

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/24049>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

Aanstellingskeuringen, binnenkort achterhaald?

DR. W.L.A.M. DE KORT

Hoofd Divisie Arbeidstoxicologie &
Voeding, TNO Voeding, Zeist

Samenvatting

De aanstellingskeuring beoogt de verhouding vast te stellen, die bestaat tussen belastbaarheid van de keurling en belasting vanuit de functie. Het niet voldoen aan bepaalde criteria kan ofwel inhouden dat de keurling ongeschikt moet worden geacht voor de functie, zodat de keurling de baan niet krijgt, ofwel dat de functie of de arbeidsomstandigheden niet geschikt zijn voor de keurling, zodat de functie of de omstandigheden moeten worden aangepast. Vermeldenswaard is dat er geen onderzoeken voorhanden zijn die aantonen dat selectie bij de aanstellingskeuring een ziekteverzuimverlagend effect heeft. Recent is een protocol voor de uitvoering van aanstellingskeuringen opgesteld dat zich mag verheugen in een brede consensus.

Als men besluit de aanstellingskeuring als selectie-instrument te gaan gebruiken, is het wenselijk te beoordelen of de te gebruiken keuringsmethode voldoende kwaliteit bezit. De weging zal zijn: wegen kosten en inspanning voor het reduceren van arbeidsgebonden aandoeningen op tegen de daarbij optredende nadelen, zoals het ten onrechte afkeuren of het afkeuren van risicodragers van wie niet iedereen (doorgaans een minderheid) een arbeidsgebonden aandoening zal oplopen.

Gericht en met beleid ingezet bij relevante functies en beroepsgroepen, zoals die met risico's voor derden, kan de aanstellingskeuring een nuttig rendement opleveren.

Inleiding

Er worden jaarlijks ongeveer 300 000 aanstellingskeuringen verricht. Dit aantal

neemt blijkens onderzoek eerder toe dan af. Het aantal afkeuringen neemt, volgens opgave van artsen, zowel in absolute als in relatieve zin eveneens toe; in enkele jaren is het afkeuringspercentage bij bedrijfsartsen opgelopen van 1,8% tot ongeveer 5%. Het afkeuringspercentage bij huisartsen, die iets minder dan de helft van de keuringen verrichten, is ongeveer gelijk gebleven. Als gevolg van de versterkte aandacht voor verzuim en arbeidsongeschiktheid als kostenposten bij de bedrijfsvoering, heeft bij de selectie van nieuw personeel de risicowering – in relatie tot ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid – een sterker accent gekregen. Een aantal wetswijzigingen (Wet Terugdringing Ziekteverzuim, Wet Terugdringing Volume Arbeidsongeschiktheid, Wet Uitbreiding Loondoorbetalingsplicht bij Ziekte, aanpassing van de Arbowet) heeft wellicht bijgedragen aan die accentverschuiving. Tegenover dit groeiende accent op risicowering staat een groeiend maatschappelijk draagvlak om risicowering door middel van het ongericht verrichten van aanstellingskeuringen af te wijzen. Een dergelijke vorm van risicowering staat immers haaks op het beleid de arbeidsparticipatie van onder meer gehandicapten en chronisch zieken te bevorderen. Bovendien is aangetoond dat de aanstellingskeuring in veel situaties ondoelmatig is en soms zelfs meer kwaad doet dan goed. Het D'66-wetsvoorstel Keuringen, dat onder meer de aanstellingskeuring beoogt te reguleren, is te beschouwen als een direct gevolg van deze maatschappelijk ontwikkeling.

Er zit blijkbaar een groot spanningsveld tussen de praktijk van alledag en de bedoelingen die in beleid en overlegsituaties ten toon worden gespreid. Een belangrijk deel van die spanning wordt veroorzaakt door de grote interpretatieverschillen die bestaan met betrekking tot begrippen als 'geschiktheid voor de functie' en de notie dat

betrokken partijen (werkgever, sollicitant, keurend arts, toekomstige collega's, verzekeringsinstanties enz.) verschillende en deels strijdige belangen kunnen hebben.

