:	Chauffeur, monteur
Verzuimanamnese:	Onbekend
Burgelijke staat:	Ongehuwd
Voorgeschiedenis:	In militaire dienst door enkelbanden rechter voet gezakt
Anamnese:	regelmatig stijve spieren rug en armen frequent hoofdpijn, niet migraineus vermoeide voeten bij lang staan rookt ongeveer 1,5 pakje shag per week doet niet aan sport
Familie-anamnese:	vader 'ziekelijk'; moeder ziek: 'rheuma'
Lichamelijk onderzoek:	lengte 1.83 m.; gewicht 68 kg.; opmerkelijke pedes plani erg tenger rug: geen enkele afwijking

Bijlage 2b Topiclijst interviewronde 1

- aantal keuringen per jaar en percentage afkeuringen
- soort bedrijf/bedrijven waarvoor gekeurd wordt
- soort functies waar voor gekeurd wordt
- zijn er richtlijnen, criteria voor de functies waarvoor gekeurd wordt
- doel van de keuring: met welk doel keurt u, wat beoogt u met de keuring
- hoe luiden de verschillende keuringsuitspraken

vragen bij casus (bijlage 2a)

- hoe ziet deze aanstellingskeuring eruit (opgesplitst in deelproblemen)
- zijn **vragenlijstgegevens** en/of andere gegevens voorafgaand aan de keuring voorhanden
- bent u op bekend met deze functie/functie-eisen/taakeisen (taakanalyse voorhanden)
- bestaan er concrete **keuringscriteria** voor deze functie
- zo ja, welke criteria en wat is de onderbouwing ervan en kunt op basis van deze criteria meteen een besluit nemen
- zo nee, aan welke **lichamelijke eisen** moet de kandidaat volgens u voldoen welke overwegingen liggen hieraan ten grondslag (voorspellende waarde), moet de kandidaat aan alle factoren voldoen of is **compensatie** mogelijk
- op welke wijze stelt u deze lichamelijke factoren vast
- welke **niet-lichamelijke aspecten** betrekt u bij de oordeelsvorming, en welke overwegingen liggen hieraan ten grondslag (functie inhoud, omstandigheden, verhoudingen ed., informatie van het bedrijf specifiek bij deze keuring)
- hoe belangrijk is voor u uw persoonlijke indruk omtrent een kandidaat (psychische gesteldheid van kandidaat, hoe vastgesteld)
- wordt in de beoordeling meegenomen dat de functie en/of arbeidsomstandigheden kunnen/moeten worden aangepast.
- welke informatie verzamelt u ten behoeve van niet-lichamelijke aspecten (denk aan sociaal-economische omstandigheden, veiligheidskundige aspecten, werkgeversbelangen, de dienst waarvoor men werkt ed)
- hoe wordt de **informatie geinterpreteerd**, vertaald naar voldoende/onvoldoende (kansschattingen, vuistregels)
- welke **informatie** is uiteindelijk van **doorslaggevende betekenis** voor de keuringsbeslissing (pathologie/ongeschonden belastbaarheid, criteria, 'goede kandidaat')
- wat gebeurt er met de keuringsuitslag (waarheen verstuurd, mondelinge toelichting)

Algemeen

- In welke fase van de keuring heeft u in het algemeen een **oordeel** over de medische geschiktheid, en op basis van welke gegevens
- Op welke gronden heeft u in het verleden kandidaten afgewezen/afgekeurd
- is er wel eens sprake van twijfelgevallen, zo ja, kunt u toelichten waarom (wat maakt een twijfelgeval een twijfelgeval)

Bijlage 3 Casus tweede interviewronde

U keurt een 36-jarige man voor de functie medewerker centrale keuken (afwasmachine) bij een ziekenhuis.

Opleiding:	L.O. en U.L.O. (1 jaar)
Vorige beroep:	langere tijd vrachtwagenchauffeur
Verzuimanamnese:	zelden of nooit verzuimd
Burgerlijke staat:	ongehuwd
Voorgeschiedenis:	hypertensie, al jaren lang
Anamnese:	betrokkene is een bekende diabetespatient, met een dieet waar hij zich eigenlijk niet aan houdt: kortademig bij inspanning: patient is alleenstaand en onttrekt zich aan controles bij de specialist
Familie-anamnese:	bij diverse familieleden: hart- en vaatziekten
Lichamel. onderzoek:	lengte 1.74 m.; gewicht 104 kg.; RR 155/110 mmHg; verder geen bijzonderheden
Urine-onderzoek:	reductie: ++
Bloedonderzoek:	glucose nuchter: 15,8 mmol/l.
Medicatie:	aldomet 3 dd 250 mg.

Bijlage 4 Citaten van de geinterviewde artsen

Bij de gebruikte citaten is aangeven van welke proefpersoon dit afkomstig is (bv. PP1B wil zeggen de eerste proefpersoon, waarbij de B staat voor bedrijfsarts). Hieronder volgt een korte omschrijving van de proefpersonen.

De proefpersonen

PP1B: bedrijfsarts, werkzaam bij een gezamenlijke BGD.

PP2H: huisarts, verricht plusminus 100-150 aanstellingskeuringen per jaar voor een beperkt aantal vaste bedrijven en op ad hoc basis (losse aanvragen).

PP3B: bedrijfsarts, werkzaam bij een gezamenlijke BGD, verricht gemiddeld zo'n 5 aanstellingskeuringen per week.

PP4H: huisarts, verricht ongeveer 500 aanstellingskeuringen per jaar voor één bedrijf, waarvan het grootste gedeelte schriftelijk wordt afgehandeld.

PP5B: bedrijfsarts, werkzaam bij een enkelvoudige BGD in de non-profit sector, verricht ongeveer 400 aanstellingskeuringen per jaar.

PP6B: bedrijfsarts, werkzaam bij een enkelvoudige BGD in de profit sector

PP7H: huisarts, verricht plusminus 100-150 aanstellingskeuringen per jaar voor enkele vaste bedrijven.

PP8H: huisarts, verricht 30-40 aanstellingskeuringen per jaar, uitsluitend losse aanvragen.

PP9B: bedrijfsarts, werkzaam bij een enkelvoudige BGD in de profit sector, verricht jaarlijks 400 aanstellingskeuringen, waarvan 90% uitsluitend op basis van een schriftelijke vragenlijst

PP10B: bedrijfsarts, werkzaam bij een enkelvoudige BGD in de non-profit sector, verricht ongeveer 280 aanstellingskeuringen per jaar.

Tot slot dient nog opgemerkt te worden dat de vragen die gesteld zijn door de onderzoeker in de citaten zijn aangegeven door middel van hoofdletters.

doel van de keuring

Antwoorden van de proefpersonen op de vragen wat het doel is van de aanstellingskeuring en wat wordt verstaan onder medische geschiktheid van een kandidaat:

PP2H op de vraag naar het doel van de keuring: " De vraag is of iemand medisch geschikt is voor zijn functie. Die vraag is redelijk makkelijk gesteld en ..afhankelijk van de specifieke eisen .. stel je voor jezelf een aantal criteria op.. in het algemeen probeer je dus een indruk te krijgen over iemands fysieke en psychische draagkracht".

PP3B op de vraag naar het doel: "ons richtsnoer is hier wel.. wij keuren zuiver of iemand geschikt is voor zijn functie. We keuren nauwelijks op verzuimrisico.. dat is wel iets wat allemaal hier tegelijk doen. Dus we kijken eigenlijk niet van.. nou iemand heeft die of die ziekte.. of migraine.. kantoorfunctie en migraine.. die zal regelmatig kort verzuimen.. dat weet je gewoon.. als het een erge vorm van migraine is... dan keur ik hem toch goed of haar .. want ik denk van nou .. hij zal toch voor het werk geschikt zijn.. goed kunnen werken.. geen beperkingen. Dat er een verhoogd verzuim uit voorkomt.. dat je dat vermoedt.. dat is verder geen criterium..dat dus niet. NOOIT nee, nou daar is natuurlijk wel discussie over.. de ene arts die zegt nooit, niks, en een andere arts zegt ja je moet ook aan de werkgever denken en aan de collega's want je zadelt een afdeling op met een collega die vaak ziek is.. en dat komt op de schouders neer van de overige mensen en dat is ook niet gezond.. dus die discussie speelt hier gewoon en die is nooit uitgepraat, nooit uitgevochten.. ik zelf heb het standpunt dat als je zeker weet dat er een gigantisch verzuim aankomt.. dat je je nog maar eens moet bedenken.. "

Onder medische geschiktheid verstaat deze proefpersoon het volgende: " of iemand .. medisch.. in staat is om zijn werk te doen.. en dat werk zo te doen dat hij zijn gezondheid niet schaadt.. er moeten op het werk geen elementen zijn die zijn gezondheid schaden... als er in aanleg een .. gevoelig punt is.. en dat gevoelig punt wordt geraakt omdat hij op het werk ermee in contact komt..ja dan heb je iemand schade berokkend, dan keur je iemand af.."

PP5B: " eh, kijken of er medisch bezwaar is tegen het uitoefenen van de functie.. en we zitten natuurlijk me twee petten op in die zin dat het een koppeling is ook aan de verzekeringskeuring voor het Pensioenfonds. Nou het is zo geregeld dat een bedrijfsarts die keurt.. die geeft een advies 'wel of geen bezwaar tegen het uitoefenen van de functie' en dan is het zo dat het pensioenfonds het advies

volgt. Het enige wat het pensioenfonds eist is.. eh.. of althans niet eist.. het pensioenfonds zegt wanneer iemand bij zijn aanstelling een aandoening heeft op grond waarvan hij binnen een half jaar blijvend gaat uitvallen .. die is bij ons niet verzekerd.. het risico is dan voor de werkgever. Als wij zo iemand goedkeuren en die valt binnen het half jaar uit.. en wordt blijvend arbeidsongeschikt-..maar hij had die aandoening al.. dan is de werkgever risicodrager".

PP5B: "op dit moment is het zo, de personeelsfunctionaris de keuring aanvraagt met alleen een aantal bijzondere eisen: werken met toxische stoffen, straling, actief virus... en dan is het niet alleen zo dat we daar gericht op keuren in de zin van.. is dat nog een verhoogd risico ..de omstandigheid van de betrokkene.. maar vooral ook kijken hoe kunnen we daar preventief bij de aanstellingskeuring al informatie over geven.. dus dat wordt een soort GVO dan".

