



# Pilootonderzoek naar karakteristieken en determinanten van verzuim bij Belgische werknemers 2018-2022

---

Een samenwerking tussen Acerta en IDEWE

**DIENST KENNIS, INFORMATIE EN RESEARCH**

Groep IDEWE

[www.idewe.be](http://www.idewe.be)

**DATUM**

September 2024

# INHOUDSTAFEL

<b>INLEIDING</b>	<b>3</b>
<b>Begripsbepaling</b>	<b>3</b>
<b>Verzuimcijfers</b>	<b>3</b>
Verzuimcijfers IDEWE	4
Verzuimcijfers Acerta	5
<b>Opzet van dit onderzoek</b>	<b>5</b>
<b>GEGEVENSVERZAMELING</b>	<b>6</b>
<b>De onderzoeksmethode</b>	<b>6</b>
Gegevensverzameling en dataflow	6
Gegevensverzameling door IDEWE	7
Gegevensverzameling door Acerta	7
Pseudonimisering en koppeling van de gegevens	7
<b>Selectie van de onderzoekspopulatie</b>	<b>7</b>
<b>Selectie van de variabelen</b>	<b>9</b>
De uitkomstvariabelen	9
De verklarende variabelen of determinanten	10
<b>ANALYSES EN RESULTATEN</b>	<b>13</b>
<b>De onderzoekspopulatie</b>	<b>13</b>
<b>Onderrapportering van verzuim tijdens de medische onderzoeken</b>	<b>15</b>
<b>De incidentie van verzuim en aantal werknemers in progressieve hervatting</b>	<b>17</b>
<b>De prevalentie van verzuim en van kort, middellang en lang verzuim</b>	<b>17</b>
De prevalentie van verzuim	17
De prevalentie van kort, middellang en lang verzuim	19
<b>De belangrijkste redenen van verzuim kort, middellang en lang verzuim</b>	<b>21</b>
Redenen van kort verzuim (figuur 8)	21
Redenen van middellang verzuim (figuur 9)	22
Redenen van lang verzuim (figuur 10)	22

<b>De prevalentie van verzuim en van kort, middellang en lang verzuim naar verklarende factoren voor het jaar 2022</b>	<b>23</b>
Analyse naar sociodemografische en professionele factoren en aanwezigheid op medisch onderzoek	23
Analyse naar gezondheids- en levensstijlfactoren	27
<b>Het effect van gezondheidsgerelateerde factoren op middellang tot lang verzuim</b>	<b>28</b>
<b>BESLUIT</b>	<b>33</b>
<b>STERKTES EN ZWAKTES</b>	<b>35</b>
<b>REFERENTIES</b>	<b>36</b>

# Pilootonderzoek naar karakteristieken en determinanten van verzuim bij Belgische werknemers 2018-2022

---

## INLEIDING

De meest recente cijfers van het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), het beheersorgaan van de ziekteverzekering, tonen aan dat het aantal werknemers met invaliditeit tussen 1997 en 2016 met 113% gestegen is (1). Dat is meer dan een verdubbeling in minder dan 10 jaar tijd.

### Begripsbepaling

Men spreekt van **invaliditeit** wanneer een periode van arbeidsongeschiktheid omwille van ziekte langer dan 1 jaar duurt. Deze vorm van arbeidsongeschiktheid valt onder de definitie van langdurige arbeidsongeschiktheid. De Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal overleg (FOD WASO) spreekt van **langdurige arbeidsongeschiktheid** wanneer een werknemer langer dan een maand afwezig is. Dat is eveneens de definitie die door onderzoekers veelal gebruikt wordt.

Vaak wordt langdurige arbeidsongeschiktheid verder opgesplitst in middellange en langdurige arbeidsongeschiktheid. In dit onderzoek worden volgende definities van ziekteverzuim gehanteerd:

**Kortdurend ziekteverzuim:** afwezigheid van minder dan één maand

**Middellang ziekteverzuim:** afwezigheid van langer dan één maand en minder dan één jaar

**Langdurig ziekteverzuim:** afwezigheid van langer dan één jaar

Deze definities stemmen overeen met de verzuimindeling (maar met andere terminologie) die ziekenfondsen hanteren. Wanneer een werknemer om medische redenen niet kan gaan werken, heeft hij gedurende een maand recht op een **gewaarborgd loon**, geheel of gedeeltelijk betaald door de werkgever. Hierop volgt de periode van **primaire arbeidsongeschiktheid**. Deze primaire arbeidsongeschiktheid start op de dag dat de adviserend arts van het ziekenfonds de arbeidsongeschiktheid goedkeurt, en duurt maximaal één jaar. De **invaliditeit** begint te lopen na het jaar van primaire arbeidsongeschiktheid.

### Verzuimcijfers

Gestandaardiseerde nationale en Europese ziekteverzuimcijfers zijn niet beschikbaar, maar de European Working Conditions Survey die sinds 1991 georganiseerd wordt door Eurofound, geeft wel een idee over de grootteorde van verzuim. De laatste cijfers dateren van 2015 en zijn afkomstig van 44.000 werknemers in 35 landen. 37% van de Europese werknemers waren 1 tot 15 dagen afwezig geweest in de 12 maanden voorafgaand aan de bevraging, voor 8% was dat meer dan 15 dagen. Voor

de Belgische bevrageden bedroegen deze cijfers respectievelijk 43% en 12% (2). Een ouder rapport van Eurofound van 2010 over absentieïsme in de Europese lidstaten, gebaseerd op een bevraging van de nationale vertegenwoordigers van het European Working Conditions Observatory Network, berekende dat verzuim in Europa in die tijd 3% tot 6% van de werktijd bedroeg met een kostprijs van 2,5% van het BNP. Voor België kwam men aan een gemiddelde verzuimrate van 3% tot 7% en een kost van 3,1% van het BNP (3).

Middellang en langdurig ziekteverzuim is niet enkel een economische last voor de maatschappij maar is ook geassocieerd met een verminderde kans op een terugkeer naar het werk (4,5,6). De belangrijkste oorzaken voor arbeidsongeschiktheid van langer dan een maand zijn psychische problemen en musculoskeletale aandoeningen. Verder zijn arbeiders vaker afwezig wegens ziekte dan bedienden, vrouwen vaker dan mannen en ouderen vaker dan jongeren, zo blijkt uit cijfers van het RIZIV (1,7). Onderzoek leert dat er daarnaast nog andere persoons- en werkgebonden kenmerken zoals onder meer opleidingsniveau, perceptie van eigen gezondheid, *work ability*, zware fysieke arbeid, ... een rol spelen (8, 9).

### Verzuimcijfers IDEWE

Op basis van een bevraging van de werknemers die onderworpen zijn aan een periodiek medisch onderzoek verzamelt IDEWE informatie rond verzuim. Tijdens het medisch onderzoek wordt de werknemer bevraged over afwezigheden op het werk door ziekte, privéongeval of arbeidsongeval voor de periode van 1 jaar voorafgaand aan het onderzoek. We registreren de duur van afwezigheid om medische redenen (met exacte begin- en einddatum indien gekend, maar dat is zelden exact het geval) en de onderliggende diagnostiek. Als de werknemer verklaart niet verzuimd te hebben, registreren we dit eveneens. Deze door de werknemer gerapporteerde gegevens worden opgenomen in het arbeidsgeneeskundig medisch dossier dat door de arbeidsartsen van IDEWE beheerd wordt. Biometrische en medische informatie uit het klinisch onderzoek (vb. BMI, bloeddruk, ...) wordt eveneens geregistreerd in dit medische dossier. Daarnaast heeft IDEWE toegang tot administratieve en werkgebonden informatie zoals leeftijd, geslacht, ISCO beroepencode van de werknemers, datum indienst- en uitdiensttreding, ondernemingsnummer en sector van de werkgever, en eventuele gezondheidsrisico's waaraan de werknemer blootgesteld is.

Het is belangrijk te noteren dat IDEWE dus enkel over verzuimgegevens beschikt van werknemers die op medisch onderzoek komen. Dat is ongeveer de helft van de werknemers onder medisch toezicht. Voor het merendeel gaat het om werknemers die wettelijk verplicht zijn om met een bepaalde frequentie een medisch onderzoek te ondergaan omdat ze blootgesteld zijn aan bepaalde beroepsrisico's. Deze werknemers worden de 'onderworpen' werknemers genoemd, d.w.z. onderworpen aan het medisch onderzoek. Van de werknemers die niet op onderzoek moeten komen (hoofdzakelijk de 'niet-onderworpenen') heeft IDEWE geen verzuimgegevens of andere medische gegevens.

De verzuimgegevens die IDEWE verzamelt tijdens het medisch onderzoek zijn bovendien verkregen door zelfrapportering. Zelfrapportering als basis voor gegevensverzameling leidt tot onderrapportering van verzuim. Deze onderrapportering werd in eerder onderzoek geschat op globaal 12%, met variaties tussen 11% en 24%, afhankelijk van de bevragede populatie. Het gaat echter om een oude studie (rapportagejaar 1998), recentere cijfers zijn niet beschikbaar (10).

## Verzuimcijfers Acerta

Als sociaal secretariaat beschikt Acerta over precieze verzuimgegevens, en dat voor zowel werknemers onderworpen aan een periodiek medisch onderzoek, als voor niet-onderworpen werknemers. Acerta beschikt ook over socio-economische, professionele en organisatiegebonden informatie. Een koppeling van de gegevens van Acerta en IDEWE is interessant voor IDEWE om een idee te krijgen van het verzuim bij de werknemers die meestal niet op onderzoek komen bij de arbeidsarts of verpleegkundige. Voor Acerta levert de koppeling met de gegevens van IDEWE inzichten in redenen van verzuim en verbanden met gezondheidsgerelateerde factoren.