De laatste poging om meer uniformiteit en eenduidigheid te verkrijgen op het gebied van de aanstellingskeuringen heeft geresulteerd in het gereed komen van een Concept-Protocol Aanstellingskeuringen. Dit protocol is op verzoek van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid opgesteld in het kader van een door de KNMG geleid project. Het protocol mag zich verheugen in een brede consensus. Het richt zich op de procedurele aspecten van de aanstellingskeuring. De inhoud van de aanstellingskeuring wordt in dit protocol echter niet geregeld, al worden er wel enkele richtinggevende opmerkingen gemaakt in de toelichting. In het KNMG-protocol wordt na een begripsbepaling achtereenvolgens ingegaan op *a* het doel, *b* de randvoorwaarden voor uitvoering, *c* informatie-uitwisseling, *d* rapportage/verslaglegging en inzage daarin, en *e* herkeuring en klachtenprocedure.

In deze bijdrage wordt aan de hand van het KNMG-protocol ingegaan op de beide eerstgenoemde inhoudelijke aspecten: doel en randvoorwaarden van de keuring. Vervolgens wordt een voorzichtige aanzet gegeven hoe kan worden bepaald of (een bepaald deel van) de aanstellingskeuring wel of niet moet worden verricht. De andere aspecten uit het KNMG-protocol zijn niet minder belangrijk, maar behelzen vooral procedurele kanten van de keuring, hetgeen buiten het bestek van deze bijdrage valt. Het is aan te bevelen het KNMG-protocol daarop na te lezen (en na te volgen).

Beslist niet onvermeld mag blijven dat het in de meeste situaties aan te bevelen is nieuwe werknemers (en zelfstandig werkenden!) snel en bij voorkeur reeds voor de aanvang van de werkzaamheden in contact te brengen met een arts/(arbo)dienst. Echter, er hoeft bij een dergelijk contact geen sprake te zijn van een aanstellingskeuring, maar veeleer van een introductie, waarbij bijvoorbeeld adviezen worden verstrekt met een gezondheidsbevorderend oogmerk in relatie tot het werk, of waarbij ten behoeve van een adequate be-

geleiding een zogeheten nul-meting wordt verricht, zoals een audiogram of een spirogram.

Doelstelling en randvoorwaarden

Het KNMG-protocol benadrukt wederom wat het doel van een aanstellingskeuring is, namelijk de beoordeling van de huidige belastbaarheid van de keurling ten opzichte van de belasting door de betreffende functie.

De zo omschreven doelstelling geeft vaak aanleiding tot het misverstand dat de aanstellingskeuring uitsluitend iets zegt over de keurling. Dit is beslist onjuist. Het niet voldoen aan bepaalde criteria houdt namelijk zeker niet in dat de keurling ongeschikt moet worden geacht voor de functie. Feitelijk is op dat moment slechts vastgesteld dat er geen goede balans bestaat tussen belastbaarheid van de keurling en belasting vanuit de functie. In een volgende fase van de besluitvorming moet worden vastgesteld of de keurling ongeschikt is voor de functie, of andersom. Niet zelden zal namelijk een betere gevolgtrekking zijn dat de functie of de omstandigheden niet geschikt zijn voor de keurling, zodat de functie of de omstandigheden zouden moeten worden aangepast.

Voorbeelden

- Personen met afwijkende lichaamsmaten kunnen niet ongeschikt worden geacht omdat op dat moment toevallig passende kleding of passend/aangepast meubilair ontbreekt.
- De aanwezigheid van stoffige kantoren of rokende collega's mag niet betekenen dat sollicitanten worden afgekeurd op grond van bestaande asthma bronchiale.
- Personen met varices hebben weliswaar problemen met langdurig (stil-) staan, maar in veel gevallen kunnen werkaanpassingen (werkplekwisselingen, sta-hulpen, steunkousen e.d.) een goede dienst bewijzen.
- Het voorkomen van nefrotoxische stoffen op het werk hoeft niet zonder meer te betekenen dat personen met een nieraandoening daar niet mogen wer-

ken. Arbeidshygiënische aanpassingen en een gerichte organisatie van het werk zijn minstens even goede, zo niet betere maatregelen.