PP9B: " als selectie heeft het eigenlijk geen zin.. Alleen, je hebt een aantal medisch gegevens in een dossiers, die liggen dan vast.. er van uit gaande dat mensen lange tijd in dienst blijven.. is het van belang om een aantal biometrische gegevens sowieso vast te leggen. Die worden geraadpleegd bij een periodiek onderzoek maar ook bij andere spreekuurcontacten. Wij zijn eigen risicodrager voor de ziektewet..dus wij zien een vrij fors aantal mensen op ons spreekuur in het kader van ziekteverzuimbegeleiding.. Ook dan raadplegen we die gegevens nog wel eens".

Informatie over de keurling

Ter illustratie enkele citaten die betrekking hebben op de vraag hoe in het algemeen een aanstellingskeuring verloopt.

PP7H: "nou het eerste wat ik doe.. ja ik heb een speciale methode.. ik laat de mensen zelf hun anamneseformulier invullen.. ze krijgen van te voren een anamneseformulier toegestuurd.. DAAR ZORGT HET BEDRIJF VOOR daar zorgt het bedrijf voor .. dat vullen ze zelf helemaal in en ze komen hier na een afspraak gemaakt te hebben en plasje mee te nemen. Dan neem ik samen met ze het anamnese formulier door.. mijn ervaring is dat het dan toch beter ingevuld wordt als in een gesprek met de arts.. Want men heeft niet altijd direct beschikbaar alle gegevens van wat er gebeurd is.. en het is voor mij tijdwinst. Nou afhankelijk van die anamnese..die wordt dan nog wat uitgediept.. afhankelijk van

wat er staat...of er speciale dingen zijn.. bv. voor de gezinshulp is allergieën erg belangrijk.. bij de verspreidingsbedrijven is de rugproblemen een belangrijk gegeven en bij dat andere bedrijf (microfilms), ja daar wordt wel eens wat extra aandacht aan de ogen en dat soort zaken gewijd.. Dus er wordt wel..ik probeer wel te kijken naar wat dat het werk inhoudt om ..daarmee dat af te spiegelen naar de persoon die gekeurd wordt.. nou en dan wordt er gewoon een lichamelijk onderzoek gedaan.. en ja, daar komt meestal niet zo erg veel uit.. en de urine wordt op eiwitten en op suiker nagekeken OOK STANDAARD ja".

PP9B: "een vragenlijst.. op de titelpagina staat het bedrijfsonderdeel waar de kandidaat geplaatst zal worden met een omschrijving van de functie. En dat hoofdstukje is in ieder geval ook min of meer bepalend of iemand wel of niet wordt opgeroepen. Voorts natuurlijk de beantwoording van de vragen is ook een indicatie of iemand opgeroepen wordt. Maar we beoordelen in principe zoveel mogelijk schriftelijk. En ik schat ook dat totaal.. wordt zo'n 90% gewoon schriftelijk afgedaan. MAAR BEGRIJP IK HET GOED DAT VOOR SOMMIGE FUNCTIES ALTIJD WORDT OPGEROEPEN "ja, mensen die in ploegendienst gaan werken worden altijd opgeroepen .. en ook mensen die ook in wat fysiek meer belaste functies terecht komen, dus technische dienst, transport.. magazijnbeheerders die beoordelen we doorgaans wel.. en ook wanneer bv. biometrische maten.. dus mensen geven bv. ook altijd lengte en gewicht op.. als mensen heel klein zijn en ze solliciteren naar een baliefunctie.. dan keuren we ze veelal uit om toch te beoordelen of dat geen problemen zal gaan geven.."
WAT MAAKT, BEHALVE DE FUNCTIE, DAT U NOG MENSEN UITNODIGT OM OP HET SPREEKUUR TE KOMEN
" een anamnese die daartoe aanleiding geeft.. behandeling door een fysiotherapeut, behandeling door een psychotherapeut, behandeling op grond van bv. hyperventilatie ..dat zijn doorgaans mensen die ik wel wil zien.. en om me ook een persoonlijke indruk te vormen van die mensen.."

PP10B: " het invullen door betrokkene van een anamneseformulier en het samen met betrokkene bespreken van het formulier. Het verrichten van kort lichamelijk onderzoek IS DAT STANDAARD dat is in principe standaard en afhankelijk van de functie wordt het onderzoek uitgebreid of afhankelijk van wat je vindt of wat betrokkene voor klachten aangeeft. Als je dus voor een eenvoudige

administratieve functie moet keuren, die verder goed gezond is, ja dan ben je heel snel klaar. Een vragenlijst invullen, een eenvoudig lichamelijk onderzoek, geen afwijkingen, geschikt. En al naar gelang de bevindingen en/of functie worden er verdere onderzoeken verricht".

Informatie over de functie en het gebruik van richtlijnen - criteria

Op de vraag of de arts bij de keuringsaanvraag een functie-omschrijving of taakomschrijving ontvangt wordt geantwoord (PP2H): " Nee, dat gebeurt eigenlijk zelden, dat gebeurt te weinig denk ik.. Het is al heel wat vind ik als een bedrijf direct aan de betrokkene een brief meegeeft, waarin het bedrijf presenteert.. zegt om wat voor functie het gaat... Meestal komen ze gewoon hier met de boodschap ik moet gekeurd worden en het gaat om een aanstellingskeuring... en dan wordt in het verhaal wel duidelijk waar het nou precies om gaat.. de keurling is de drager van de boodschap. Dat expliciet gevraagd wordt om welke functie het gaat en .. wat de eisen zijn die aan de betrokkene gesteld worden, dat is uiterst zelden".

Op de vraag of de arts keuringscriteria heeft antwoordt PP3B: "criteria zitten in mijn hoofd.. zijn niet op papier.. en je keurt zo veel mogelijk functiegericht.. en je hebt dus in je hoofd een beeld van die functie a in bedrijf b en je probeert dan dat je voor de geest te halen dat beeld.." . Op de vraag of deze criteria op ervaring gebaseerd zijn wordt het volgende antwoordt gegeven: "ja ervaring, met collega's praat je daarover.. daar komt bij dat.. die criteria toets je wel aan wat anderen daar van vinden als je een probleem hebt.."

Op dezelfde vraag antwoordt PP4H: "laat ik zo zeggen.. ik ken elke functie binnen het bedrijf.. ik ken het bedrijf door en door.. ik zit al 13 jaar bij hetzelfde bedrijf..en ja, ik ken het grootste deel van de populatie ook.. en ik ken ook de functies omdat ik alleen met één bedrijf in zee gegaan ben.. en dus ik ken de functies en in die zin beoordeel ik de geschiktheid zeg maar niet alleen op grond van zijn eigen gezondheidstoestand maar ook direct afgestemd op de functie die ie moet gaan vervullen ..waarvan ik ook altijd van te voren weet in wat voor situatie.. zelfs ook vaak bij wie die moet gaan functioneren.. dus in feite zijn er heel veel scherpe criteria. . helemaal afhankelijk van de functie .. maar ook nog eens op welke werkplek iemand komt.. en in feite bepaalt dat het criterium.

Maar ik zou eigenlijk willen zeggen, ik heb wel honderden criteria, afhankelijk inderdaad van welke functie en op welke plek .. zelfs ook nog in welke stad en ook nog wel eens in welk land.. dus dat zijn allemaal in feite verschillende criteria..".

PP2H over keuringscriteria: ".. het gaat juist vaak om die heel moeilijk meetbare factoren. Als je naar beroepen gaat kijken waar duidelijke hoge fysieke eisen gesteld worden, topsport of een piloot, iemand die diepzee moet gaan duiken.. dan is het in feite makkelijk.. dan kan je allerlei hoogstaande fysieke criteria stellen.. en daar moet je gewoon aan voldoen.. dat zijn getalletjes in feite. Maar voor de meeste functies bestaan dat soort objectieve criteria niet".

De beoordelingsaspecten en de informatie die men gebruikt om deze te beoordelen

a. het beoordelen of de kandidaat lichamelijk gezien in staat is de functie uit te oefenen.

Dit wordt beoordeeld op basis van de volgende gegevens:

PP2H: "Een belangrijk aspect van het bepalen van de draagkracht is dus ook de vraag hoe iemand gefunctioneerd heeft in de arbeidssituatie in vroegere jaren, dus daar probeer je ook nog informatie over te krijgen. En die informatie, die is.. daar is de keuring de enige bron voor die je daar voor kan gebruiken. De betrouwbaarheid van die informatie is vaak niet groot..., dan moet je via je interviewtechniek.. moet je proberen daar zo veel mogelijk inzicht in te krijgen".

Eveneens van belang is of een bepaalde klacht, aandoening of ziekte verenigbaar is met de functie.

PP7H: "ik heb eens een man met epilepsie gehad en.. die had een heel speciaal soort epilepsie.. die had ie alleen maar 's nachts in bed.. en toen heb ik dus via zijn huisarts uitgezocht.. nou..dat was dan geen reden om hem af te keuren.. Maar als ie die epilepsie overdag ook gehad zou hebben.. dan denk ik toch.. ja dan zit ik toch met het probleem dat ie bij bejaarden werkt.. als hij daar zo plotseling een epileptisch insult zou krijgen, dat toch een dermate onhandige situatie zou zijn, dat ik die man toch zou afraden om dat werk te gaan doen.. terwijl ie misschien op een admi-

nistratie met een aantal mensen om zich heen best zou kunnen functioneren".

Een andere arts kijkt tevens naar de manier waarop de kandidaat met zijn gezondheid c.q. klachten omgaat, in het bijzonder de mentaliteit van de kandidaat om aan de gezondheid of klachten te werken:
PP8H reagerend op de casus: "Als die familie nou bijvoorbeeld helemaal oke was en iedereen was helemaal prima top.. en die jongen zou wel aan sport doen.. en hij zou niet roken en hij zou de indruk maken.. want op basis van dit verhaaltje geeft ie dus de indruk dat ie geen barst aan zijn lijf doet eigenlijk verder.. en hij zou dat wel doen.. dan zou ik hem wel aannemen.. DAN WEL ja, maar deze jongen maakt op mij de indruk van..nou..ik weet het niet...". "Wat een leukere casus is, is dat ie zegt van ja ik heb regelmatig stijve spieren.. en.. maar ik ga daarom na een masseur toe en ik laat me goed behandelen en ik ben bezig met fitnesstraining want ik baal er gewoon een beetje van.. en zo'n vent maakt dus de indruk dat ie er mee bezig is.. dat ie er wat aan wil doen. Hij laat bv. zooltjes zien waarop die loopt, waardoor ie zegt het gaat een stuk beter de laatste tijd.. dan geeft ie al de indruk dat ie er iets aan wil doen.. dat ie de mentaliteit blijkbaar heeft om er iets aan te doen.. Maar als ik dit lees, zo'n verhaaltje.. dan denk ik ja.. daar heb ik geen moeite mee. En dat komt natuurlijk omdat mijn eigen mentaliteit anders is.. en soort zoekt soort..hoe erg het ook is in de wereld.. maar zo werkt het altijd. Zo werkt het ook met de praktijk..".