## Opzet van dit onderzoek

We kunnen het doel van dit onderzoek samenvatten aan de hand van de volgende onderzoeksvragen:

- Wat is het voorkomen van kort, middellang en langdurig verzuim bij werknemers in de loop van 2018-2022 ?
- Is er een verschil in het voorkomen van verzuim bij onderworpen en niet-onderworpen werknemers?
- Welke socio-economische, werkgerelateerde en gezondheidsgerelateerde determinanten kunnen worden geïdentificeerd als risico voor verzuim?
- Wat zijn redenen van kort, middellang en lang verzuim bij werknemers die op onderzoek komen?
- Hoe groot is de onderrapportering van verzuim bij werknemers die op medisch onderzoek komen?

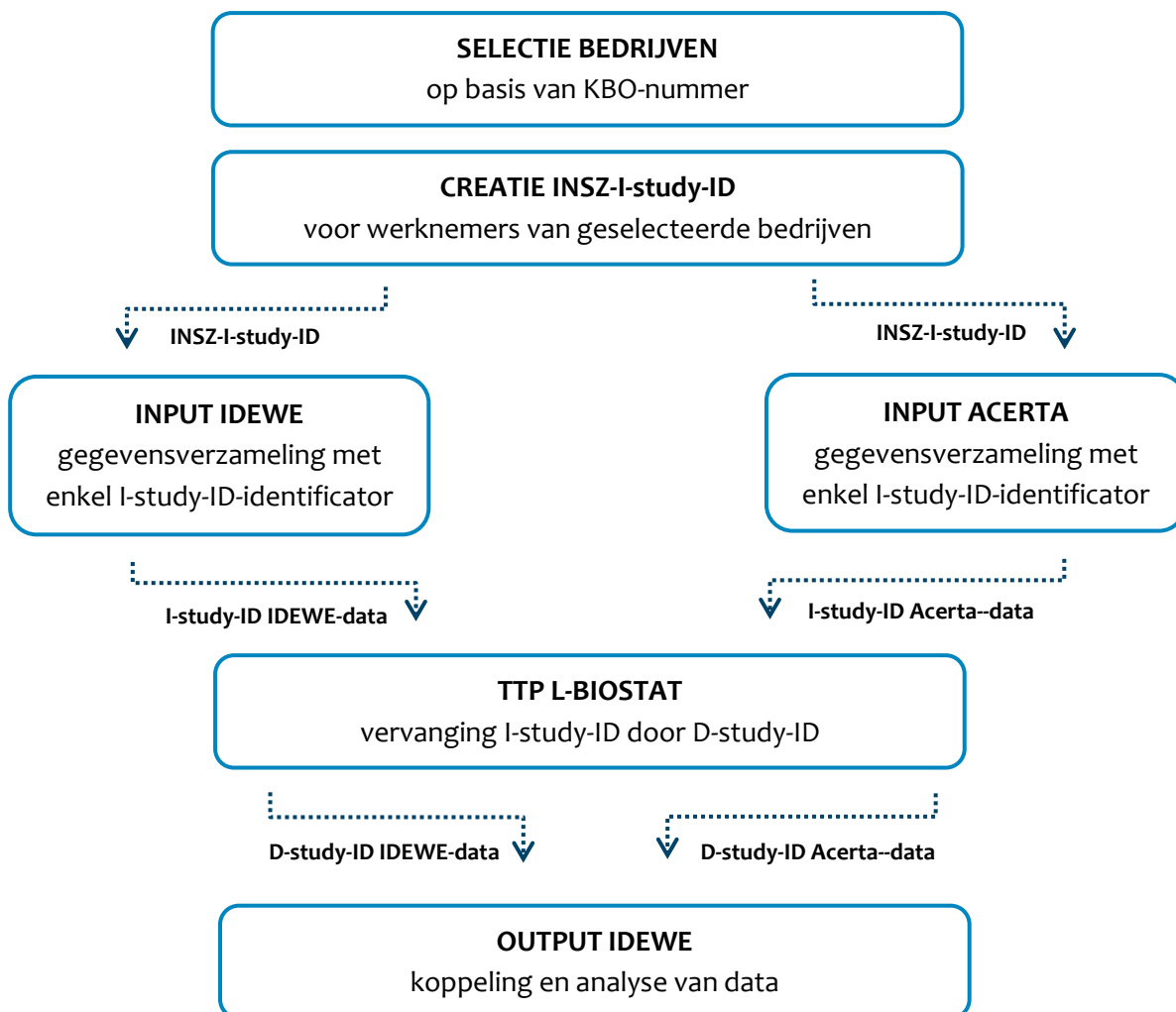
# GEGEENSVERZAMELING

## De onderzoeksmethode

Dit rapport beschrijft een retrospectieve studie met gebruik van verzamelde gegevens van werknemers van wie de werkgever tussen 2018 en 2022 aangesloten was bij zowel Acerta als IDEWE.

## Gegevensverzameling en dataflow

Gegevens van Acerta en IDEWE werden aan elkaar gekoppeld. Dit wordt schematisch voorgesteld in **figuur 1**.



**Figuur 1** dataflow

## Gegevensverzameling door IDEWE

Om aan de wettelijke vereisten voor medisch toezicht op werknemers te voldoen, voeren arbeidsartsen en verpleegkundigen van IDEWE jaarlijks bij meer dan 300.000 werknemers onderzoeken uit. Hierbij worden diverse gezondheidsparameters gemeten en registreren we resultaten in een elektronisch medisch dossier. Alle gegevens worden bewaard in een centrale database.

## Gegevensverzameling door Acerta

Acerta beheert maandelijks de loonadministratie van 500.000 werknemers. Aangesloten werkgevers delen gedetailleerde informatie over aan-en afwezigheden (vakantie, ziekte, ongevallen, ...) van hun werknemers. Daarnaast wordt socio-economische (leeftijd, geslacht, loon, bedrijfsgrootte, sector,...) en geografische (adressen) informatie over werknemers en werkgevers verzameld.

## Pseudonimisering en koppeling van de gegevens

Acerta en IDEWE selecteerden op basis van het KBO-nummer bedrijven en ondernemingen die bij beide diensten waren aangesloten. Alleen de bedrijven die gedurende de gehele studieperiode van 1/1/2018 tot 31/12/2022 aangesloten waren, kwamen in aanmerking.

Om de gegevens van de gemeenschappelijke werknemers te koppelen, werd het INSZ-nummer (Identificatienummer van een Natuurlijk persoon bij de Belgische Sociale Zekerheid) gehanteerd als identificatiemiddel. Gegevens van gemeenschappelijke werknemers uit de databanken van Acerta en IDEWE werden gepseudonimiseerd door een *trusted third party* (TTP), L-BioStat.

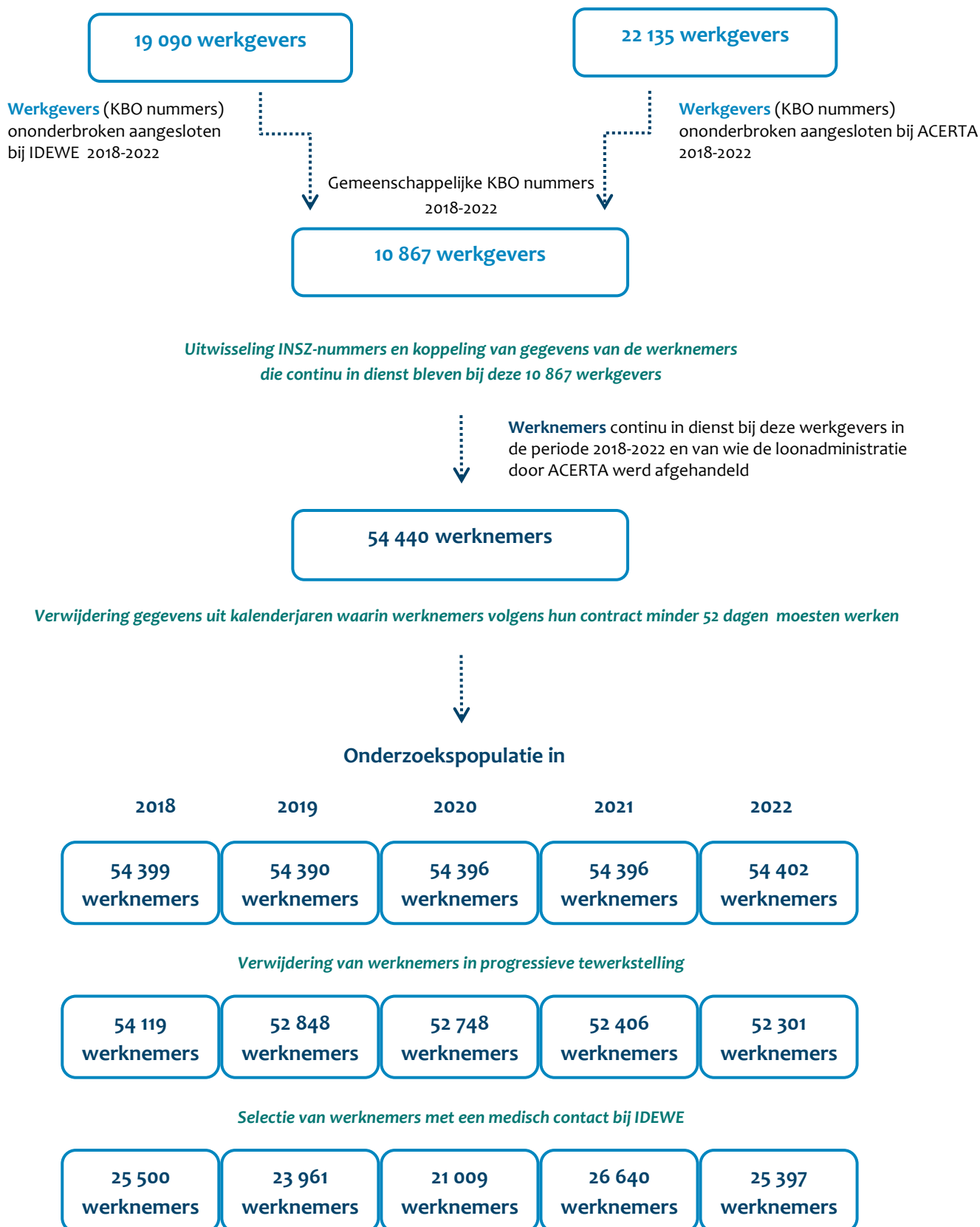
Om te voorkomen dat de onderzoekers of de TTP de identiteit van de werknemers kon achterhalen, werd het INSZ-nummer tweemaal vervangen door een study-ID nummer. De TTP creëerde en bewaarde de sleutel tussen I-study-ID (intermittent study ID) en D-study-ID (definitive study ID). Deze dubbel gepseudonimiseerde gegevensbestanden van Acerta en IDEWE werden door de TTP bezorgd aan de onderzoekers van IDEWE die de datakoppeling en data-analyse uitvoerden.