Het protocol somt een negental voorwaarden op, waaronder een aanstellingskeuring moet plaatsvinden. Twee voorwaarden hebben betrekking op het moment van de aanstellingskeuring: een aanstellingskeuring vindt pas plaats vlak voor de aanstelling en als er nog maar een kandidaat over is. Drie voorwaarden regelen dat de arts (professioneel) onafhankelijk moet zijn van zowel opdrachtgever als keurling en dat deze over voldoende kennis en vaardigheden moet beschikken. Een voorwaarde geeft aan dat de opdrachtgever verantwoordelijk is voor de procedure en de kosten en dat de arts verantwoordelijk is voor de uitvoering. De drie overige voorwaarden zijn cruciaal voor de uiteindelijke inhoud van de aanstellingskeuring en worden daarom meer uitgebreid besproken.

De eerste van deze drie stelt dat een aanstellingskeuring alleen kan plaats vinden als er specifieke functie-eisen voor de vervulling van de functie zijn geformuleerd, die in medische termen kunnen worden vertaald. De tweede vergt dat vragen en onderzoeken aantoonbaar relevant zijn om de doelstelling van de aanstellingskeuring te verwezenlijken. De derde dient om de fysieke en psychische integriteit en de persoonlijke levenssfeer van de keurling te beschermen: men hoeft zich niet alles te laten welgevalen. Hoewel de interpretatieruimte binnen deze voorwaarden welhaast onvermijdelijk groot zal blijven, is het de bedoeling van deze voorwaarden dat het uitvoeren van onzinnige vragen en tests in het vervolg wordt vermeden. Dit betekent een drastische aanpassing van de huidige praktijk van aanstellingskeuringen. Immers, doorgaans omvat een aanstellingskeuring een algemene vragenlijst met vele vragen die er in het geheel niet toe doen en een (zeer) groot aantal onderzoeken en laboratoriumtests die geen enkele bijdrage leveren aan de beoordeling van de belastbaarheid.

Voorbeelden

– Voor de meeste administratieve func-

ties, maar ook voor veel functies in de dienstverlenende sector (zoals balie-functies, veel functies in de middenstandssector bijv. in winkels, produktiewerk zonder bijzondere belastende factoren) en zelfs voor veel functies die slechts licht lichamelijk werk vergen (zoals functies in de industrie en in de land- en tuinbouw) kan de aanstellingskeuring achterwege blijven.

- In de meeste gevallen zijn vragen naar medicijngebruik, roken, alcoholgebruik, vrije-tijdsbesteding, doorge-maakte operaties en vragen naar chro-nische aandoeningen als migraine, dia-betes mellitus of CARA volstrekt irrelevant en helpen zij in het bijzonder ook niet bij de (veelal ongeoorloofde) inschatting van toekomstig ziektever-zuim.
- Er is vrijwel geen functie te bedenken waarvoor de hoogte van de bloeddruk een belangrijk gegeven is; dit geldt ook voor stress-volle banen.
- Longfunctietests, rust-ECG en audio-gram zijn onderzoeken die geen of wei-nig informatie opleveren, waaruit de belastbaarheid van de keurling kan worden geconcludeerd, terwijl voor diegenen, waarbij dat wel het geval zou zijn, er doorgaans reeds gegevens be-schikbaar zijn uit de curatieve sector. Uiteraard kan bijvoorbeeld een (spraak)audiogram, een kleurenonder-scheidingstest of een zogeheten 'prie-geltest' soms wel informatief zijn over de vereiste vaardigheid van keurlingen, zodat bij sommige functies wel degelijk plaats is voor dergelijke tests in de aan-stellingskeuring.

Natuurlijk blijven er voldoende functies over, waarvoor het wel zinvol is een aan-stellingskeuring uit te voeren. Dit geldt in het bijzonder voor functies waarbij er (be-langrijke) risico's voor derden bestaan, zoals vrachtwagenchauffeur, treinmachi-nist, kraanmachinist, piloot, politie-agent, of militair. Maar ook voor functies waarbij een bijzondere, niet (of niet goed) beïn-vloedbare belasting optreedt, zal de aan-stellingskeuring zijn nut bewijzen. Voor-beelden van dit laatste type functie zijn: duikers, werkzaamheden onder extreme

temperaturen of sterk afwijkende werktijden en wellicht ook professionele sportbeoefening.