Gegeven een bepaald gezondheidsprobleem probeert men de kandidaat ook wel met bepaalde adviezen of aanpassingen aan de slag te krijgen.
PP5B: "..als iemand knieproblemen heeft, maar hij moet veel staan in de kantine en hij is ook nog erg zwaar, dan kan je het (=verhoogd risico op uitval) eigenlijk wel heel duidelijk voorspellen.. nou als knieklachten al aanwezig zijn en ook nog erg zwaar.. dat het alleen maar erger kan worden. Nou dan is het misschien niet zo moeilijk. Maar de meeste gevallen zijn niet duidelijk.. en dan doe je er alles aan om toch te kijken of er met advies of aanpassing iemand toch aan de slag kan. Nou kan dat uiteindelijk

niet, dan blijft het risico ondanks dat er aanpassingen bestaan.. ja dan moet ik negatief adviseren".

Bij de beoordeling of iemand met bepaalde aanpassingen/voorzieningen aan de slag kan, kunnen factoren zoals de positie van de kandidaat, het feit of de werkgever er mee uit de voeten kan en regelingen in het kader van de WAGW een rol spelen:
PP3B: " Maar ik ga niet naar het bedrijf om te zeggen van hebben jullie voor deze buitenmonteur lichte werkzaamheden... zou ik wel willen, gezien het werk zou ik dat wel willen als bedrijfsarts.. maar zijn positie maak ik daar heel zwak mee.. da's de truc".
PP10B: ".. je moet natuurlijk geen adviezen geven waarvan je weet dat de werkgever er niet mee uit de voeten kan.. als het aanpassingen in de werkplek is, dan is men daar ten alle tijden toe bereid. Een aparte toiletruimte maken voor gehandicapten..als ik zeg er moet een aangepast toilet komen.. nou dan gebeurt dat..". "En tegenwoordig wordt natuurlijk wel gekeken of het niet een voorziening moet zijn in het kader van het ABP want dan kunnen ze hem meetellen voor de WAGW DAT ZOU AANTREKKELIJK KUNNEN ZIJN ja, want ze moeten hun quotum.. willen ze driftig proberen te halen.. dus als wij dan maar een voorziening adviseren waardoor zo iemand mee kan tellen..dan graag".

b. het beoordelen of de kandidaat psychisch gezien in staat is de functie uit te oefenen. De volgende citaten geven aan op basis van welke informatie dit aspect wordt beoordeeld:
PP4H: ".. we hebben heel veel uniformiteit zitten in de functies.. veel administratieve, organisatorische functies.. accountant, belastingmensen.. automatiseringsmensen.. en dan gaat het vooral toch om de stressbestendigheid... HOE MEET U DIE gewoon via schriftelijk enquetering... gewoon door gerichte vragen te stellen.. WAT VOOR VRAGEN MOET IK ME DAAR BIJ VOORSTELLEN wat voor vragen.. nou dat je dus gewoon inderdaad kijkt gewoon in hoeverre mensen dus gewoon met name bijvoorbeeld psychosomatische klachten ontwikkeld hebben in het verleden.. hoe sterk.. hoe vaak ze daarvoor thuisgebleven zijn.. hoe sterk ze bestand zijn geweest.. dat je dus in de eerste plaats gewoon informeert..

gewoon naar hun eigen ervaring op dat gebied .. en daarnaast moet ik wel zeggen dat we weer voor hele hoge functies ook nog een psychologische test doen, waarbij dat dan ook nog eens een keer specifiek getest wordt.. dus dat zou je kunnen zeggen dat is een soort aanvulling die dan gepleegd wordt. Dat doe ik dus zelf niet. Dat gebeurt dus door een psycholoog.. dat zijn met name de topfuncties waarvoor dat gebeurt. En nogmaals ook aan bepaalde ziekte patronen kun je gewoon zien.. de ziekte van Pfeiffer staat heel vaak toch ook weer voor een verminderde weerstand, door met name ook door psychosociale factoren. Nou en dat zijn met name dus punten waar ik gewoon dieper op in ga.. en dat is ook een van de criteria die ik hanteer. Want met name de gezondheidstoestand van de werknemer in de psychosociale, psychosomatische richting die bekijk ik bij uitstek omdat die van belang is. PSYCHOSOCIAAL IS...BV. THUISSITUATIE? nou, thuissituatie.. hoe is het gegaan bij vorige werkgevers.. zijn ze daar vaak ziek geweest.. nou bepaalde problematieken die kunnen spelen.. met name als die zich ook uiten in ziekteverzuim of in bepaalde ziektes met een duidelijk psychosomatisch karakter, bv. maagklachten en andersoortige klachten..darmklachten.. dat probeer je gewoon zoveel mogelijk te achterhalen En ook zijn mensen opgenomen, zijn ze onder behandeling van een psycholoog, psychiater, wat is in het verleden gebeurd.."
(korte onderbreking telefoon).. U HAD HET OVER VERSCHILLENDE OORZAKEN VOOR OVERSPANNENHEID ja, dat probeer je zo goed mogelijk te achterhalen. Ik denk haast dat dat.. misschien een heel belangrijk criterium is m.b.t. het beoordelen van je aanstellingskeuring. Er achter zien te komen waardoor mensen bepaalde, zeg maar psychosomatische klachten ontwikkelen.. de wijze waarop ze overspannen raken en dus inderdaad precies die factoren op de sporen waardoor dat tot stand gekomen is, om te kijken in hoeverre men meer kans heeft om in herhaling te vallen.. wat heeft men er aan gedaan, hoe is men eruit gekomen, en.. dat is eigenlijk een heel belangrijk punt van beoordeling door mij, dat probeer is altijd zo goed mogelijk uit te pluizen.. Omdat het van belang blijkt, ook als men eenmaal in dienst is.."

PP10B: "ik tracht voor mezelf daar (=een stukje psyche) zeker een oordeel over te vormen. Als ik kijk dat 80% van de mensen die ik afkeur.. die

keuringen doen wij ook zelf..dat daar een psychische of psychiatrische diagnose als hoofddiagnose staat.. dan weet ik dat 80% van de afkeuringen de hoofdoorzaak op het psychische vlak ligt..dan denk ik dat ..dan probeer ik dat ook in te schatten bij de aanstelling. OP BASIS VAN WAT VOOR GEGEVENS.. anamnese, dat zegt natuurlijk al een heleboel..of iemand wel of niet onder behandeling is of een geschiedenis heeft. Eigen indruk eventueel aangevuld met nader specialistisch onderzoek.. ALS U HET VERMOEDEN HEEFT DAT ER IETS IS OP HET PSYCHISCHE VLAK, WAT GEBEURT ER DAN als ik het vermoeden heb dan vraag ik of mijn vermoeden gerechtvaardigd is..ik ben daar altijd heel eerlijk en heel open is. Als iemand zit te trillen voor mijn buro van de zenuwen dan zeg ik van het valt mij op dat u als een espenblad zit te trillen..heb je dat altijd of komt dat speciaal vanwege... Dus je probeert dat bespreekbaar te maken.. en te kijken of je er dan wat meer concreets over kunt zeggen. Ik ga niet stiekum denken nou ik vind hem wel nerveus.. en ik geef dan later ongeschikt want nerveus.. dus zo gaat het niet. Maar ik probeer het dus wel mee te wegen. EN EVENTUEEL OOK NOG AANVULLENDE INFORMATIE TE KRIJGEN VIA HUISARTS OF SPECIALIST.. als iemand aangeeft bij de huisarts uitvoerig bekend te zijn of onder behandeling te zijn van een psycholoog of RIAGG of psychiater dan vul ik dat altijd aan met gegevens uit die sector. Dan vraag ik een briefje van de huisarts wat er aan de hand is of een briefje van psychiater wat er aan de hand is. Overigens uiteraard met goedvinden van..net zoals het dan hoort. Maar dat doe ik dus altijd..zeker als de behandeling nog lopende is. Als een behandeling reeds lang afgesloten is dan niet meer. Dan neem ik dus het eigen verhaal van betrokkene. Nou een lopende behandeling..ik vind informatie waar ik heel weinig moeite voor hoef te doen om te krijgen..dat kost weinig moeite.. en je wordt vaak een heleboel wijzer ".

Ook de wijze waarop de keurling zich presenteert in het gesprek met de arts kan een rol spelen bij de beoordeling van de psychische belastbaarheid/spankracht.

PP2H: " Wat zeg maar het makkelijkste gedeelte is, is dat je hier in het gesprek dat je met je onderzoek doet, waarbij het gesprek ook een onderdeel

van het onderzoek in feite al is, kan beoordelen, aftasten... hoe de psychische spankracht zich uit. Je kan.. aan de hand van de presentatie van iemand al een behoorlijke indruk krijgen. Je kan.. met een behoorlijke mate van zekerheid vaststellen of iemand een psychiatrische aandoening heeft. Dat is het makkelijke gedeelte, Veel moeilijker is .. om te zien hoe iemand reageert op situaties... specifieke situaties, met name als daar een stresserend moment vanuit gaat. Dat is natuurlijk niet.. ik zeg natuurlijk niet te constateren op het moment dat je zo'n gesprek voert.. daarom is informatie van vroegere ervaringen belangrijk".

c. het ziekteverzuimrisico en het risico op uitval/arbeidsongeschiktheid. De onderstaande citaten geven aan op welke wijze men deze risico's tracht te beoordelen:
PP5B: " het probleem is dat je een scheiding moet maken tussen, is er een medisch probleem wat in het en door het werk verergeren zal.. bv. knieklachten en veel staan en lopen, of is er alleen maar spraken van een hoog risico van uitval op korte termijn GEBASEERD OP WAT gebaseerd op een bestaande ziekte, aandoening.. nou ik noemde een heel duidelijk voorbeeld, iemand staat op een wachtlijst voor een operatie, .. als dat een galblaas operatie is, dat je zegt van nou ja, dan zal die op korte termijn wel uitvallen, maar in het algemeen is het risico van een galblaasoperatie niet zodanig dat het tot blijvende invaliditeit leidt. Dus dan overleggen we nog wel eens bij twijfel van nou wat moeten we nou doen, nu geschikt verklaren.. of zeggen van ja, het is toch wel vervelend voor die afdeling als dat.. morgen in dienst treden, over twee weken opereren en dan 3 maanden niet aanwezig.. en ze zitten bv. omhoog. Kijk dan kan overleg met de personeelsfunctionaris.. van nou is eigenlijk wel geschikt voor de functie, maar laten we nog het resultaat van de operatie afwachten en dan in dienst treden.