Dit onderzoek werd goedgekeurd door de Sociaal-maatschappelijk Ethische Commissie (SMEC) van KU Leuven en door de commissie voor medische ethiek van IDEWE (OG 117).

## Selectie van de onderzoekspopulatie

**Figuur 2** laat zien hoe de onderzoekspopulatie tot stand gekomen is. De onderzoekspopulatie bestaat uit 54 440 werknemers die gedurende de volledige periode 2018-2022 in dienst waren bij werkgevers aangesloten bij IDEWE en Acerta.





**Figuur 2** Selectie van de onderzoekspopulatie

Diverse werkgevers, met name uit de onderwijssector, hebben medewerkers in overheidsdienst waarbij Acerta niet verantwoordelijk is voor de loonadministratie. Voor deze werknemers waren geen verzuimgegevens beschikbaar, waardoor zij niet zijn opgenomen in de onderzoekspopulatie. Dit betekent dat de verzuimgegevens in dit onderzoek voor de onderwijssector voornamelijk betrekking hebben op onderhoudspersoneel en administratieve medewerkers, en niet op het onderwijzend personeel.

Van de oorspronkelijke groep van 54 440 werknemers die onafgebroken in dienst bleven bij werkgevers die tussen 1 januari 2018 en 31 december 2022 aangesloten waren bij zowel Acerta als IDEWE, bleven na data cleaning een wisselend aantal werknemers per kalenderjaar over. Zo werden werknemers die in een kalenderjaar een contract van minder dan 52 werkdagen hadden, uitgesloten. De werknemers in progressieve werkhervatting werden evenmin opgenomen in de verzuimanalyses. Analyses naar gezondheidsgerelateerde factoren konden enkel uitgevoerd worden bij de groep werknemers die in een kalenderjaar minstens één medisch contact bij IDEWE hadden.

## Selectie van de variabelen

### De uitkomstvariabelen

Uit de gegevens die Acerta ter beschikking stelde, werden volgende verzuimuitkomsten berekend. Het gaat over verzuim door ziekte of ongeval.

- **De incidentie van verzuim** = % werknemers met minstens 1 nieuwe verzuimperiode in het betreffende kalenderjaar
- **De prevalentie van verzuim** = % werknemers met een verzuimperiode in het betreffende kalenderjaar (een nieuwe verzuimperiode of een verderzetting van het vorig kalenderjaar)
- **De prevalentie van lang, middellang of kort verzuim.** Voor de berekening van deze categorieën gingen we als volgt te werk:

De verzuimregistraties lieten niet toe om nieuwe verzuimperiodes te onderscheiden van verlengingen van eerder verzuim. Daarom werden al de verzuimdagen per kalenderjaar opgeteld. Een afwezigheid van 359 dagen of meer per kalenderjaar werd beschouwd als een afwezigheid van een volledig kalenderjaar. We gingen er van uit dat de registratie van slechts enkele werkdagen op een kalenderjaar toe te schrijven was aan fouten in de registratie of aan niet-aansluiten van periodes ingevuld op ziektebriefjes.

Kort, middellang en lang verzuim werden als volgt gedefinieerd:

- **Kort:** < 31 dagen per kalenderjaar
- **Middellang:** 31 tot en met 358 dagen per kalenderjaar
- **Lang:** >=359 dagen per kalenderjaar

Belangrijk voor de interpretatie van de resultaten is dat kort, middellang en, lang verzuim in deze analyse **de duur van verzuim per kalenderjaar weergeeft en niet de duur van verzuim per ziekteperiode**.

De hierboven beschreven selectie van de onderzoekspopulatie en het optellen van verzuimperiodes per kalenderjaar kunnen aanleiding geven tot een onder- of overschatting van verzuim.

Een **onderschatting van langdurig verzuim** kan veroorzaakt zijn door:

- de selectie van werknemers die gedurende 5 jaar in dienst bleven: een aantal werknemers kan door langdurige ziekte uit dienst gegaan zijn. Hierover hebben we geen cijfers.
- het verplicht opnemen van vakantiedagen op het einde van een eerste jaar ziekte. Op die manier eindigt volgens de registratie een ziekteperiode. In het volgende kalenderjaar wordt de ziekteperiode verdergezet.
- het definiëren van de duur van verzuim per kalenderjaar. Een ziekteperiode kan over twee kalenderjaren verspreid zijn en meer dan 365 dagen duren, terwijl dit verzuim per kalenderjaar minder dan 365 dagen duurt.

Een **overschatting van middellang verzuim en een onderschatting van kort verzuim** kunnen veroorzaakt zijn door:

- het definiëren van de duur van verzuim per kalenderjaar. Vele korte afwezigheden worden in deze analyse opgeteld en als dit meer dan 30 dagen bedraagt, wordt dit gerapporteerd onder middellang verzuim.

### **De verklarende variabelen of determinanten**

Volgende factoren hebben we opgenomen in dit onderzoek:

#### **Uit de registraties van Acerta**

- Leeftijd
- Geslacht
- Sector
- Anciënniteit
- Geboorteland
- Land verblijfplaats
- Provincie verblijfplaats/Regio verblijfplaats
- Burgerlijke stand
- Opleiding
- Bedrijfsgrootte
- Contract (onbepaalde of bepaalde duur)
- Statuut (arbeider of bediende)
- Tewerkstellingspercentage

## Uit de registraties van IDEWE

- Onderworpenheid aan het medisch onderzoek
- Medisch contact
- Body Mass Index (BMI)
- Rookgedrag
- Bloeddruk
- Verzuimredenen

De **metingen van lengte, gewicht en bloeddruk** gebeuren tijdens de medische onderzoeken op een voorgeschreven manier en met geijkte apparatuur.

De **BMI** wordt berekend uit de verhouding van lengte en gewicht ( $\text{gewicht}/\text{lengte}^2$ ). De BMI geeft een indicatie over de aanwezigheid van onder- of overgewicht. Een normale BMI is een cijfer vanaf 18,5 tot 25. Een BMI van 25 of meer betekent overgewicht. Vanaf 30 spreken we van obesitas en vanaf 40 van ziekelijke obesitas. Bij een BMI van minder dan 18,5 spreken we van ondergewicht.

**Hoge bloeddruk** is gedefinieerd als een systolische bloeddruk  $\geq 140$  mm Hg en/of een diastolische bloeddruk  $\geq 90$  mmHg ( $\geq 140/90$  mmHg). We spreken van matige hypertensie bij een bloeddruk vanaf 160/100 mm Hg en ernstige hypertensie bij een bloeddruk  $\geq 180/110$  mmHg.

**Rookgewoonten** worden bevraagd tijdens het medisch onderzoek. Rokers zijn werknemers die op het ogenblik van het medisch onderzoek roken, gaande van gelegenhedrooker tot zware roker.

Tijdens de medische onderzoeken wordt er gevraagd naar verzuim in de loop van 12 maanden voorafgaand aan het medisch onderzoek. De **redenen van verzuim** worden geregistreerd en gecodeerd volgens de ICD-9-codering.

## ICD-9-CM hoofdcategorieën

De ICD-9-CM (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification), afgekort IDC-9, is gebaseerd op de negende herziening van de Manual of the International Classification of Diseases van de WHO.

01-99	Procedures of ingrepen
001-139	Infectieuze en parasitaire aandoeningen
140-239	Neoplasmen
240-273	Endocriene, nutritionele, metabole en immunologische aandoeningen
280-289	Hematologische aandoeningen
290-319	Mentale aandoeningen
320-389	Aandoeningen van het zenuwstelsel en de zintuigen
390-459	Aandoeningen van het hart en de bloedvaten
460-519	Luchtwegenaandoeningen
520-579	Aandoeningen van het maagdarmsstelsel
580-629	Aandoeningen van het urogenitale stelsel
630-679	Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed
680-709	Aandoeningen van de huid en het onderhuidse weefsel
710-739	Aandoeningen van het musculoskeletale stelsel en het bindweefsel
740-759	Congenitale afwijkingen
760-779	Aandoeningen in de perinatale periode
780-799	Symptomen, tekens en slecht omschreven toestanden
800-999	Ongevallenletsels en vergiftigingen
E800-E999	Uitwendige oorzaken van een letsel en vergiftiging
M800-M997	Morfologie van nieuwvormingen
V01-V83	Factoren die de gezondheid beïnvloeden

## ANALYSES EN RESULTATEN

De analyses werden uitgevoerd in SPSS 29.0.2.0 en in R (versie 4.4.1 met package glmmTMB versie 1.1.9). Voor de enkelvoudige analyses werd de Chi-kwadraattoets gebruikt om het verband tussen uitkomstvariabelen en verklarende factoren te toetsen. De samenhang werd als significant beschouwd indien de p-waarde minder dan 0,05 bedroeg. Voor de meervoudige analyses werden de gepaste modellen gebruikt.