Voor een aantal van dergelijke functies zijn reeds uitgewerkte protocollen beschikbaar of worden deze momenteel ontwikkeld. Onder andere de arbodienst voor de rijksoverheid (RBB), de Militair Geneeskundige Dienst, de Stichting Arbouw, de arbodienst voor het wegvervoer en diverse arbodiensten van grote bedrijven (zoals Nederlandse Spoorwegen, KPN, Shell, Philips) hebben reeds voor diverse functies gerichte protocollen ontwikkeld, die beslist bruikbaar zijn voor aanstellingskeuringen met betrekking tot soortgelijke functies buiten de directe zorgsfeer van die diensten.

Protocollen zijn niet altijd beschikbaar en beschikbare protocollen zijn niet altijd (direct) bruikbaar. Het is te hopen dat de komende tijd meer inhoudelijke protocollen beschikbaar komen en dat een flink deel van de reeds beschikbare protocollen nog eens grondig worden beoordeeld. Tot het zover is, zal men veelal zelf de inhoud van een aanstellingskeuring samenstellen. De volgende paragraaf is bedoeld als een leidraad voor het samenstellen van een aanstellingskeuring, vooropgesteld dat een dergelijke keuring een zinvolle bezigheid is. Wanneer de aangegeven leidraad consequent wordt gevolgd, zal als vanzelf blijken of het wel zinvol is in een bepaalde situatie een aanstellingskeuring uit te voeren.

Een leidraad voor het samenstellen van een aanstellingskeuring

Een keuring – en dus ook een aanstellingskeuring – is samengesteld uit een mondelinge of schriftelijke anamnese, eventueel aangevuld met een lichamelijk onderzoek en overig (laboratorium)onderzoek. Uitgangspunt vormt de functie waarvoor wordt gekeurd. De functie bepaalt de medische functie-eisen. De medische functie-eisen op hun beurt moeten vertaald worden in medische criteria. Deze criteria moeten worden vertaald in respectievelijk gerichte mondelinge of schriftelijke vragen, handelingen tijdens het lichamelijk onderzoek en gespecificeerde (labo-

ratorium)tests. De keuring moet niet te veel, maar ook niet te weinig omvatten. Bepalend is of de balans tussen voor- en nadelen van een bepaald keuringsonderdeel positief uitvalt. Een keuringsonderdeel moet meten wat het behoort te meten, waarbij de foutenmarge aanvaardbaar moet blijven. De aanstellingskeuring vertoont daarmee in opzet een sterke analogie met het screenen zoals dat voorkomt in de algemene bevolking. Van belang is nog dat bij een screening in het kader van een aanstellingskeuring veelal niet wordt gezocht naar de aanwezigheid van een ziekte of aandoening zelf, maar naar risicodragers, personen met een predispositie tot het in de toekomst oplopen van die ziekte of aandoening. De relevante vraag in dit verband is dan: hoeveel groter dan gemiddeld is de kans dat deze keuring bijvoorbeeld wegens rugklachten, een allergie enz. (blijvend) zal uitvallen? Of: hoeveel groter dan gemiddeld is de kans dat derden (gezondheids- of onevenredig grote materiële) schade zullen ondervinden wanneer deze keuring wordt goedgekeurd?

Het verdient aanbeveling bij het samenstellen van een keuring in elk geval de volgende aspecten te wegen. De volgende bespreking beperkt zich voornamelijk tot keuringen gericht op de relatie tussen de gezondheidsstatus van de keuring en (het voorkomen van) arbeidsgebonden aandoeningen. Als de keuring betrekking heeft op de beoordeling van vaardigheidseisen of veiligheidsrisico's, is de beschouwing overigens niet principieel anders.

Aard en ernst van de arbeidsgebonden aandoening: 'waar gaat het eigenlijk over?'

De belasting door het werk kan leiden tot of bijdragen aan gezondheidsschade. Fysiek zware arbeid en frequente, identieke bewegingen kunnen leiden tot aandoeningen van het bewegingsapparaat; irriterende en sensibiliserende stoffen kunnen huid- en luchtwegaandoeningen veroorzaken of verergeren; psychische belasting kan leiden tot een 'burn-out' syndroom; lawaai kan leiden tot slechthorendheid. In al deze gevallen is er sprake van 'beroepsziek-

ten' of arbeidsgebonden aandoeningen, d.w.z. aandoeningen die (in hoofdzaak) worden veroorzaakt door belastende factoren uit het werk. Een behoorlijk aantal van deze beroepsziekten of arbeidsgebonden aandoeningen kan leiden tot blijvende, ernstige functiestoornissen en pijnklachten.