Op de vraag wat maakt dat iemand een verhoogd risico heeft om langdurig arbeidsongeschikt te worden antwoordt PP7H: " nou, daar is de anamnese ook erg belangrijk voor.. wat iemand vertelt over de consumptie.. hoe vaak ie naar de dokter gaat, wat er allemaal gevonden wordt.. dat geeft mij al een heel belangrijke indruk wel.. En dan lichamelijk onder-

zoek.. en dat is gewoon voor een gezinshulp.. ja, moet je dat ook weer niet overdrijven.. ik denk dat je daar meer ..ja, een soort algemeen gezondheidsonderzoek doet.. en de hele byzondere dingen eruit haalt.. een kwaadaardige bloeddruk..een kwaadaardig verhoogde bloeddruk.. maar dat is natuurlijk ook maar een enkeling.. ".

Naast vroeger verzuim is volgens PP9B ook iemands motivatie van belang voor het toekomstig verzuim: ".. WELKE ANDERE FACTOREN ZOUDEN NOG HET VERZUIM KUNNEN VOORSPELLEN .. je vormt je natuurlijk een indruk van iemands motivatie.. de graagte waarmee iemand werkelijk de functie wil.. en ik heb wel eens het gevoel dat ik dat redelijk kan. Ik vind echt dat sommige mensen.. ik ben over sommige mensen verbaasd dat ze uberhaupt zo'n keuring passeren.. en .. of je ter keuring worden aangeboden. Laat ik het zo zeggen, dat die op personeelszaken het sollicitatiegesprek zijn gepasseerd. OMDAT U TWIJFELT AAN DIE MOTIVATIE.... om die motivatie ja.."
Op de vraag of daar gericht naar wordt gevraagd, antwoordt deze arts: "nee, nee ... je krijgt een indruk.. ik bedoel.. ik denk dat is ook weer het fingerspitzengefühl. Mensen die hebben dan inmiddels die baan..en.. die hopen dan als ze eenmaal binnen zijn.. dan gaat het 2 maanden goed.. dan is de proeftijd voorbij en dan loopt het goed.. Dat is redelijk te voorspellen. En op grond waarvan.. ja.. dat is de presentatie van mensen..de wijze waarop ze op je vragen ingaan.. het hangt ook wel een beetje met hun leefwijze samen.. ja.. de wijze waarop ze zich presenteren ook.. het uiterlijk.. daar kun je eigenlijk iets van zeggen.. ook.... de vraag dus welke schoolopleiding je hebt gehad.. welke werkgever je hebt gehad.. dan kun je ook een indruk vormen van iemands motivatie.. Ja hoor, ik denk dat dat soort dingen meer zegt dan ziektegeschiedenis.. VALT DAT NOG BINNEN DE MEDISCHE GRENZEN ik vind van wel eigenlijk ja.. ik denk dat je het erbij moet betrekken ".

Als voorspellers van verzuim noemt PP10B: " het verzuim in het verleden, de arbeidsanamnese,...daar kun je.. dat zegt naar mijn idee wel wat.. Maar ook de aandoeningen die iemand heeft.. OP BASIS VAN WAT IN DE LITERATUUR DAAROVER BEKEND IS OF ERVARING

VAN U ZELF... mijn eigen ervaring ook mede. En dan met name .. verhoogde psychische labiliteit.. als we het weer hebben over het psychische vlak.. nou dan .. je vraagt dan gericht naar hoe het bij een vorige werkgever is gegaan.. en bent u daar veel en vaak ziek geweest.. en mensen geven eerlijke antwoorden..en zeggen ja ik ben altijd van de 12 maanden toch wel 4 ziek geweest.. dan zeg ik nou zoiets past niet op die afdeling.. de belasting van die andere mensen".

d. risico's voor derden. Hierbij kan het gaan om onder andere risico's voor toekomstige collega's en de omgeving. Enkele citaten ter verduidelijking:
PP5B: "..bovendien is het ook zo denk ik dat je als bedrijfsarts niet alleen kijkt naar degene die binnenkomt maar ook naar degenen met wie hij gaat werken.. en als dat een team is bv. in een kantine wat al problemen heeft of veel ziek.. en bij uitval zullen anderen toch wat meer moeten doen.. je kan niet altijd volledig vervangen met uitzendkrachten.. daar ga je niet iemand ook nog bijplaatsen met een verhoogd risico op uitval.. dus je zult het belang van die mensen die een collega krijgen natuurlijk.. dat daar goed naar gekeken wordt.

PP3B: " Kijk naarmate je duidelijke moeilijker functies krijgt zoals.. waar veel belasting bij komt kijken..of een uitgesproken risico.. dan moet je ook strenger worden.. Mensen met veel verantwoording..bv. piloten of chauffeurs van giftige stoffen en werkers van een bedrijf dat met autogas rijdt, dat is 26 ton LPG.. ik wil gewoon dat die mensen achter het stuur geen hartinfarct krijgen of een andere acute ziekte.. want behalve dat ze die auto van de weg rijden, rijden ze ook 26 ton gas kapot en dat gaat de lucht in .. en dan krijg je een kalamiteit. Dus dan ben je gewoon strenger".

Ook mogelijke problemen voor de keurend arts zelf of de dienst waarvoor men werkt zouden een rol kunnen spelen in de beoordeling van een kandidaat. Een proefpersoon formuleerde dit als volgt op de vraag waarom een kandidaat die in eerste instantie is afgekeurd nog relatief vaak door een herkeuringscommissie wordt goedgekeurd: PP10B: "een bedrijfsarts die iemand onterecht goedkeurt, die wordt geconfronteerd met zijn eigen verkeerde beslissing. Een herkeuringscommissie die herkeurt éénmaal en

ziet de betrokkene nooit meer.. dus die zit ook niet met de brokken. En dat maakt het natuurlijk ook gemakkelijker om geschikt te zeggen. Het is natuurlijk altijd veel prettiger om geschikt te zeggen dan om ongeschikt te moeten verkopen. Want ook wij verkopen niet vaak ongeschikt. Maar als je denkt van nou als ik geschikt zeg dan krijg ik daar problemen mee ..of de man zelf of ik de bedrijfsarts of de dienst waarvoor ik keur, nou dan moet je wel ooit ongeschikt zeggen, hoe vervelend ook. Nou de herkeuringscommissie staat er wat verder af".

Het referentieprofiel van de keurend arts/vertalen van bevindingen naar medische geschiktheid

Uit de onderstaande citaten komt naar voren dat verschillende referentieprofielen worden gehanteerd voor het bepalen van de medische geschiktheid, soms zelfs binnen een arts.

Voor PP3B speelt een bepaald verwachtingspatroon omtrent een kandidaat (c.q. een vooroordeel) met name aan het begin van de keuring een rol. Op de vraag of je, op het moment dat de sollicitant binnen komt al snel een oordeel kan hebben, antwoordt deze arts: "ja natuurlijk heb je een oordeel, voordat je dat eigenlijk mag hebben, dat is logisch. Ja, dat heeft ook met ervaring te maken.. en heeft ook met het soort functie te maken. Kijk bij kantoormedewerkers heb ik een minder scherp oordeel dan bij productiemedewerkers. Als ik, nogmaals die revisiebuitendienst aan boord van schepen voor ogen heb, en dan komt iemand naar binnen die absoluut niet aan dat beeld voldoet, dan heb ik natuurlijk een vooroordeel al.. ja.. dat heb ik dan daar. Maar dan blijkt zo iemand in de anamnese gewoon er perfect uit te zien.. perfect.. en dan blijkt het lichamelijk onderzoek ook enorm mee te vallen.. dan is er niks aan de hand. Maar ja, een zekere indruk bij het begin.. zeker.. ja hoor.. Ja, je ontkomt daar niet aan, aan een vooroordeel.."

Een andere arts 'spiegelt een kandidaat aan de functie'. Op de vraag wanneer iemand medisch geschikt is antwoordt PP4H: "ik zou het eigenlijk om willen .. Ja, wanneer is ie geschikt.. als er geen, ja.. geen onoverkomelijke medische bezwaren zijn.. dan is ie geschikt. Ja, heel extreem natuurlijk..als iemand doofstom is en die solliciteert naar de functie van receptionist, is ie niet geschikt gezien die handicap. Dus iemand is geschikt als .. Iemand mag best een handicap heb-

ben, maar het moet niet dusdanig zijn dat het storend gaat worden voor zijn functioneren en .. uiteindelijk voor het bedrijf ook. En ja, je dient in feite toch het belang van de betrokkene en ook van het bedrijf.. je probeert dat goed op elkaar af te stemmen en nogmaals.. het is in feite het inschatten van een handicap en ook dus in hoeverre die handicap .. invloed heeft op het functioneren en hoe sterk, he.. en ik geef toe hoe sterker ik dus zeg maar dat zou bemerken, hoe groter de kans zou worden dat je iemand eventueel ook zou afkeuren..".