### De onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie omvat per kalenderjaar ongeveer 54 400 werknemers.

In **tabel 1** wordt het percentage vrouwen en de leeftijdsverdeling van de onderzoeksgroep per jaar voorgesteld. Het percentage vrouwen zit rond de 62,5%. Door de selectie van werknemers die gedurende de 5 onderzoeksjaren in dienst waren en bleven, zien we dat de leeftijdsverdeling in de loop van de onderzoeksjaren verandert. Zo steeg het percentage 55-plussers van 16,3 % in 2018 naar 31,3 % in 2022. Met deze veroudering van de populatie moeten we rekening houden bij de interpretatie van de verzuimevolutie.

**Tabel 1** Leeftijdsverdeling van de onderzoeksgroep en percentage vrouwen per jaar

Jaar	N	< 35 jaar %	35-44 jaar %	45-54 jaar %	>= 55 jaar %	Vrouwen %
2018	54 399	23,5	26,3	<b>33,9</b>	16,3	62,6
2019	54 390	21,2	26,0	<b>32,5</b>	20,4	62,6
2020	54 396	18,9	25,7	<b>31,3</b>	24,1	62,6
2021	54 396	16,5	25,5	<b>30,3</b>	27,7	62,6
2022	54 402	14,4	24,9	29,4	<b>31,3</b>	62,5

**Tabel 2** geeft een overzicht van de sociodemografische en professionele karakteristieken van de onderzoekspopulatie voor de jaren 2018 en 2022.

Bijna de helft van de onderzoekspopulatie (47,3%) werkt in de gezondheidszorg. Dit is de grootste sector in deze onderzoeksgroep. Eveneens bijna de helft werkt in een groot bedrijf van 200 werknemers of meer en meer dan 90% woont in Vlaanderen. Net als de leeftijd neemt ook de anciënniteit in de loop van de onderzoeksjaren toe.

**Tabel 2** Sociodemografische en professionele karakteristieken van de onderzoekspopulatie in 2018 en in 2022

	N	%	N	%
	2018	2018	2022	2022
<b>Sector</b>				
Bouw	2 336	4,3	2 336	4,3
Diensten	6 518	12,0	6 519	12,0
Gezondheidszorg	25 755	47,3	25 754	47,3
Handel	5 747	10,6	5 748	10,6

	N	%	N	%
	2018	2018	2022	2022
Horeca	516	0,9	517	1,0
Industrie	5 049	9,3	5 047	9,3
Onderwijs	1 550	2,8	1 562	2,9
Overheid	164	0,3	164	0,3
Overige sectoren	4 383	8,1	4 373	8,0
Transport	2 381	4,4	2 382	4,4
<b>Anciënniteit</b>				
<= 1 jaar	6 360	11,7	31	0,1
> 1 jaar en <= 5 jaar	16 593	30,5	6 373	11,7
> 5 jaar en <= 10 jaar	12 921	23,8	19 744	36,3
> 10 jaar en <= 20 jaar	12 836	23,6	18 715	34,4
> 20 jaar	5 689	10,5	9 539	17,5
<b>Geboorteland</b>				
België	47 919	88,1	47 921	88,1
Niet-België	6 480	11,9	6 481	11,9
<b>Domicilie</b>				
België	54 209	99,7	54 199	99,6
Niet-België	190	0,3	203	0,4
<b>Provincie woonplaats</b>				
Antwerpen	13 987	25,7	14 011	25,8
Brabant-Wallon	408	0,8	425	0,8
Brussel	1 713	3,1	1 569	2,9
Hainaut	777	1,4	803	1,5
Liège	668	1,2	673	1,2
Limburg	7 915	14,5	7 933	14,6
Luxembourg	141	0,3	145	0,3
Namur	490	0,9	508	0,9
Oost-Vlaanderen	8 513	15,6	8 548	15,7
Vlaams-Brabant	11 989	22,0	11 952	22,0
West-Vlaanderen	7 776	14,3	7 815	14,4
Onbekend	22	0,0	20	0,0
<b>Burgerlijke stand</b>				
Alleenstaand	21 397	39,3	20 076	36,9
Samenwonend	33 002	60,7	34 326	63,1
<b>Opleidingsniveau</b>				
Maximum middelbaar onderwijs	23 291	42,8	23 380	43,0
Hoger onderwijs korte type	12 023	22,1	12 205	22,4
Hoger onderwijs lange type	4 079	7,5	4 205	7,7
Onbekend	15 006	27,6	14 612	26,9
<b>Bedrijfs grootte</b>				
Micro (1-9)	9 888	18,2	9 325	17,1
Klein (10-49)	8 208	15,1	8 362	15,4
Middelgroot (50-199)	9 667	17,8	9 542	17,5
Groot (>=200)	26 636	49,0	27 173	49,9
<b>Contract</b>				
Bepaalde duur	1 696	3,1	1 073	2,0
Onbepaalde duur	52 703	96,9	53 329	98,0
<b>Statuut</b>				
Arbeider	22 024	40,5	21 770	40,0
Bediende	32 375	59,5	32 632	60,0
<b>Tewerkstelling</b>				

	N 2018	% 2018	N 2022	% 2022
Deeltijds	26 243	48,2	27 586	50,7
Voltijds	28 156	51,8	26 816	49,3
<b>Onderworpen aan medisch onderzoek</b>				
Niet-onderworpen	14 623	26,9	16 298	30,0
Onderworpen	30 428	55,9	31 570	58,0
Onbekend	9 348	17,2	6 534	12,0
<b>Medisch contact</b>				
Geen medisch contact gehad	28 022	51,5	27 836	51,2
Medisch contact gehad	26 377	48,5	26 566	48,8
<b>Totaal</b>	<b>54 399</b>	<b>100,0</b>	<b>54 402</b>	<b>100,0</b>

## Onderrapportering van verzuim tijdens de medische onderzoeken

Eén van de doelstellingen van dit pilootonderzoek was om via de koppeling van de verzuimgegevens van Acerta en die van IDEWE op werknemersniveau, inzicht te krijgen in de grootteorde van onderrapportering van verzuim tijdens de medische onderzoeken. Het bleek helaas niet mogelijk om met de voorhanden onderzoeksgegevens een correcte inschatting te maken van onderrapportering. Uit de gegevensbank van IDEWE werden namelijk enkel de registraties van verzuim, maar niet de registraties van ‘geen verzuim’ per werknemer opgehaald. Bijgevolg kon de afwezigheid van een verzuimregistratie bij een medewerker in de onderzoeksgroep zowel te wijten zijn aan het feit dat er geen verzuim was, als aan het niet navragen of registreren van verzuim tijdens een medisch contact.

Om toch een idee te krijgen van de onderrapportering hebben we twee alternatieve methoden toegepast.

1. *Vergelijking van geregistreerd verzuim bij werknemers bij wie een bloeddruk of BMI gemeten werd.*

Enkel bij meer uitgebreide medische contacten met een arbeidsverpleegkundige of een arts worden bloeddruk gemeten of de BMI berekend. Bij een dergelijk uitgebreid medisch contact worden medische problemen die zich voordoen of voorgedaan hebben doorgaans uitgebreid bevraagd, en worden vervolgens als klacht of verzuim in het medisch dossier geregistreerd. We kunnen daarom veronderstellen dat wanneer er bij deze selectie van werknemers geen verzuim geregistreerd werd, er zich ook effectief geen verzuim heeft voorgedaan.

Verzuim wordt tijdens een medisch onderzoek bij IDEWE bevraagd voor de periode van 12 maanden voorafgaand aan het medisch onderzoek. De registratiedatum is die van het medisch onderzoek. Dit brengt met zich mee dat voor medische onderzoeken die doorgaan in het begin van het kalenderjaar, het geregistreerde verzuim zich kan voorgedaan hebben in het voorgaande kalenderjaar. Dit is een belangrijk verschilpunt met de verzuimperiode bij Acerta, die per kalenderjaar is, en kan een reden zijn waarom verzuimregistraties bij IDEWE en Acerta verschillen.

**Tabel 3** geeft weer hoeveel werknemers bij wie een bloeddruk- of BMI-meting werd uitgevoerd en die verzuimd hadden volgens de gegevens van Acerta, eveneens verzuimd hadden volgens IDEWE. Slechts bij de helft van deze werknemers was er een verzuimregistratie bij IDEWE.



**Tabel 3** Percentage werknemers met verzuim volgens Acerta en met een verzuimregistratie bij IDEWE binnen de groep werknemers die een uitgebreider medisch onderzoek (met BMI of bloeddrukregistratie) ondergingen.