Op zich zijn de individuele en maatschappelijke gevolgen van beroepsgebonden aandoeningen ernstig genoeg om er veel aandacht aan te besteden, zeker wanneer het vaak voorkomende aandoeningen zijn, zoals huidaandoeningen, aandoeningen van het bewegingsapparaat en luchtwegaandoeningen. Ook wanneer het gaat om de preventie van arbeidsgebonden aandoeningen die specifiek zijn voor bepaalde functies, maar overigens weinig frequent voorkomen, is professionele aandacht noodzakelijk: bijvoorbeeld barotrauma bij duikers. Echter, bij de aanstellingskeuring gaat het erom of er *individuele risicofactoren* te identificeren zijn die aanleiding geven tot een meer dan gemiddelde kans op het optreden van dergelijke arbeidsgebonden aandoeningen bij die ene keurling. Wanneer bovendien die arbeidsgebonden aandoening frequent voorkomt bij 'gemiddeld gevoelige' personen dan is het meestal zinvoller de aandacht niet zozeer te richten op de keurling, maar op het werk.

Voorbeelden

- Bij aspirant-duikers is het van belang onder meer te letten op afwijkingen in het KNO-gebied. Aanpassen van de werkomstandigheden (leegpompen van een groot watergebied) ligt hier niet voor de hand.
- Bij het werken met kwartshoudende stof is de kans op het krijgen van pneumoconiose nog steeds aanwezig. Hoewel er mogelijk wel 'gevoelige' personen te identificeren zijn, is het toch aan te raden de aandacht te richten op de blootstelling aan stof en niet op bijvoorbeeld de erfelijke predispositie. Stoflongen kunnen immers voor 100% worden voorkomen door arbeidshygiënische maatregelen.
- Lage-rugklachten komen veel voor bij fysiek belastend werk. Het aantal per-soongebonden risicofactoren is echter

zeer beperkt: een (de enige?) goede voorspeller van lage-rugklachten lijkt te zijn het optreden van deze klachten in het verleden, waarbij men verzuimd heeft. Lichamelijk onderzoek van de rug of röntgenfoto's leveren in dit verband niets bruikbaar op. Werkaanpassingen zetten daarom meer zoden aan de dijk dan identificatie van persoonsgebonden risicofactoren.

De prevalentie van de risicofactor; de omvang van de gevoelige groep

Hoe zeldzamer een individuele risicofactor is, des te meer keuringen er moeten worden verricht voor de identificatie van een persoon met die risicofactor, de risicodrager. Belangrijk in dit verband is dat men bij de aanstellingskeuring in het algemeen te maken heeft met jonge mensen, die minder en/of minder ernstige risicofactoren hebben en in een betere gezondheidstoestand verkeren dan de gemiddelde bevolking. De (ernstig) zieken solliciteren belangrijk minder vaak en worden gedeeltelijk reeds door de bedrijven, maar nog voordat de bedrijfsgezondheidszorg hen heeft beoordeeld, uitgeselecteerd. Bovendien zullen personen die zichzelf ongeschikt achten in verband met hun gezondheidstoestand, naar verwachting minder snel solliciteren (zelfselectie).

Wanneer daarentegen een individuele risicofactor bijzonder vaak voorkomt, zodat grote delen van de bevolking (bijvoorbeeld 10 a 50%) risicodragers zijn, lijkt het screenen op die risicofactor het aangewezen instrument om het aantal arbeidsgebonden aandoeningen te verminderen. Of dit echter een gewenste of zelfs maar efficiënte manier moet worden genoemd, kan worden betwijfeld, omdat immers evenzo grote delen van de bevolking het desbetreffende werk dan niet zullen kunnen verrichten, wanneer althans personen, die als risicodrager worden geïdentificeerd, worden afgekeurd.

Voorbeelden

- Een verminderde nier- of leverfunctie kan gevolgen hebben voor het werken

met toxische stoffen. De prevalentie ervan is echter zo laag dat er naar zoeken met de welbekende laboratoriumtests (mede vanwege hun lage sensitiviteit en specificiteit) geen zinvolle bezigheid is.