Deze arts lijkt in een aantal gevallen tevens het 'de ongeschonden belastbaarheid' als referentieprofiel te hanteren. Op de vraag hoe de vertaalslag plaatsvindt van informatie naar een uitspraak over voldoende of onvoldoende geschikt antwoordt PP4H: " dat is heel moeilijk te zeggen.. het is op een gegeven moment net afhankelijk... of je je oordeel kunt vellen is afhankelijk van hoeveel heb je daarvoor nodig. Sommigen hebben aan twee dingen genoeg, anderen hebben aan één ding genoeg. Het is heel moeilijk te zeggen.. als iemand een vlekkeloze vragenlijst invult.. dat er niets aan de hand is, nooit onder behandeling geweest is.. nooit psychosociale, psychosomatische klachten ontwikkeld heeft... altijd prima gezond geweest is.. nou dan is die indruk van mij behoorlijk snel afgerond. Maar naarmate er meer afwijkende antwoorden gegeven worden, zou je globaal kunnen stellen, nou.. ga ik verder om mijn indruk af te ronden.. Maar dan is het ook heel erg afhankelijk hoe er geantwoord wordt. Als iemand een keer 1 dag ziek is geweest vanwege hoofdpijn, is een groot verschil of iemand iedere maand 3 dagen hoofdpijn heeft.. Nou, het is dus.. het is volledig geënt op de beantwoording en de manier van beantwoorden zelfs de lengte van de beantwoording en wat men schrijft.. daar beoordeel ik op. En hoevaak is het afwijkend en in welke mate is het afwijkend, hoe vaak heeft zich dit herhaald, hoeveel arbeidsongeschiktheid is daardoor ontstaan.. En wat ook heel belangrijk is, je probeert ook tussen de regels door te lezen. Dat is misschien op een gegeven moment wat je met een bepaalde ervaring doet.. dat je inderdaad een redelijk persoonlijke indruk krijgt van iemand als je dus de kunst verstaat om tussen de regels door te lezen. En dat is denk ik een kwestie van.. niet alleen kundigheid maar ook ervaring. En ook doordat je dit onderzoek, zoals je het doet, zelf opgezet hebt".
Het laatste gedeelte van dit citaat geeft tevens aan dat subjectieve, niet-grijpbare factoren ('je probeert ook tussen de regels door te lezen'), tevens een rol spelen bij het beoordelen van de geschiktheid.

Een andere arts hanteert bij het 'spiegelen van de kandidaat aan de functie' het model 'belasting-belastbaarheid'. PP10B tracht tijdens te keuring vast te stellen: " of iemand voorlopig de eerste tijd de functie die hij of zij ambiëert zal kunnen vervullen zonder gevaar voor zijn eigen gezondheid of de directe werkomgeving. Dus gericht op de functie die iemand ambiëert". Op de vraag of dat vast te stellen is door middel van het spiegelen aan de criteria, antwoordt deze arts: " het is altijd nog een beetje het model belasting-belastbaarheid dat je probeert..probeert te hanteren. En vaak kun je daar best wat verstandigs van zeggen maar heel vaak eigenlijk niet. En als er dan geen duidelijk contra-indicaties zijn dan is iemand dus geschikt. En met name het stukje psyche is natuurlijk heel moeilijk in te schatten".

Op de vraag of deze arts een 'lijstje' in zijn hoofd heeft waaraan de kandidaat moet voldoen en of dat stapsgewijs wordt doorlopen wordt geantwoord: " wat moet iemand kunnen doen die een administratieve functie wil bekleden. Die moet van en naar zijn werk kunnen komen, hij moet redelijk lang achter elkaar kunnen zitten en kunnen schrijven en eventueel kunnen tekstverwerken op een scherm.. nou zo iemand moet dus het goede gebruik hebben over zijn handen en verder mag zo iemand van mij verschrikkelijk veel mankeren en.. als hij of zij met een rolstoel binnenkomt dat zegt dat niets over de uitspraak 'is niet geschikt voor een administratieve functie'. Dus ja, je kijkt gewoon meer naar de functie. En als je dan maar het goede gebruik hebt over je armen en handen en geest, dan zijn we een heel eind. Dus ik zeg niet dat ik schematisch alles na ga.. nee ik kijk gewoon, wat vind ik aan afwijkingen en is dat verenigbaar met de geambiëerde functie. Ik analyseer denk ik voor mijzelf meer wat vind ik wat afwijkend is van de norm en past dat ja of nee. DUS NIET VAN HIJ GAAT DAT EN DAT DOEN EN MOET DUS DAT EN DAT KUNNEN in doorsnee denk ik niet dat het zo werkt.. wel weer voor bijzondere functies als brandweer, dan denk je oh ja die <u>moet</u> aan die visuseisen voldoen en hij <u>mag</u> niet dat hebben, maar het werkt handiger als je de zaak omkeert, en zegt wat vind ik nou.. nou dat, dat, dat... kan dat.. ik vind iemand die een bril draagt en die zonder bril hulpeloos is en moet brandweer gaan worden.. nee dat past volgens de leidraad niet. Dus daar kom je vanzelf achter als je je anamnese en je onderzoek doet".

Moment waarop men een oordeel heeft over medische geschiktheid

Gevraagd is wanneer, ofwel in welke fase van de keuring men een oordeel klaar heeft over de medische geschiktheid van de kandidaat. De meeste artsen uit dit onderzoek antwoorden dat een dergelijk oordeel al aan het begin van de keuring klaar is, soms op basis van een algemene indruk maar veelal na het doornemen van de anamneselijst. Enkele citaten:

PP2H: "de eerste indruk heb je binnen de eerste minuut denk ik...OP BASIS VAN... van algemene indruk denk ik....DAN HEEFT U NOG GEEN VRAGENLIJST GEZIEN OF.. nee, dan weet je eigenlijk nog niks.. dan zie je de vragenlijst en dan krijg je het gesprek.. en dan kun je dus twee methoden hanteren.. een bevestiging zoeken en je kan ontkenningen zoeken... DOET U DAT ALLEBEI.. dat doe je tegelijkertijd... wetenschappelijk is misschien de ontkenningen te zoeken, maar in de praktijk kun je wel eens een bevestiging zoeken. De eerste indruk is natuurlijk heel bepalend.. als je zeg maar iemand ziet... dan.. dan weet je dat is een gezonde vent of niet... of iemand een chronische ziekte heeft, dat zie je gelijk.. en dan kunnen er natuurlijk deelklachten zijn. Als u voor me zit weet ik niet of u last van uw enkel heeft... en dat is iets wat er gewoon tijdens het onderzoek wel uit rolt".

PP7H: " nou, ik kan bijna zeggen van nou na het anamneseformulier denk ik wel van dat 70 à 80% van mijn indruk heb ik dan wel.. dan kan er met lichamelijk onderzoek er nog wat bij komen".

PP10B: " ik denk na het doorgenomen hebben van de vragenlijst ZELF GELEZEN HEBBEND OF IN OVERLEG ik neem hem samen met de betrokkene door U LEEST HEM NIET EERST EEN KEER DOOR nee, mensen vullen hem thuis in, de werkgever stuurt de anamneselijst naar het huisadres zodat de mensen op hun gemak en niet door tijd geprest dat ding kunnen invullen. Ze nemen hem hier mee en als ze binnenkomen overhandigen ze die lijst. En dan ga ik hem samen doornemen.. de bekende lijst met ja-tjes en nee-tjes en als er ergens een ja-tje is dan praten we er samen over. En als ik dan aan het eind van de lijst ben, dan heb ik al gezien hoe iemand op de gang zat te wachten, hoe iemand mijn kamer binnen kwam lopen en ik weet wat men zelf aan klachten en of ziekten of gebrek heeft. Nou ik denk dat ik op dat moment mijn eerste oor-

deel wel heb. DAAR GAAT U MEE VERDER, PROBEERT U DAT TE VERIFIEREN nou, als dat verder niet een te ingewikkelde functie is waar echt verder onderzoek voor vereist is, dan doe ik een kort lichamelijk onderzoek..en als dat geen byzondere dingen oplevert, ja dan laat ik het erbij..dan is ie geschikt. Dus dat is eigenlijk alleen om zeker te weten dat er niet nog een toren hoge tensie is of een weet ik wat.. iets wat je niet kunt zien aan de buitenkant".

Twijfel

De eerste twee citaten hebben betrekking op de redenen van twijfel bij een aanstellingskeuring. Hierbij gaat het om het ontbreken van duidelijk objectieve criteria, informatie uit het verleden van de keurling en twijfel over 'hoe erg het met de patient is' en/of 'hoe erg het met het werk is'.
Tevens wordt in deze en de daarop volgende citaten aangegeven welke keuringsadviezen vervolgens mogelijk zijn indien er sprake is van twijfelgevallen. Als adviezen worden onder andere genoemd: tijdelijk goedkeuren en na een half jaar kijken hoe het gegaan is, eventueel onderzoek laten verrichten door een externe deskundige, de keurling het voordeel van de twijfel geven en dus goedkeuren, tenzij de functie risicovol is voor de kandidaat zelf of anderen en overleg met het pensioenfonds of deze een eventueel risico accepteert.

PP2H: "Concreet nog even naar zo'n bedrijf waar ik dan voor functioneer, daar is het zo dat je voor een grote groep mensen.. daar heb je na een eerste keuring- heb je voldoende vertrouwen.. dat iemand dat redt, dan schat je in dat er voldoende draagkracht is om een dergelijke functie uit te oefenen. Dan keur ik iemand zondermeer, zonder enig voorbehoud goed. Als er sprake is van twijfel op basis van.. niet duidelijk objective criteria die tijdens de keuring.. of op basis van informatie uit het verleden die door betrokkene zelf verstrekt wordt.. dan staan er verschillende mogelijkheden open.. Dan kan ik hem tijdelijk goedkeuren en na een half jaar nog eens een keer kijken hoe het gegaan is... dan heb je een stuk ervaring opgenbouwd. Als er meer.. psychologisch getinte factoren een rol spelen dan kun je door een psycholoog onderzoek laten verrichten in de hoop dat dat wat meer objectieve criteria geeft.. dan laat je iemand anders kijken.. en dat gebruik je als extra informatie".

PP3B: " je hebt twee soorten twijfels, op de eerste plaats hoe erg is het met de patient.. en de tweede plaats, hoe erg is het met het werk..dat speelt natuurlijk ook, je weet niet alles van het werk... je denkt dat de functie die en die belastende momenten heeft.. dat zou in de praktijk nog wel eens mee kunnen vallen.. of kunnen tegenvallen, dat kan ook.. We hebben dus ons afdelingsonderzoek, waarbij dus een globale indicatie krijgen van de gezondheid op een afdeling.. je loop daar zelf rond, je hebt je verdiept in dat werk,.. dus je zou je kunnen voorstellen.. maar je kan er naastzitten. Hetzelfde geldt met de klachten.. iemand kan wel heel vaak last van zijn rug hebben, maar toch nooit echt door zijn rug gaan.. als ze denken van oh, wat doet mijn rug pijn, nou.. zou het wel goed zijn met die rug en dan rugbelastend werk.. kan ik er toch naast zitten.. Er zijn mensen die heel erg klagen over hun rug maar er rustig toch mee werken.. dus..dat zijn twijfelgevallen. En in de meeste gevallen krijgen ze dan het voordeel van de twijfel, tenzij er weer dat verhoogde risico voor hemzelf of anderen is.. echt lijfelijk acuut risico.."