Jaar	N Werknemers met verzuim volgens Acerta	% met verzuim geregistreerd bij IDEWE
2018	13 516	49,8
2019	12 167	49,9
2020	7 809	50,1
2021	9 662	49,0
2022	11 412	58,1
<b>Totaal</b>	<b>54 566</b>	<b>51,4</b>

## 2. *Vergelijking van geregistreerd verzuim door Acerta bij onderworpen mannen en vrouwen en de verzuimcijfers van het gezondheidsrapport van IDEWE.*

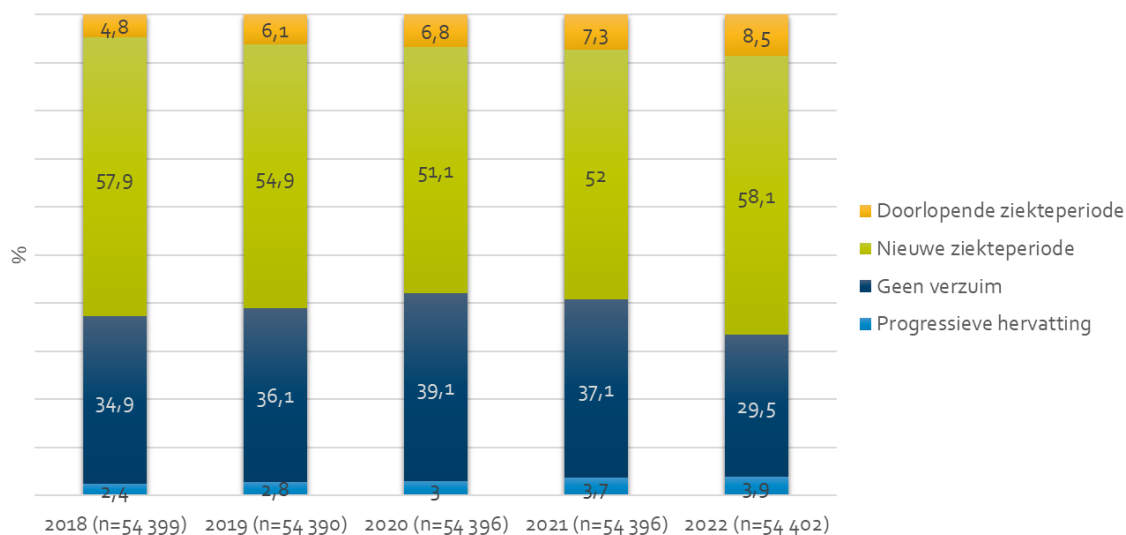
In het jaarlijks gezondheidsrapport van IDEWE worden de verzuimcijfers gerapporteerd van de werknemers die op een ‘gewoon’ medisch onderzoek komen. Dit zijn de medische onderzoeken bij aanwerving of werkverandering, bij periodieke gezondheidsbeoordeling of bij een check-up-onderzoek. In **tabel 4** vergelijken we de verzuimcijfers van de gezondheidsrapporten van 2018 tot 2022 met de verzuimcijfers van de onderworpen werknemers van de huidige verzuimstudie. De onderworpen werknemers zijn de werknemers die doorgaans op deze gewone onderzoeken uitgenodigd worden. Enkel bij de check-up-onderzoeken gaat het vooral om niet-onderworpen werknemers, maar dit type onderzoek maakt slechts een kleine fractie uit van het totaal aantal onderzoeken, en dus van het totaal aantal werknemers op medisch consult. We maken de vergelijking apart voor mannen en vrouwen. Het percentage verzuim in dit pilootonderzoek ligt bij mannen een kleine 10% hoger en bij vrouwen 20% dan in de gezondheidsrapporten van de overeenkomende kalenderjaren. Mogelijk speelt de grote vertegenwoordiging van de gezondheidszorg in dit onderzoek een rol (bijna 50 %). In het gezondheidsrapport bedraagt het percentage werknemers uit de gezondheidszorg doorgaans 30 %.

**Tabel 4** Percentage mannelijke en vrouwelijke werknemers met verzuim volgens het IDEWE gezondheidsrapport, en bij de onderworpen mannen en vrouwen in dit verzuimonderzoek.

Jaar	N werknemers gezondheidsrapport	% verzuim bij mannen volgens gezondheidsrapport	% verzuim bij vrouwen volgens gezondheidsrapport	N onderworpen werknemers verzuim-onderzoek	% verzuim bij mannelijke onderworpen werknemers	% verzuim bij vrouwelijke onderworpen werknemers
<b>2018</b>	218 906	48,0	52,9	29 550	57,0	74,1
<b>2019</b>	219 570	47,5	52,3	29 734	56,3	73,2
<b>2020</b>	186 928	46,6	52,0	30 017	54,2	73,1
<b>2021</b>	221 841	47,9	53,0	29 249	57,4	74,4
<b>2022</b>	238 166	56,8	64,0	30 171	65,2	80,7

## De incidentie van verzuim en aantal werknemers in progressieve hervatting

**Figuur 3** toont het percentage werknemers met een nieuwe en een doorlopende verzuimperiode per kalenderjaar en ook het percentage werknemers dat in progressieve werkhervatting was. De incidentie is het percentage werknemers met een nieuwe verzuimperiode in een kalenderjaar. De prevalentie is de som van de percentages werknemers met een nieuwe en met een doorlopende ziekteperiode. We merken een duidelijke stijging van incidentie en prevalentie in 2022, het laatste jaar van de coronacrisis. Het percentage werknemers in progressieve werkhervatting nam toe van 2,4% in 2018 naar 3,9% in 2022.



**Figuur 3** Percentage werknemers met geen, nieuw of doorlopend verzuim of progressieve hervatting naar kalenderjaar (2018-2022) ( $p < 0,001$ )

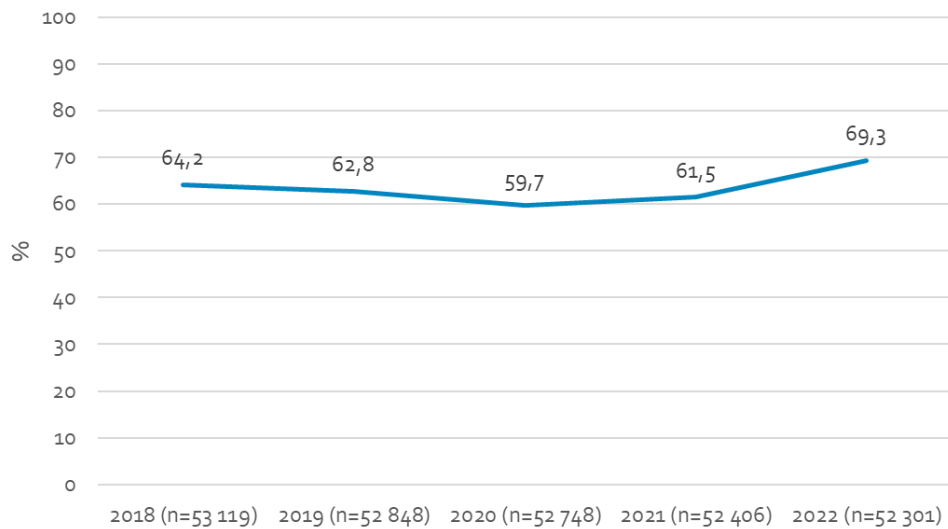
Van de werknemers in progressieve werkhervatting werden geen verzuimgegevens opgenomen.

## De prevalentie van verzuim en van kort, middellang en lang verzuim

De prevalentiecijfers werden berekend op het databestand zonder de werknemers in progressieve werkhervatting.

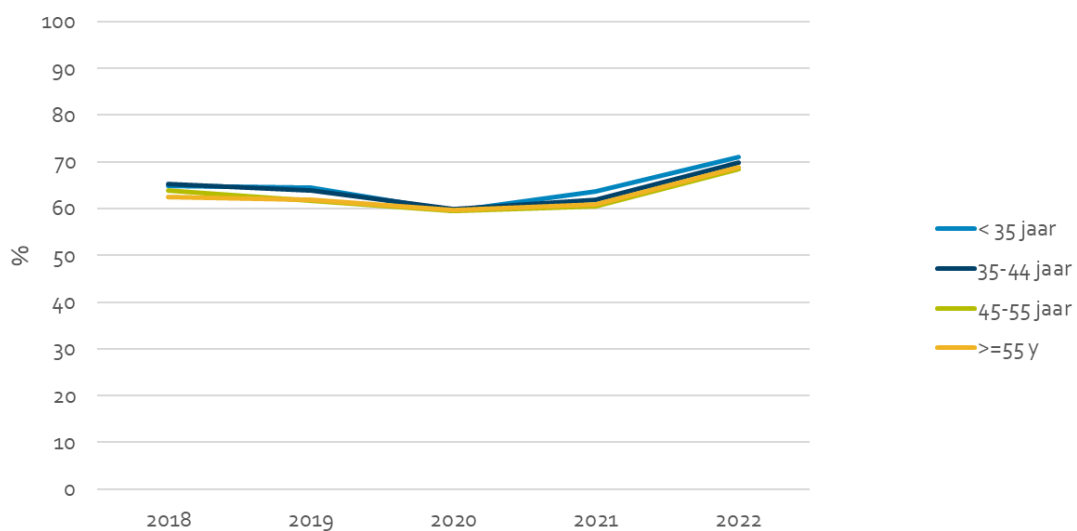
### De prevalentie van verzuim

Dit deel van de analyse heeft betrekking op de werknemers die minstens één dag verzuimd hebben in de loop van het kalenderjaar. **Figuur 4** toont de evolutie van de prevalentie van verzuim in de loop van 2018 tot 2022. We merken een lichte daling van verzuim tussen 2018 en 2020, gevolgd door een stijging vooral in 2022, het laatste jaar van de coronapandemie.