- In het complex van ontgiftende enzym-systemen, zoals het glutathion-S-transferase-(GST)-systeem ontbreekt soms een component. Zo mist ongeveer de helft van de bevolking het GST- μ -enzym met als gevolg een sterk verhoogde kans op (long)kanker. Om risico's te vermijden zou men kunnen besluiten deze helft dan maar niet goed te keuren (zeker als deze keurlingen blijken te roken).

De grootte van het (relatieve) risico

Het relatieve risico geeft aan hoeveel maal vaker een risicodragers een bepaalde arbeidsgebonden aandoening krijgt of arbeidsongeschikt wordt, in vergelijking met iemand zonder die risicofactor. Bij een licht verhoogd relatief risico (RR) ($1,5 < RR < 2,5$) zijn de kosten en nadelen van selectie op die risicofactor enerzijds en het preventie-effect anderzijds niet altijd in balans. Hierop wordt later nog teruggekomen. Wanneer het RR hoog is, bijvoorbeeld meer dan 5, zal selectie op de risicofactor gemakkelijker effectief kunnen zijn.

Voorbeelden

- Personen met in de anamnese atopisch eczeem hebben een sterk (d.w.z. tien- tot twintigmaal) verhoogde kans op ortho-ergisch eczeem ('irritant contact dermatitis'). Het is te overwegen aspirant kappers/kapsters met die aanleg af te keuren.
- Personen met een matig overgewicht (Quetelet-index 25-29) hebben een grotere (in de orde van anderhalf- tot tweemaal) kans op hart- en vaatziekten in vergelijking met personen zonder overgewicht. Een verhoogde kans op hart- en vaatziekten impliceert een veiligheidsrisico. Toch is het zeer de vraag of overgewicht wel een voldoende argument vormt om betrokkenen onge-

schikt te achten voor het beroep van buschauffeur.

De validiteit van het onderzoek

Geen enkele keuringstest is 100% valide. Altijd worden er wel risicodragers 'gemist' of worden er personen risicodragers genoemd, terwijl zij dat niet zijn. Om de validiteit van een bepaalde test aan te geven, wordt meestal gebruik gemaakt van de test-eigenschappen sensitiviteit (fractie 'terecht positieven') en specificiteit (fractie 'terecht negatieven').

In combinatie met de werkelijke prevalentie van een risicofactor in de groep sollicitanten kunnen deze testmaten een indruk geven van de mate van zekerheid, waarmee aan de hand van een testuitslag kan worden gesteld dat de betrokken sollicitant echt risicodragers is: de voorspelende of predictieve waarde van een positieve uitslag.

Voorbeeld

- Stel dat men bij sollicitanten naar de functie van proefdierverzorger de atopie-status wil vast stellen, omdat bij atopici de kans op proefdierallergie bij de gegeven arbeidsomstandigheden verhoogd is. Wel of niet atopicus zijn kan dan als selectie criterium worden gehanteerd. Sensitiviteit en specificiteit van de gebruikte tests om deze personen te identificeren, namelijk een vragenlijst in combinatie met het IgE-gehalte in bloed, bedragen onder optimale omstandigheden elk 90%. De prevalentie onder de bevolking in Nederland van het atopicus-zijn is ca. 5%. Een positieve testuitslag houdt in dat iemand als atopicus wordt geïdentificeerd. Men kan uitrekenen dat met deze gegevens uit een populatie van 1000 kandidaten bij de aanstellingskeuring 140 personen als atopicus zullen worden geïdentificeerd. Bij 45 personen ($45/140 = 32\%$) zal dat correct zijn en bij de overige 95 (68%) dus niet.

Rendement

Door kandidaten die risicodragers zijn af te keuren, zal het aantal gevallen van arbeidsgebonden aandoeningen natuurlijk wel afnemen, maar niet nul worden. In theorie zal selectie door middel van een aanstellingskeuring het optreden van de ongewenste, arbeidsgebonden aandoening met maximaal die fractie kunnen verminderen, die aan de bewuste risicofactor kan worden toegeschreven. Er kan een formule worden afgeleid, waarmee deze zogeheten etiologische fractie (in de literatuur ook wel Population Attributable Risk genoemd) wordt berekend.