PP4H: " maar ik ga net zo lang door tot ik .. tot mijn indruk, zoals je dat zelf vroeg he.. afgerond is.. dat ik weet van nou nu durf ik een oordeel te geven.....mét een bepaald risico, in principe altijd met een risico, maar so what?... that's life EN BIJ TWIJFEL..... nou bij twijfel ga ik door, dan probeer ik in ieder geval te denken...ik denk als ik twijfel..dan is het eigenlijk zo dat de keurling het voordeel van de twijfel krijgt.. dat vind ik.. want daar vind ik het te belangrijk voor. En bovendien heb ik een zeer grote hekel aan afkeuren..dat probeer ik ten alle tijde te vermijden.. ik vind hoe dan ook.. mag je eigenlijk haast geen afkeuring geven. "

PP5B op de vraag wat er gebeurt bij twijfelgevallen: " overleg zonodig met het pensioenfonds.. als er twijfel zit in de zin van risico van blijvende uitval binnen een half jaar. . of wanneer iemand bv. ...handicaps heeft.. en je twijfelt of dat door het ABP niet geaccepteerd zal worden.. op een later tijdstip.. dan overleg je dat met het ABP.. dus met de verzekeringsarts van het district"

Twijfel kan ook bestaan over het verzwijgen van dingen door de kandidaat als de arts hem/haar vragen stelt naar aanleiding van de vragenlijst: PP8H: "..Dus je moet uitpluizen door die vragenlijsten.. heeft u daar en daar last van gehad of..

zus-en-me-zo.. en als ie dat en dat.. helemaal uitvragen. Ten eerste is het zo dat als ze liegen .. kom je er nooit achter.. want wie bewijst dat nou. Kijk als je twijfelt.. maar dat is een subjectief gevoel ..dan kun je vragen gaan stellen bij de huisarts of bij hem zelf eventueel. Maar in het algemeen gebeurt dat niet, want je gaat enorm uit van een vertrouwensrelatie namelijk. Dat is het probleem dus ook waarmee je dus als huisarts geconfronteerd wordt als je de keuring doet..want je hebt continu in je normale werk een vertrouwensrelatie met je patienten. Alleen hier komt een vreemde eend uit de bijt..die moet opeens gekeurd worden.. En er bestaat helemaal geen vertrouwensrelatie.. dus de patient.. de arts die ziet op diezelfde stoel, alleen de patient is totaal anders. Dat is.. volgens mij is dat dus niet goed.. dat werkt ..dat is dus ook verwarrend namelijk. Dus als de patient liegt, kan je het vergeten, enzovoort. Dus dan moet je het uit je lichamelijk onderzoek halen. Nou je weet zelf.. lichamelijk onderzoeken zijn zeer oppervlakkig..je kan er een bloeddruk meten, je kan in de oren kijken, je kan hem laten zien.. je hebt een aantal objectiveerbare dingen, maar ik geloof dat je 80% niet kan objectiveren. Nou en dan ga je, dan ga je op het hellend vlak, want dan ga je zeggen nou .. ik vond het best een aardig vent.. dat is nl. je eigen gevoel wat je daarin zet. Of ik vond het best een reële kerel.. dat is je eigen gevoel.. dat is heel gevaarlijk".

Later in het interview wordt aan deze arts gevraagd wat er gebeurt bij twijfelgevallen. PP8H: "nou dan laat ik dus iemand anders.. of ik denk er zelf wat over na nog.. of ik laat iemand anders kijken.. Bv. ik heb wel eens een keer meegemaakt dat ik een jongen keurde en toen dacht ik dat zit gewoon niet pluis.. maar ik weet niet zo goed wat.. Toen zei ik tegen hem.. van nou ik denk dat ik het toch maar niet doe want ik huppelepup.. dus dan duik ik voor de keuring zelf weg.. en dan schuif ik het door naar een collega van mij.. Ik wist dat hij met andere ogen zou kijken..en dat heeft ie ook gedaan..".
Op de vraag of deze arts bij twijfel de keurling het voordeel van de twijfel geeft, wordt geantwoord: " ik doe het liever niet.. ik doe het liever niet.. want daar krijg je alleen maar gelazer mee.. omdat ik gewoon van mening ben dat je uiteindelijk als maatschappij daarmee gedonder krijg. Dus het kan mij niet schelen.. of de patient kan het niet schelen.. maar in principe is het principieel fout.. omdat je als maatschappij zo enorm de rekening gepresenteerd krijgt op een

gegeven moment.. in ieder geval hogere ziektekosten en noem het allemaal maar.. dus in principe doe ik het niet".

PP10 op de vraag of bij twijfelgevallen de keurling het voordeel van de twijfel krijgt: "als we gerede twijfel hebben dan proberen we eerst of we die twijfel kunnen oplossen.. door middel van het, nogmaals overleg plegen met de behandelende sector, de huisarts of specialisten of desnoods het aanvragen van eigen specialistisch onderzoek.. Je kunt proberen als je twijfelt en je zit met een vraag..dan proberen we daar een antwoord op te krijgen...bv. 'kan iemand met deze rug die en die belasting aan', nou dan kunnen gewoon nog eens vragen aan een collega of die nog eens zijn licht erover wil laten schijnen..dat gebeurt wel. En als je dan nog twijfel hebt..nou dan hak je de knoop door. Als het echt alleen maar twijfel is dan denk ik dat het voordeel van de twijfel voor de betrokkene is. VOOR ALLE FUNCTIES OF ZIJN ER FUNCTIES DENKBAAR WAARVOOR U ZEGT.. DAN LOOP IK LIEVER GEEN RISICO nou als ik een glazenwasser zou moeten keuren en ik twijfel, dan denk ik dat ik minder snel het voordeel van de twijfel geef in verband met 's mans eigen veiligheid dan bij een typiste op een typkamer..ik denk dat ik dan wat gemakkelijker geneigd ben om, als ik de twijfel niet verder op kan lossen, om dan te zeggen..nou, dan maar het voordeel van de twijfel voor betrokkene".

Enkele overwegingen bij de casus

Tot slot enkele citaten die een indruk geven van de afwegingen die een arts maakt bij de casus (bijlage 2a):

PP3B: " nou als je dat zo leest.. dan is die man eigenlijk niet zo geschikt voor zijn werk.. he.. dat komt er duidelijk uit. WAAR ZIT HEM DAT IN wat je.. nou.. kijk.. er staat in de aanhef al hij is monteur .. en dat betekent een behoorlijke belasting voor het bewegingsapparaat en hij heeft op alle punten van het bewegingsapparaat problemen... signalen.. je kent die mensen wel.. 183 68 kg. die zijn altijd erg smal en tenger, ..nou .. hij heeft platvoeten, hij is al een keer door de enkelbanden gegaan in dienst.. hij heeft regelmatig bij staan.. en het is een staand vak.. heeft hij klachten.. hoofdpijn komt er ook nog bij.. dat zal ook je je verdere conditie niet goed doen.. en dan nog die vermoeide voeten.. de man doet ook niet aan sport .. dat betekent ook allemaal dat als je het blaadje zo ziet..

dat het een wat slappe man is .. gewoon een lichamelijk wat slappe man.. geen sport, zwak gebouwd, en klachten .. . ja die moet je eigenlijk niet hebben als monteur... ALS U DEZE MAN VOOR U ZOU HEBBEN, WAT ZOU U DAN DOEN.. ik zou hem wel vragen waarom hij in plaats van chauffeur, wat lichamelijk lichter kan zijn.. als hij maar niet te veel moet laden en lossen.. waarom hij daarvoor ineens monteur zou zijn geworden,... waarom is dat geweest.. chauffeurs kunnen ook rugklachten krijgen.. ja dit is een duidelijk twijfelgeval.. TOCH EEN TWIJFELGEVAL.. OMDAT U AANVANKELIJK ZEGT VAN NOU DEZE MAN IS EIGENLIJK NIET GESCHIKT... nee, maar wij keuren heel weinig af... als je gewoon strikt de regels zou volgen dan moet je hem afkeuren.. je zegt van nou we willen in de fabriek alleen monteurs die 100% fit zijn en als je niet fit binnenkomt,.. het is een verkeerde bouw dan kun je wachten op problemen., ja.. dus volgens mijn eigen definitie moet ik hem afkeuren.. Maar dan kom je op de praktijk.. dat je zegt iemand afkeuren.. laat ik zijn motivatie nog eens horen... waarom wil jij monteur worden.. als dan blijkt dat hij al vanaf zijn 12-de aan het sleutelen is met allerlei dingen en daar op zich handig in is.. en bij wijze van spreken vanaf het bed nog wel wil sleutelen... Misschien moet je dan ook nog kijken naar het werk in de grootmetaal..of daar bepaalde lichte facetten in zijn.. of hij dat niet kan doen.. elke fabriek.. grootmetaal is een grote fabriek meestal.. hebben toch ook montage-units waar het wat lichter is.. waar het meer op handigheid aankomt dan op kracht.. Misschien is hij verder geestelijk wel zo goed bij de pinken dat het een man met gouden handjes is.. dat moet je natuurlijk ook afwegen.. dat kan ik nu niet beoordelen... dus dat.. op die gronden zou ik nog zeggen ik kan hem misschien niet afkeuren... maar het is een papieren patient en zonder verder zijn motivatie erbij te hebben en hem niet te zien ook.. en niet te horen hoe enthousiast hij is over zijn werk ..en de metaal niet te kennen waar die in gaat werken.. zou ik zeggen afkeuren.. ken ik de metaal wel.. dan zou ik opschrijven goedgekeurd.. gaarne plaatsen in die en die afdeling... zo zou ik het dan doen..".