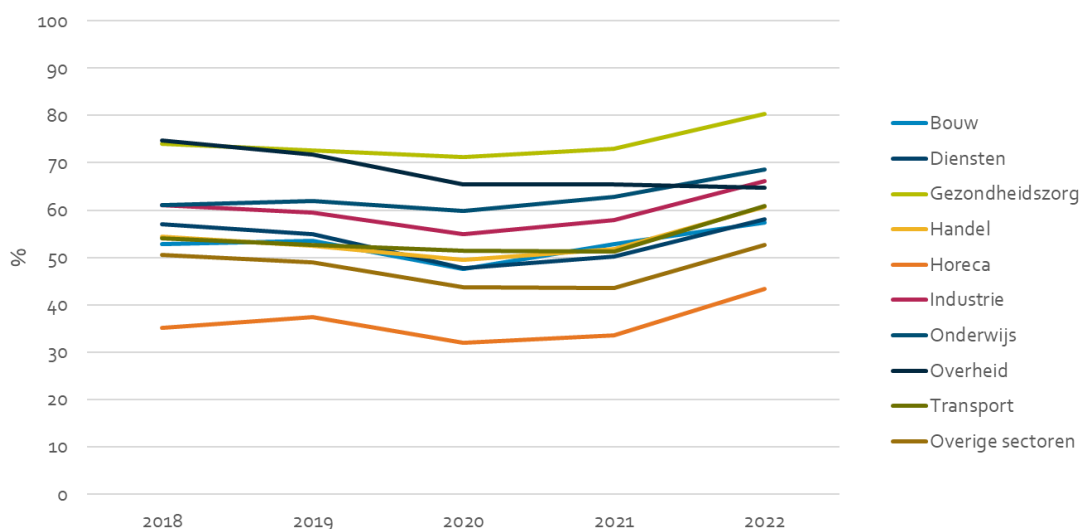


**Figuur 4** De prevalentie van verzuim naar kalenderjaar (2018-2022) ( $p < 0,001$ )

De **figuren 5a en 5b** geven de prevalentie naar kalenderjaar weer voor leeftijdscategorieën en voor de verschillende sectoren. We zien dezelfde evolutie voor de verschillende leeftijdsgroepen en voor de verschillende sectoren, behalve voor de overheid. Met slechts 164 werknemers is de overheid een kleine groep die niet representatief is voor de sector.



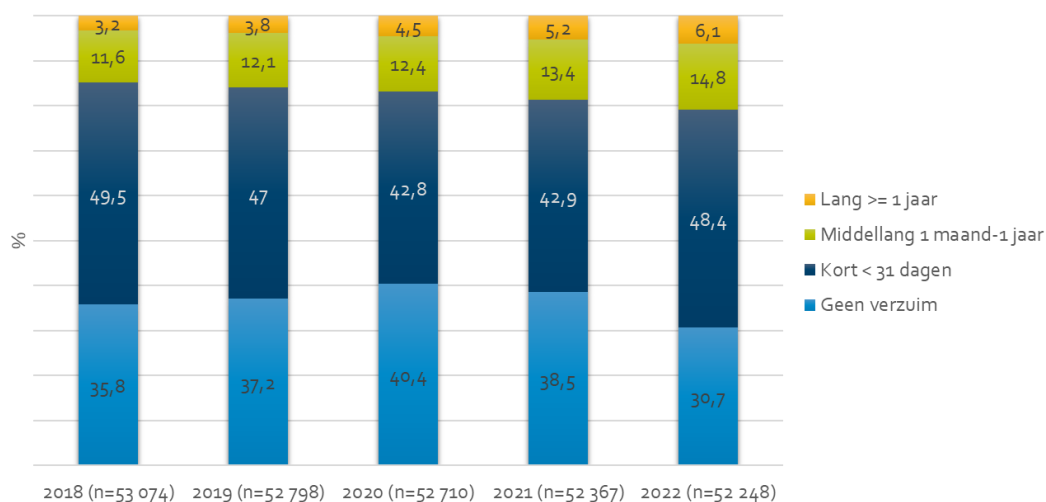
**Figuur 5a** De prevalentie van verzuim naar kalenderjaar (2018-2022) voor leeftijdscategorieën



**Figuur 5b** De prevalentie van verzuim naar kalenderjaar (2018-2022) voor de verschillende sectoren

### De prevalentie van kort, middellang en lang verzuim

**Figuur 6** geeft de evolutie van de prevalentie van kort, middellang en lang verzuim weer. Het valt op dat de afname van verzuim in de loop van de jaren 2018 tot 2020 te wijten was aan de afname van kort verzuim. In die periode was er daarentegen wel een toename van middellang en lang verzuim. Deze toename zette zich verder in 2021 en 2022. Vanaf 2022, einde coronapandemie, nam het kort verzuim fors toe. De toename van middellang en lang verzuim die we vaststellen in de loop van 2018 tot 2022 kan in de hand gewerkt zijn door het ouder worden van de onderzoekspopulatie.

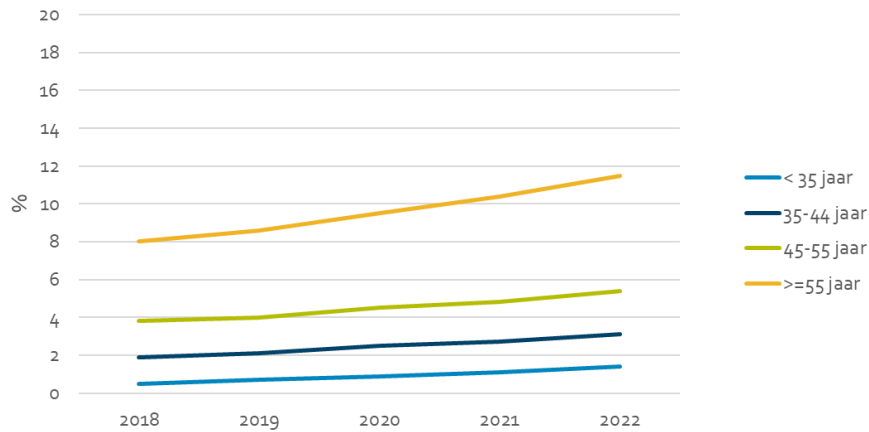


**Figuur 6** De prevalentie van geen, kort, middellang en lang verzuim naar kalenderjaar (2018-2022) ( $p < 0,001$ )

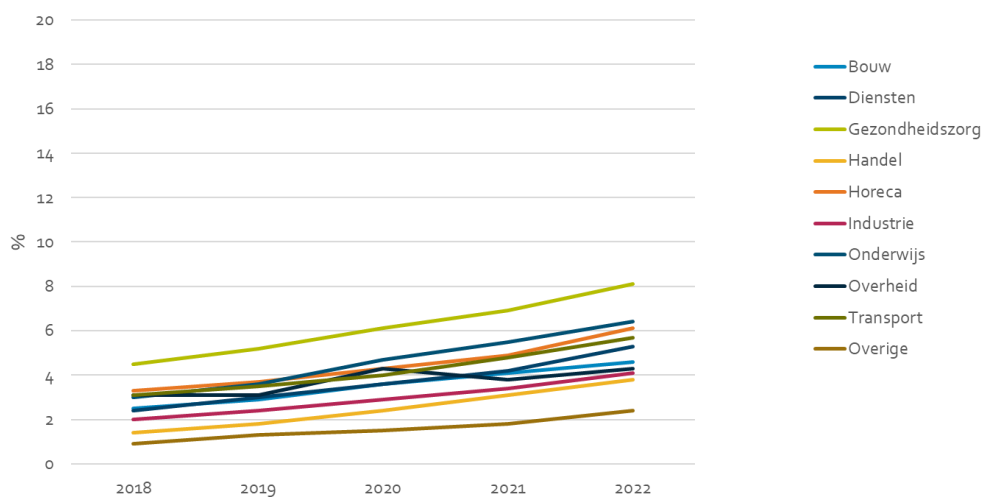
De **figuren 7a en 7b** geven de prevalentie van lang verzuim weer naar kalenderjaar voor leeftijdsgroepen en voor de verschillende sectoren. Oudere werknemers kenden vaker lang verzuim

dan jongere. Zowel bij de jongere als de oudere leeftijdsgroepen nam lang verzuim toe. De stijging ging sneller bij de 55-plussers. De toename van lang verzuim die we vaststellen in figuur 6 is allicht in de hand gewerkt door het ouder worden van de populatie, maar wordt niet volledig door dit fenomeen verklaard omdat we de toename van lang verzuim in alle leeftijdscategorieën vaststellen.

Lang verzuim nam toe in al de sectoren. De gezondheidszorg is sinds 2018 de sector met het meeste langdurig verzuim.



**Figuur 7a** De prevalentie van lang verzuim naar kalenderjaar (2018-2022) voor leeftijdscategorieën



**Figuur 7b** De prevalentie van lang verzuim naar kalenderjaar (2018-2022) voor de verschillende sectoren

De evoluties doorheen de tijd werden eveneens onderzocht via meervoudige (mixed-effecten) logistische regressie (Software R versie 4.4.1 met package glmmTMB versie 1.1.9). Hierbij werd het verband tussen tijd (2018-2022) en lang verzuim enerzijds, en algemeen verzuim anderzijds onderzocht. Hierbij werd gecontroleerd voor de mogelijke beïnvloedende variabelen leeftijd (0 = <35; 1 = 35-44; 2=45-

54; 3=55+), geslacht (0=man; 1=vrouw), sector (Diensten, Gezondheidszorg, Handel, Industrie, Overige), omvang van de onderneming (0=micro; 1=klein; 2=middel; 3=groot), werkregime (0 = deeltijds; 1 = voltijds), statuut (0 = arbeider; 1 = bediende), burgerlijke stand (0 = alleenstaand; 1 = samenwonend) en alle mogelijke 2-wegsinteracties.