Voorbeeld

- Wanneer atopici een driemaal zo groot risico op het ontwikkelen van proefdierallergie zouden hebben in vergelijking met in dit opzicht normale perso-

nen, dan kan men uitrekenen dat selectie op atopie-status het aantal nieuwe gevallen van door werk veroorzaakte proefdierallergie met maximaal 9,1% laat dalen. Wanneer de sensitiviteit van de test 90% is, zal de feitelijke opbrengst 10% lager zijn, dat wil zeggen ongeveer 8,2% aangezien immers 10% van de personen met atopie-status bij de aanstellingskeuring zullen worden gemist.

Door het selectiebeleid door middel van de aanstellingskeuring te benaderen, zoals hier is gedaan, wordt een mogelijkheid geboden de winst van een bepaald beleid te plaatsen tegenover de inzet en de kosten van dat beleid.

Voorbeeld

- Wanneer men besluit aspirant-proefdierverzorgers met atopie af te keuren, kan het volgende worden berekend (afb. 1). Om uiteindelijk 100 nieuwe

Scenario

Het resultaat waarop gemikt wordt met de aanstellingskeuring is: terugbrengen van de uitstroom naar arbeidsongeschiktheid wegens proefdierallergie door het weren van die 5% van de kandidaten, die een hoog (driemaal zo groot) risico lopen wegens hun atopie-status. De atopie-status wordt vastgesteld met een vragenlijst en de bepaling van het gehalte in plasma aan IgE.

Gegevens van dit aanstellingskeuringenregime

Benodigd aantal nieuwe dierverzorgers	100
Sensiviteit van de keuring	90%
Specificiteit van de keuring	90%
Relatief risico bij atopici	3
Prevalentie van atopie	5%
Aantal gevallen van proefdierallergie zonder selectie	10

Resultaat van dit aanstellingskeuringenregime

Aantal kandidaten	116	
Aantal afgekeurden	16	(14,2%)
waarvan niet-atopicus	11	(68%)
Vermeden aantal gevallen van proefdierallergie	1	

In woorden: om uiteindelijk 100 nieuwe proefdierverzorgers in dienst te kunnen nemen moeten 116 sollicitanten worden gezien. Zestien kandidaten zullen worden afgekeurd, van wie elf ten onrechte als atopicus worden geïdentificeerd. Niet tien, maar negen van de 100 proefdierverzorgers zullen allergisch voor proefdieren worden, d.w.z. een van de vijf afgekeurde atopici wordt behoed voor een proefdierallergie.

proefdierversorgers in dienst te kunnen nemen, moeten 116 sollicitanten worden gezien voor een aanstellingskeuring. Onder deze 116 sollicitanten bevinden zich zes atopici. Met de eerder aangegeven validiteitskenmerken van de keuring zal blijken dat zestien kandidaten wegens atopie-status worden afgekeurd, van wie elf ten onrechte als atopicus worden geïdentificeerd. Vijf van de zes atopici worden afgekeurd. Vier van de vijf afgekeurde atopici zouden niet allergisch voor proefdieren zijn geworden. Uiteindelijk zullen niet tien, maar negen van de 100 proefdierversorgers allergisch voor proefdieren worden.

Conclusies voor de praktijk

Men kan besluiten de aanstellingskeuring als selectie-instrument te gaan gebruiken voor bepaalde functies. Het is daarbij wenselijk en mogelijk dat men vooraf de mogelijke gevolgen en de te verwachten resultaten van deze keuringen weegt. In het bijzonder moet worden beoordeeld wat het maximaal haalbare rendement is. Vervolgens zal men moeten beoordelen of de te gebruiken keuringsmethode voldoende kwaliteit bezit.

Als vuistregel moge dienen dat het rendement (bijvoorbeeld in termen van verlaging van de incidentie van arbeidsgebonden aandoeningen) van het weren van risicodragers met een prevalentie van minder dan 5% en een relatief risico verbonden aan die individuele risicofactor van minder dan 5, zeker minder dan 20% (een vijfde) bedraagt. Mocht een dergelijk rendement voldoende worden geacht – bijvoorbeeld omdat de te voorkomen arbeidsgebonden aandoening ernstig is of veel economische schade toebrengt – dan stelt dat hoge eisen aan de kwaliteit van de te gebruiken keuringsmethode (samenstelling en inhoud) om de volgende redenen.