Op de vraag of de arts na het lezen van de casus al een oordeel kan geven, antwoordt PP4H: " ja, ik moet zeggen dat ik de indruk heb.. mijn eerste indruk bv.. denk ik dat het iemand zal zijn waarvan je kunt verwachten dat ie een behoorlijk ziekteverzuim zou kunnen gaan ontwikkelen.. ja... OP BASIS VAN WELKE GEGEVENS ja, met name op grond.. niet alleen van stijve rugspieren en

armspieren maar vooral vanwege het regelmatige karakter.. hetzelfde geldt ook voor de hoofdpijn, frequent hoofdpijn.. moeie voeten bij lang staan, nou eh.. zeker ook gezien de aard van het beroep.. van chauffeur, monteur, nou dat geeft natuurlijk toch problemen.. en het 1,5 pakje sjag per week, nou dat bevordert de conditie ook niet.. wat de conditie zeker niet.. doet ie ook niet aan sport.. nou een beetje besmette familieanamnese m.b.t. steniciteit, vader ziekelijk, moeder ziek he.. nou ik zeggen van.. nou.. ik ga eigenlijk al vaak niet eens verder tot dit punt.. en dan krijg ik nog wat aanvullende informatie.. en zelfs zonder lichamelijk onderzoek.. maar dan vind ik zelfs het lichamelijk onderzoek weinig relevant.. de anamnese is voor mij doorslaggevend.. want. de discrepantie tussen bv. .. geen rugafwijkingen en klachten of wel rugafwijkingen en wel klachten.. dat zijn twee uitersten die kunnen voorkomen.. dus vandaar dat ik .. voornamelijk uberhaupt vaar op de anamnese.. maar in dit geval zeker.. het zegt me niks dat de rug geen enkele afwijking vertoont.. in ieder geval zijn er subjectief ervaren klachten en dusdanig .. waarvan ik bijna zeker durf zeggen.. dit zal zeker een verhoogd ziekteverzuim tot gevolg hebben.. dat je je zelfs moet afvragen of die betrokken man wel geschikt is.. voor de functie.. U ZOU DEZE GEGEVENS OOK MET DIE VRAGENLIJST VAN U BOVEN TAFEL HEBBEN GEKREGEN? absoluut, jaa...oh ja.. ja ja....
WAT ZOU U DAN GEDAAN HEBBEN? tenminste op laten bellen, ten minste zelfs.. ja tenminste.. en waarschijnlijk ook, kijk eens, omdat dit natuurlijk ook een handarbeider is, dus daar heb ik amper mee te maken.. een kantinejuffrouw, een typiste.. maar daar houdt het net mee op.. de rest zijn allemaal... ja, de meeste zijn afgestudeerden, economen, mensen die verder gestudeerd hebben.. dus, vandaar dat je natuurlijk .. met handenarbeid heb je meer te maken vind ik met lichamelijk onderzoek.. dan met hoofdarbeiders.. ja.. en ik denk in dit geval zou ik bv het onderzoek ook uitbreiden met lichamelijk onderzoek.. sowieso bij hoofdarbeiders, maar zeer zeker bij deze man.. dus bv waar ik relatief vaker een lichamelijk onderzoek doe is bij iemand die bv. in de kantine moet werken of moet schoonmaken.. Dat is tegenwoordig ook vaak weer uitbesteed aan andere bedrijven, maar daar moet je natuurlijk specifiek op de rug letten, nou dat kan ik ook niet telefonisch alleen .. en dan zul je eerder afhankelijk zijn van lichamelijk onderzoek MAAR U ZOU HEM IN EERSTE INSTANTIE LATEN BELLEN tenminste .. ja, als ik mijn systeem handhaaf, maar dit soort mensen kom ik dus niet tegen... dus in die zin is het een vreemde

casus... maar dan zou ik deze man tenminste laten bellen,.. maar ik weet ook al bijna zeker dat ik het zou laten keuren.. ja.. lichamelijk ook.. WAT ZOU U HEM VRAGEN IN DAT EERSTE GESPREK oh, dan zou ik de anamnese gewoon en de voorgeschiedenis volledig uitdiepen.. gewoon het hemd van zijn lijf.. OP AL DIE PUNTEN op al die punten, absoluut.. en dan wil ik hem ook nog wel een keertje zien.. eventjes.. als er hele globale afwijkingen zijn.. of er in het verloop ooit eens dingen gevonden zijn.. nog eens even nader informeren.. maar vooral om te kijken hoe hij zijn gezondheid beleeft en beleefd heeft. Daar draait het dan voor mij om.. DAT ZOU UITEINDELIJK OOK NOG KUNNEN RESULTEREN IN EEN GOEDKEURING ..... ik..zou me kunnen voorstellen dat ik deze man een voorwaardelijke goedkeuring geef voor een jaar.. dat ik misschien deze man nog niet eens helemaal goed zou durven keuren.. WAAR ZOU HIJ BV. AAN MOETEN VOLDOEN nou, omdat ik verwacht dat deze man een enorm arbeidsongeschiktheidsrisico waarschijnlijk zal opleveren.. en dat ik me afvraag of ie uberhaupt geschikt is voor .. rug-spierbelastend werk.. daar heb ik gewoon mijn twijfels over.. MAAR WAT ZOU BV. IN ZIJN VOORDEEL KUNNEN SPREKEN ja.. eerlijk gezegd in zijn voordeel zou kunnen spreken dat er lichamelijk feitelijk niet zoveel gevonden is en dat die man nog niet te zwaar is.. dat zou in zijn voordeel kunnen spreken. In zijn nadeel spreekt de rest. IK PROBEER ALLEEN MAAR TE ACHTERHALEN WAAROM U OP EEN GEGEVEN MOMENT IEMAND VOORWAARDELIJK GOEDKEURT nou, gewoon op grond van het feit dat een man anamnestisch dusdanig sterke punten aangeeft.. van een regelmátig terugkerende zaken.. waarvan we weten dat de subjectieve component bijzonder sterk is.. nou, dat zijn dus .. heb je hier te maken met persoonsgebonden zaken, ..nou die veranderen niet zo veel.. dus dat zal ook waarschijnlijk als ie dan goedgekeurd wordt, of voorwaardelijk goedgekeurd wordt, doorspelen als ie eenmaal in die functie zit.. Nou , omdat dat gewoon weinig verandert en je ook niet kunt verwachten dat veel zal veranderen.. omdat je meer te maken hebt met de man zijn karakter en persoonsgebonden factoren en niet met iets tijdelijks van een griepje of een verkoudheid of even een klein hoofdpijntje, want dat staat ook niet in de anamnese.. er staat iets wat periodiek optreedt, regelmatig terugkomt .. vermoeide voeten zal wel steeds zijn.. bovendien.. ik ken deze mensen ook als huisarts.. redelijk voorspelbaar.. je hebt ook mensen die constant terugkomen en dan niet

kunnen.. die beginnen ook zo.. het is dus ook een ervaring die ik heb als huisarts, omdat ik die mensen gewoon ook zie vanuit de curatieve sector. "

PP7H: " nou, er staan toch een paar dingen in waarvan ik zeg daar zou ik meer van willen weten.. Ik zou die verzuimanamnese toch proberen te achterhalen.. door bv. de huisarts op te bellen, kijken of daar iets van bekend was.. en van hem (arts of kandidaat?) ook een beetje een indruk krijgen over zijn belastbaarheid, zowel lichamelijk als geestelijk.. en ook weten of wat voor rheuma die moeder nou precies gehad heeft.. ik denk dat dat niet zo belangrijk zal zijn..ja.. en als ik ook merk.. ja het is nu een beetje moeilijk wat wordt verstaan onder grootmetaal... ik neem aan dat ie dan toch ook wel eens toch relatief zwaar werk heeft.. Nou ik zou het met hem overleggen.. ik zou zeggen, goh, heeft u niet het idee dat u niet te hoog grijpt, niet te zwaar voor u is.. ik zou ook nog eens met zijn toekomstig werkgever overleggen, hoe de belastbaarheid van het werk is... en samen met de indruk van de huisarts, de werkgever en dan nog eens met die man praten, zeggen van ja.. verwacht u nou dat u het aankunt... laten we misschien een proefperiode ... Aan de andere kant moet je dat ook natuurlijk een zekere beperking geven.. je kan niet zeggen van we gaan het eerst 2 jaar proberen en dan zien we wel verder.. dus die proefperiode is ook maar een betrekkelijkheid..maar ja, je kan dan toch.. ik denk dat het meer is van om de persoon te laten merken dat ie het eigenlijk niet aankan dan dat ik nou zo wijs wordt of ie het wel aan kan bij wijze van spreken.. als ie natuurlijk erg zijn best doet dan kan ie zich best er door heen werken die drie maanden.. maar het is de vraag of ie het op de lange duur volhoudt.. OP BASIS VAN WELKE GEGEVENS DENKT U DAT HIJ HET MISSCHIEN NIET ZOU AANKUNNNEN?
nou... dat vermoeid zijn bij lang staan.. en een indruk.. een.. ja, niets doen aan sport.. stijve indruk maken.. een tengere indruk maken.. dat zijn eigenlijk wel de belangrijkste gegevens. De rug levert geen afwijkingen op.. last van platvoeten hebben, nou ja dat is nou niet zo belangrijk.. daar kunnen best die vermoeide voeten vandaan komen.. Maar meer ja.. dat je het gevoel hebt dat ie qua spierstelsel niet maximaal toegerust is. STEL HIJ ZOU ER TOCH HEEL GEMOTIVEERD VOOR ZIJN nou dan zou ik zo'n proefperiode afwachten MAAR ALS HET BEDRIJF ZEGT DAT IS NIET MOGELIJK, ZE FORCEREN EEN UITSPRAAK ja, ik begrijp het.. nou dan hangt er van af.. als die huisarts positief is..dat vind ik erg belangrijk.. als ie zegt, nee hoor het is een door-

douwer en.. hij heeft er alles opgezet..en nou ja zijn opleiding ervoor, dus hij weet waar die toch naar toe wil.. nou dan zou ik hem toch het voordeel van de twijfel geven.. Ik heb geen spijkerharde argumenten om hem tegen te houden"

Bijlage 5 Beoordelingsschema, bijgesteld naar aanleiding van commentaar in tweede interviewronde

rangorde		waardering: uiterst ongunstig						uiterst gunstig
	verwachting dat de kandidaat op dit moment lichamelijk gezien in staat is de functie uit te oefenen	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
	verwachting dat de kandidaat op dit moment psychisch gezien in staat is de functie uit te oefenen	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
	verwachting dat advies (aanpassing/voorziening) opgevolgd wordt door kandidaat indien dat advies voor het uitoefenen van de functie gewenst of zelfs noodzakelijk is	-3	-2	-1	0	+	1+2	+3
	verwachting dat advies (aanpassing/voorziening) opgevolgd wordt door het bedrijf indien dat advies voor het uitoefenen van de functie gewenst of zelfs noodzakelijk is	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
*	verwachting over het ziekteverzuim binnen het eerste half jaar	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
*	verwachting over het ziekteverzuim na het eerste half jaar	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
	mogelijke gevolgen voor de gezondheid van de kandidaat als gevolg van het uitoefenen van de functie	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
	mogelijke gevolgen voor het bedrijf indien de kandidaat wordt aangesteld	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
	mogelijke gevolgen voor derden indien de kandidaat wordt aangesteld	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
	mogelijke gevolgen voor het pensioenfonds indien de kandidaat wordt aangesteld	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
	indruk over de persoon van de kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
	anders, namelijk....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

1 goedgekeurd
2 tijdelijk goedgekeurd
3 goedgekeurd met beperkingen
4 afgekeurd
5 anders:.....