De resultaten bevestigen de algemeen stijgende trend in langverzuim, ook na controle voor de verschillende beïnvloedende variabelen; bij algemeen verzuim was de trend overwegend stijgend bij de arbeiders maar minder uitgesproken bij de bedienden.

## De belangrijkste redenen van verzuim kort, middellang en lang verzuim

Wanneer werknemers op medisch onderzoek komen bij IDEWE, worden verzuim en de redenen hiervan nagevraagd. Zoals hoger beschreven komen vooral onderworpen werknemers op onderzoek en gaat het over zelfgerapporteerd verzuim dat zich voorgedaan heeft in de 12 maanden voorafgaand aan het medisch onderzoek. De opgegeven redenen kunnen dus nog betrekking hebben op een verzuimperiode van het vorige kalenderjaar. Dit is vooral het geval als het onderzoek plaatsvindt in de eerste maanden van het jaar. Een werknemer kan voor het verzuim van de vorige 12 maanden meerdere verzuimredenen opgeven. Deze verzuimredenen worden gecodeerd volgens de ICD-9-codering.

In **figuren 8 tot 10** worden de acht meest voorkomende redenen voor kort-, middellang- en lang verzuim weergegeven. De verzuimgegevens komen van Acerta en worden gecombineerd met de verzuimreden(en) die werknemers doorgaven tijdens een medisch onderzoek bij IDEWE. De cijfers omvatten de kalenderjaren 2018 tot en met 2022, evenals een samenvatting van de vijf jaar samen.

### Redenen van kort verzuim (figuur 8)

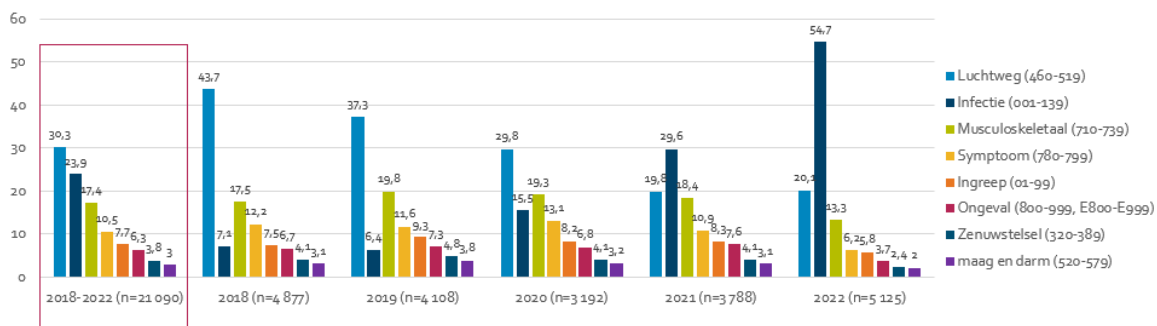
De vaakst voorkomende redenen voor kort verzuim waren luchtwegaandoeningen en infecties. Vaak gaat het bij luchtwegaandoeningen ook om luchtweginfecties. Infecties als redenen voor kort verzuim zien we sinds 2020 sterk toenemen door COVID-19. Er was een zeer hoge prevalentie in 2022: zelfs bij meer dan de helft van de werknemers met minder dan 31 dagen verzuim, was infectie de reden.

Tegelijkertijd lijken **luchtwegaandoeningen** als oorzaak van kort verzuim af te nemen tussen 2018 en 2022. Deze tegengestelde evolutie van toenemend verzuim door infecties en afnemend verzuim door luchtwegaandoeningen is enerzijds het gevolg van de coronapandemie en de bijbehorende infectiepreventiemaatregelen, en anderzijds van een verschuiving in de ICD-9-code die IDEWE medewerkers toekennen aan ziektebeelden met algemeen ziektegevoel en luchtwegklachten. De code voor COVID-19 valt onder de hoofdcategorie infecties, terwijl verkoudheden vaak als luchtwegaandoeningen zijn gecodeerd. COVID-19 heeft gezorgd voor veel verzuim door infecties. De isolatie- en quarantainemaatregelen die uitgevaardigd werden in die periode hebben de transmissie van ziektekiemen aan banden gelegd waardoor er minder verkoudheden voorkwamen.

De blijvende toename van kort verzuim door **infecties** in 2022 is mogelijk een gevolg van registraties in 2022 die nog over verzuim van het voorgaande jaar gingen. Bovendien schreven behandelende artsen werknemers voor een banale infectie gemakkelijker enkele dagen ziekteverlof voor dan voor de coronapandemie, om transmissie op de werkplek te vermijden. Daarnaast is het ook mogelijk dat onze

artsen en verpleegkundigen vanaf 2021 en 2022 vaker de code voor infectie zijn gaan gebruiken dan de code voor luchtwegaandoening voor respiratoire infecties waarbij de kiem niet gekend was.

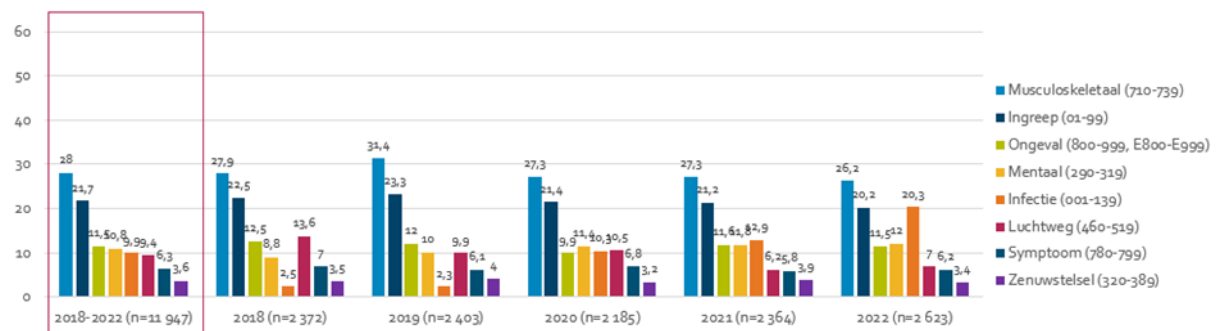
Op de derde plaats van redenen van kort verzuim staan musculoskeletale klachten.



**Figuur 8** Het procentueel voorkomen van de top 8 verzuimredenen bij werknemers die in de kalenderjaren 2018 tot 2022 kort (< 31 dagen) verzuimd hebben en van wie de verzuimreden(en) gekend zijn. De grafiek in het linkse kadertje stelt de prevalenties van de 5 kalenderjaren te samen voor. De volgorde van verzuimredenen is van hogere naar lagere prevalentie voor deze 5 kalenderjaren samen.

### Redenen van middellang verzuim (figuur 9)

**Musculoskeletale klachten en ingrepen** zijn de vaakst gemelde redenen van verzuim bij werknemers die per kalenderjaar een maand tot maximaal 1 jaar verzuimen. Hierin lijken zich geen belangrijke evoluties voor te doen tussen 2018 en 2022.



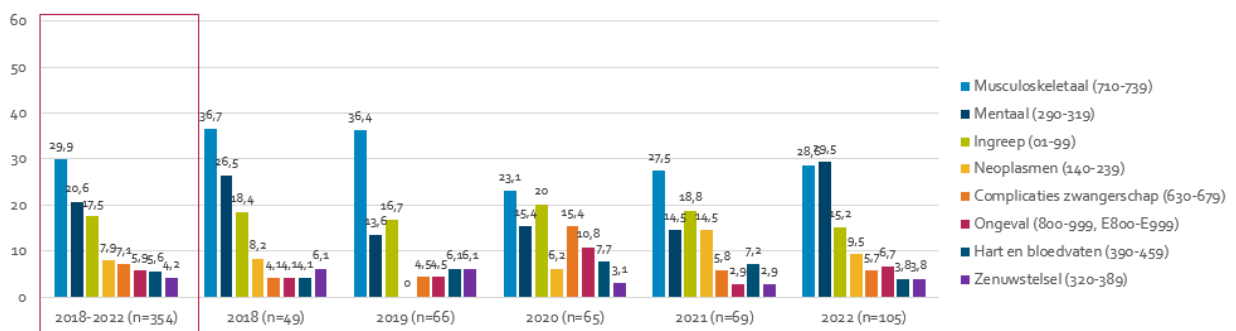
**Figuur 9** - Het procentueel voorkomen van de top 8 verzuimredenen bij werknemers die in de kalenderjaren 2018 tot 2022 middellang (1 maand- 1 jaar) verzuimd hebben en van wie de verzuimreden(en) gekend zijn. De grafiek in het linkse kadertje stelt de prevalenties van de 5 kalenderjaren te samen voor. De volgorde van verzuimredenen is van hogere naar lagere prevalentie voor deze 5 kalenderjaren samen.

### Redenen van lang verzuim (figuur 10)

Bij de redenen van verzuim bij werknemers die een jaar of langer uit zijn, zien we wel een evolutie. Omdat het aantal werknemers die langer dan een jaar verzuimen en van wie we informatie hebben uit een medisch onderzoek klein is, moeten we voorzichtig zijn bij het trekken van belangrijke besluiten. Werknemers komen enkel op medisch onderzoek wanneer ze aan het werk zijn of wanneer ze het werk hervatten. Sinds een aantal jaar kunnen werknemers hun arbeidsarts ook tijdens ziekte raadplegen, met name wanneer een hervatting voorop gesteld wordt (onderzoek voor

werkhervatting) of bij een re-integratietraject. Voor slechts een minderheid van de werknemers in invaliditeit is dit het geval. Volgens de gegevens van deze studie heeft slechts 10% van de werknemers die een volledig kalenderjaar ziek waren, in dat jaar een medisch contact gehad.