- 1 Het aantal terecht afgekeurden is zelden 100%.
- 2 Het percentage onterecht afgekeurden ('fout-positieven') kan zeer groot worden als risicodragers in werkelijkheid weinig voorkomen.

- 3 Zeker als het absolute risico op het krijgen van een bepaalde arbeidsgebonden aandoening klein is, moet rekening worden gehouden met het gegeven dat ook van de risicodragers ('terecht positieven') doorgaans het aantal dat de aandoening niet krijgt veel hoger zal zijn dan het aantal personen dat de aandoening wel krijgt: 'niet elke roker krijgt longkanker'; niet elke atopicus wordt allergisch voor proefdieren.

De weging zal zijn: wegen kosten en inspanning voor het reduceren van arbeidsgebonden aandoeningen op tegen de daarbij optredende nadelen, zoals het ten onrechte afkeuren of het afkeuren van risicodragers van wie immers niet iedereen een arbeidsgebonden aandoening zal oplopen.

Voorbeeld

- Het is voorstelbaar dat het als minder ernstig wordt ervaren, wanneer men (onterecht) voor de functie van dierversorger wordt afgekeurd, dan dat men allergisch voor proefdieren wordt. 'De betrokkene vindt wel een andere baan?' of 'de kosten van her-/uitplaatsen zijn veel hoger dan die van een (tijdelijke?) uitkering?'. Het omgekeerde is overigens ook goed voorstelbaar. 'Wat kan/mag iemand nog wel doen als hij wordt afgekeurd voor een administratieve functie of eenvoudig produktiewerk?'

De uiteindelijke beslissing of selecteren door middel van de aanstellingskeuring aanvaardbaar is, lijkt eerder de uitkomst van een maatschappelijk proces dan van een wetenschappelijk proces.

Tot slot

Er wordt nog steeds veel gekeurd. Als men er over nadenkt, blijkt de aanstellingskeuring in veel gevallen een overbodige handeling te zijn geweest, die op zijn best niet al te veel nadelen heeft gebracht. In het bijzonder kan nog worden vermeld dat er geen onderzoeken voorhanden zijn die aantonen dat selectie bij de aanstellingskeuring een ziekteverzuimverlagend effect

heeft. Gericht en met beleid ingezet bij relevante functies en beroepsgroepen, zoals die met risico's voor derden, kan de aanstellingskeuring echter een nuttig rendement opleveren. Achterhaald is de aanstellingskeuring daarom beslist niet, maar het mag allemaal wel wat minder. Wanneer de aanstellingskeuring terughoudend wordt toegepast bij functies met specifieke, in medische termen vertaalbare functie-eisen – zoals het KNMG-protocol stelt – zal dat de geloofwaardigheid van het keuringsinstrument ten goede komen.

Aanbevolen literatuur

- Andriessen S, Veerman TJ, Vijgen J. Risicoselectie op de Nederlandse Arbeidsmarkt. Zoetermeer: College van Toezicht Sociale Verzekeringen/Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden/Bureau AS/tri, 1995. Ctsg Rapport R95/4.
- Lourijsen ECMP, Heuvel SG van den. De praktijk van de medische aanstellingskeuring in 1988 en 1992. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1994.
- Doets J. KNMG-Protocol Aanstellingskeuringen. Utrecht: KNMG, 1995.
- Wildevuur SE. Een houvast voor alle partijen. *Medisch Contact* 1995;50:635-637.
- Doets J, Croon NHTh. KNMG 'invitational conference' aanstellingskeuringen. *Tijdschr Bedr Verzgeneeskd* 1995;3:110-115.
- Jansen J, Lourijsen ECMP e.a. Een verkenning van voorspellend medisch onderzoek in keuringssituaties. Bilthoven: RIVM, NIPG-TNO, 1993.
- Kort WLAM de. Personnel Selection through Pre-employment Medicals. Academisch Proefschrift. Universiteit van Amsterdam, 1993.
- Wilson JMG, Jungner G. Principles and Practice of Screening. Public Health Papers No. 34. Genève: World Health Organization, 1968.

Trefwoorden

aanstellingskeuring
keuring
atopie