* Overwogen wordt de ziekteverzuimverwachting niet in het schema op te nemen omdat dit aspect naar verwachting tot uitdrukking komt in gevolgen voor bedrijf,collega's, derden etc. (Verder onderzoek hiernaar is nodig).

verwachting dat de kandidaat op dit moment lichamelijk gezien in staat is de functie uit te oefenen

rangorde							
bevindingen anamnese	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
bevindingen lichamelijk onderzoek	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
bevindingen biometrie/laboratoriumonderzoek	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
subjectieve gezondheidsbeleving kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
bevindingen behandelende sector	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
persoonlijke indruk	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
mate waarin kandidaat in verleden soortgelijke functie lichamelijk aankon	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
verwachting dat aanwezige risicofactoren veranderbaar zijn	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
verwachting dat kandidaat gemotiveerd is iets aan zij/haar gezondheidstoestand te doen	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
anders, namelijk....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

verwachting dat de kandidaat op dit moment psychisch gezien in staat is de functie uit te oefenen

rangorde							
bevindingen anamnese: (overspannenheidsperiode(s) in verleden door werk en/of priveomstandigheden psychosomatische klachten in verleden en mate van verzuim om deze reden)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
verwachting dat psychische klachten uit het verleden zich zullen herhalen (wat heeft men er aan gedaan, hoe is men eruit gekomen)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
wijze waarop kandidaat kan praten over psychiatrisch verleden	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
mate waarin kandidaat in verleden soortgelijke functie(s) psychisch aankon	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
hoeveelheid stress in privesituatie van de kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
persoonlijke indruk	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
bevindingen behandelende sector	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
verwachting dat de kandidaat past in de werkplek/team (collegialiteit, sfeer, werkdruk, spanningen)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
anders, namelijk....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

Nog verder uit te werken in (eventueel) vervolg-onderzoek:

verwachting dat advies (aanpassing/voorziening) opgevolgd wordt door kandidaat indien dat advies voor het uitoefenen van de functie gewenst of zelfs noodzakelijk is

gezondheidsbeleving kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
motivatie van de kandidaat voor de functie	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
anders, namelijk....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

verwachting dat advies (aanpassing/voorziening) opgevolgd wordt door het bedrijf indien dat advies voor het uitoefenen van de functie gewenst of zelfs noodzakelijk is

bevorderende factoren:

WAGW

belemmerende factoren:

kosten

mate waarin advies/aanpassing/voor-
ziening als storend wordt ervaren door
het bedrijf

positie van de kandidaat t.o.v. collega's
indien advies/aanpassing/voorziening
wordt opgevolgd

verwachting over het ziekteverzuim binnen het eerste half jaar (zie ook opmerking bij * op pagina 1 van deze bijlage)

rangorde							
bevindingen anamnese: (bestaande klachten, aandoeningen, duur en periodieke karakter ervan)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
bevindingen verzuimanamnese: (eerder opgetreden ziekteverzuim en oorzaak van eerder verzuim) (persoonsgebonden/moeilijke veranderbare zaken oorzaken die in nieuwe functie niet meer optreden)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
verwachting van kandidaat zelf dat hij/zij kan werken met aanwezige klacht/aandoening/ziekte	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
gezondheidsbeleving kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
motivatie van de kandidaat voor de functie	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
conditie van de kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
reeds geplande operatie: (kan kandidaat op dit moment wel/niet werken) (verwachte duur van de arbeidongeschiktheid als gevolg van operatie)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
bevindingen behandelende sector	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
persoonlijke indruk	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
anders, namelijk....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

verwachting over het ziekteverzuim verzuim na het eerste half jaar

rangorde							
bevindingen anamnese: (bestaande klachten, aandoeningen, duur en periodieke karakter ervan)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
bevindingen verzuimanamnese: (eerder opgetreden ziekteverzuim en oorzaak van eerder verzuim) (persoonsgebonden/moeilijke veranderbare zaken oorzaken die in nieuwe functie niet meer optreden)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
verwachting van kandidaat zelf dat hij/zij kan werken met aanwezige klacht/aandoening/ziekte	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
gezondheidsbeleving kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
motivatie van de kandidaat voor de functie	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
conditie van de kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
reeds geplande operatie: (verwachte duur van de arbeidongeschiktheid als gevolg van operatie)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
bevindingen behandelende sector	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
persoonlijke indruk	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

mogelijke gevolgen voor de gezondheid van de kandidaat als gevolg van het uitoefenen van de functie

rangorde							
mogelijke gevolgen voor de gezondheid van de kandidaat door uitoefenen van de functie	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
verwachting dat aanwezig medisch probleem in en door het werk zal verergeren en uiteindelijk zal leiden tot uitval	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
anders, namelijk....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

mogelijke gevolgen voor het bedrijf indien de kandidaat wordt aangesteld

rangorde							
verwachting dat de kandidaat binnen een half jaar blijvend uitvalt (ivm risicowering pensioenfonds)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
verwachting dat kandidaat binnen korte of langere tijd de baan niet aankan: (verstoring continuïteit van het werk)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
anders, namelijk....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

mogelijke gevolgen voor derden indien de kandidaat wordt aangesteld

rangorde							
mogelijke gevolgen voor de gezondheid van de toekomstige collega's van kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
verwachting dat toekomstige collega's eventuele verzuim van kandidaat kunnen opvangen							
mogelijke gevolgen voor de keurend arts (verwachting dat kandidaat later problemen oplevert voor de arts zelf of de dienst)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
mogelijke gevolgen voor derden (gevaar omgeving waarin kandidaat gaat werken e.d.)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
anders, namelijk....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

mogelijke gevolgen voor pensioenfonds indien de kandidaat wordt aangesteld

verwachting dat kandidaat na het eerste half jaar blijvend uitvalt	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
anders, namelijk....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

persoonlijke indruk over de kandidaat

rangorde							
mate waarin kandidaat voldoet aan het beeld dat u van een persoon voor deze functie voor ogen heeft	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
mate waarin mentaliteit van de kandidaat aansluit/overeenkomt met die van u	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
wijze waarop kandidaat zich presenteert (aardig, reëel, qua uiterlijk, uitdrukkingsvaardigheid, wijze waarop kandidaat binnen komt lopen ..)	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
leefwijze van de kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
schoolopleiding van de kandidaat	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
anders, namelijk....	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

Bijlage 6 Beoordelingsschema ingevuld door drie artsen

waardering: -3 (uiterst ongunstig) t/m +3 (uiterst gunstig)

SCORE ARTS	A	B	C
algemene gezondheidstoestand van de kandidaat	-2	-2	-1
verwachting dat de kandidaat lichamelijk gezien in staat is de functie uit te oefenen	1	-1	1
verwachting dat de kandidaat psychisch gezien in staat is de functie uit te oefenen	1	1	2
verwachting dat de kandidaat met gericht advies (leefadvies of advies over aanpassing/voorziening in werkplek of functie) in staat is de functie uit te oefenen	2	-1	2
verwachting dat advies/aanpassing/voorziening opgevolgd wordt (door kandidaat of bedrijf)	-3	2	-1
verwachting over het ziekteverzuim (in het eerste half jaarof op langere termijn)	-2	1	2
mogelijke gevolgen voor de gezondheid van de kandidaat als gevolg van het uitoefenen van de functie	3	-1	2
mogelijke gevolgen voor het bedrijf indien de kandidaat wordt aangesteld	3	1	-1
mogelijke gevolgen voor derden indien de kandidaat wordt aangesteld	3	0	3
graagte waarmee de kandidaat deze functie wil uitoefenen	-	1	2
persoonlijke indruk over de kandidaat	-	1	2
advies medische geschiktheid	1/2	0	1
UITSLAG:	1	1	4*

1 goedgekeurd
2 tijdelijk goedgekeurd
3 afgekeurd
4 anders:

* arts C: uitslag: anders, na goede instelling door behandelend arts herkeuring en tijdelijk goedkeuring.

rangordening: 1 (belangrijkste aspect), 7 (minst belangrijke beoordelingsaspect)

ARTS	A	B	C
algemene gezondheidstoestand van de kandidaat	3	6	2
verwachting dat de kandidaat lichamelijk gezien in staat is de functie uit te oefenen	1/2	1	2
verwachting dat de kandidaat psychisch gezien in staat is de functie uit te oefenen	4	2	2
verwachting dat de kandidaat met gericht advies (leefadvies of advies over aanpassing/voorziening in werkplek of functie) in staat is de functie uit te oefenen	4	2	4
verwachting dat advies/aanpassing/voorziening opgevolgd wordt (door kandidaat of bedrijf)	4	3	1
verwachting over het ziekteverzuim (in het eerste half jaarof op langere termijn)	6	3	2
mogelijke gevolgen voor de gezondheid van de kandidaat als gevolg van het uitoefenen van de functie	1/2	1	4
mogelijke gevolgen voor het bedrijf indien de kandidaat wordt aangesteld	5	5	3
mogelijke gevolgen voor derden indien de kandidaat wordt aangesteld	3	6	-
graagte waarmee de kandidaat deze functie wil uitoefenen	-	7	1
persoonlijke indruk over de kandidaat	-	4	1