Voor de vijf onderzoeksjaren samen waren **musculoskeletale klachten** de belangrijkste redenen voor lang verzuim van een jaar of meer. Dat was het geval bij 30% van de werknemers met lang verzuim. **Mentale aandoeningen** waren bij 20% van de werknemers een reden om langer dan een jaar te verzuimen. De derde meest voorkomende reden was **een ingreep**. Kijken we naar de evolutie, dan lijken mentale problemen als reden van langdurig verzuim toe te nemen in 2022. Toch moeten we voorzichtig zijn om conclusies te trekken, aangezien het in dit onderzoek slechts over kleine groepen van werknemers gaat die niet representatief zijn voor de ganse groep van werknemers in invaliditeit.



**Figuur 10** Het procentueel voorkomen van de top 8 verzuimredenen bij werknemers die in de kalenderjaren 2018 tot 2022 lang (>= 1 jaar) verzuimd hebben en van wie de verzuimreden(en) gekend zijn. De grafiek in het linkse kadertje stelt de prevalenties van de 5 kalenderjaren samen voor. De volgorde van verzuimredenen is van hogere naar lagere prevalentie voor deze 5 kalenderjaren samen.

Algemeen valt het op dat **musculoskeletale aandoeningen** zowel bij de werknemers die kort, middellang als lang verzuimen tot de **belangrijkste redenen van verzuim** horen.

### De prevalentie van verzuim en van kort, middellang en lang verzuim naar verklarende factoren voor het jaar 2022

Voor het onderzoeken van het verband van de uitkomstvariabelen met de verklarende factoren beperkten we de onderzoekspopulatie tot het jaar 2022. Dit is het laatste onderzoeksjaar en bevat de meest recente gegevens. Hierbij moeten we er wel rekening mee houden dat deze groep in 2022 iets ouder was dan in 2018. Dit kan het voorkomen van verzuim mogelijk beïnvloeden.

#### Analyse naar sociodemografische en professionele factoren en aanwezigheid op medisch onderzoek

Voor deze analyse werden kleine groepen samengevoegd. Zo werd de woonplaats per regio geanalyseerd en niet per provincie. Onbekende groepen (zogenaamde *missings*) werden niet opgenomen in de analyse.

De prevalentie van verzuim (minstens één dag verzuimd in 2022) en de prevalentie van kort, middellang en lang verzuim naar de verschillende verklarende factoren zijn weergegeven in **tabel 6 en 7**.



Zoals verwacht was er significant meer verzuim bij **vrouwen**, bij **arbeiders** en bij werknemers met een **lager opleidingsniveau**. Beide laatste factoren zijn aan mekaar gerelateerd. Het verschil zit vooral in het middellang tot lang verzuim. Bij vrouwen was er dubbel (prevalentieratio 7,8 % / 3,4 % = 2,29) zoveel lang verzuim dan bij de mannen, en 70% (prevalentieratio 17,5 % / 10,4 % = 1,68) meer middellang verzuim.

Het verband tussen **leeftijd** en verzuim hangt af van de verzuimduur. De globale prevalentie van verzuim verschilde niet veel tussen de leeftijdsgroepen en er was zelfs meer verzuim bij de jongere leeftijdsgroep van < 35 jaar. Wanneer we de verzuimduur bekijken, dan is het opvallend dat de jongere leeftijdsgroepen significant meer kort verzuim vertoonden en de oudere groepen meer middellang en lang verzuim.

**Deeltijdse werknemers** verzuimden significant meer dan voltijdse. Ook hier is het verschil het grootst voor middellang en lang verzuim. De sector met het meeste verzuim was de gezondheidszorg met meer dan 80% verzuim in 2022. Zowel kort, middellang als lang verzuim kwamen significant meer voor in de **gezondheidszorg**. De gezondheidszorg is een sector die veel vrouwen tewerkstelt, wat de verzuimcijfers beïnvloedt.

Werknemers die onderworpen zijn aan het medisch onderzoek verzuimden 30% meer dan niet-onderworpen werknemers (prevalentieratio 74,4 % / 56,6 % = 1,3). Dit kunnen we allicht toeschrijven aan het feit dat **onderworpen werknemers** werken in jobs met beroepsrisico's, hetgeen vaak jobs zijn voor lager opgeleide werknemers. Zowel kort, middellang, als lang verzuim kwamen meer voor bij onderworpen werknemers, maar het verschil was het grootst voor middellang en lang verzuim. Werknemers die een medisch contact gehad hebben in 2022 verzuimden meer dan werknemers die geen medisch contact gehad hebben. Dit was verwacht vermits het vooral onderworpen werknemers zijn die voor een medisch onderzoek uitgenodigd worden. Wanneer we echter de duur van het verzuim bekijken bij werknemers die een medisch contact hadden, dan valt de lage prevalentie van langdurig verzuim op (1,7 %, t.o.v. 10,2 % bij werknemers zonder medisch contact). Deze prevalentie is zo laag omdat werknemers die in ziekteverlof zijn niet op medisch onderzoek komen. Ze worden enkel uitgenodigd bij hervatting of in het kader van een re-integratie-traject. Het merendeel van werknemers in invaliditeit hebben geen medisch contact met hun preventiedienst, en zijn dus ondervertegenwoordigd in deze studiepopulatie. De lage prevalentie van lang verzuim die we hier vaststellen bij werknemers met medisch contact, is vals laag ten gevolge van deze selectiebias binnen de onderzoekspopulatie.

**Tabel 6** - Percentage werknemers met verzuim naar sociodemografische en professionele factoren en naar medisch contact in 2022

	n	Prevalentie verzuim (%)	p
<b>Geslacht</b>			<0,001
Man	19 854	60,1	
Vrouw	32 335	75,0	
<b>Leeftijd</b>			<0,001
<35 jaar	7 691	71,0	
35-44 jaar	13 171	69,8	
45-54 jaar	15 323	68,5	
>= 55 jaar	16 116	68,9	

	n	Prevalentie verzuim (%)	p
<b>Sector</b>			< 0,001
Bouw	2 304	57,4	
Diensten	6 344	58,1	
Gezondheidszorg	24 310	80,3	
Handel	5 620	60,8	
Horeca	510	43,3	
Industrie	4 950	66,2	
Onderwijs	1 503	68,6	
Overheid	162	64,8	
Overige sectoren	4 293	52,6	
Transport	2 305	60,9	
<b>Anciënniteit</b>			< 0,001
<= 5 jaar	6 226	66,2	
> 5 jaar en <= 10 jaar	19 134	68,2	
> 10 jaar en <= 20 jaar	17 906	70,2	
> 20 jaar	9 035	72,0	
<b>Geboorteland</b>			0,440
België	46 018	69,4	
Niet-België	6 283	68,9	
<b>Domicilie</b>			0,074
België	52 104	69,3	
Niet-België	197	63,5	
<b>Regio woonplaats</b>			<0,001
Vlaanderen	48 277	69,8	
Wallonië	2 472	63,4	
Brussel	1 532	64,5	
<b>Burgerlijke stand</b>			0,030
Alleenstaand	19 214	68,7	
Samenwonend	33 087	69,6	
<b>Opleidingsniveau</b>			<0,001
Maximum middelbaar	22 133	77,1	
Hoger korte type	11 860	69,1	
Hoger lange type	4 103	57,3	
<b>Bedrijfsgrootte</b>			<0,001
Micro (1-9)	9 156	47,8	
Klein (10-49)	8 162	62,1	
Middelgroot (50-199)	9 212	70,3	
Groot (>=200)	25 771	78,8	
<b>Contract</b>			0,127
Bepaalde duur	1047	67,1	
Onbepaalde duur	51 254	69,3	
<b>Statuut</b>			<0,001
Arbeider	20 665	73,2	
Bediende	31 636	66,8	
<b>Tewerkstelling</b>			<0,001
Deeltijds	26 478	75,4	
Voltijds	25 823	63,0	
<b>Onderworpen aan medisch onderzoek</b>			<0,001
Niet onderworpen	15 879	56,6	
Onderworpen	30 171	74,4	
<b>Medisch contact</b>			<0,001
Geen medisch contact	27 204	65,2	
Medisch contact gehad	25 097	73,7	

**Tabel 7** - Percentage werknemers met kort, middellang en lang verzuim naar sociodemografische en professionele factoren en naar medisch contact in 2022

	n	Prevalentie kort verzuim (%)	Prevalentie middellang verzuim (%)	Prevalentie lang verzuim (%)	p
<b>Geslacht</b>					<0,001
Man	19 839	46,3	10,4	3,4	
Vrouw	32 297	49,7	17,5	7,8	
<b>Leeftijd</b>					<0,001
<35 jaar	7 681	55,6	13,9	1,4	
35-44 jaar	13 162	52,7	14,0	3,1	
45-54 jaar	15 318	48,2	14,8	5,4	
>= 55 jaar	16 087	41,5	15,8	11,5	
<b>Sector</b>					<0,001
Bouw	2 300	43,6	9,2	4,6	
Diensten	6 342	44,0	8,9	5,3	
Gezondheidszorg	24 278	53,0	19,2	8,1	
Handel	5 615	45,3	11,7	3,8	
Horeca	510	27,3	10,0	6,1	
Industrie	4 944	48,5	13,6	4,1	
Onderwijs	1 502	46,9	15,3	6,4	
Overheid	162	48,1	12,3	4,3	
Overige sectoren	4 292	42,0	8,2	2,4	
Transport	2 303	41,5	13,6	5,7	
<b>Anciënniteit</b>					<0,001
<= 5 jaar	6 218	49,1	13,9	3,1	
> 5 jaar en <= 10 jaar	19 114	49,0	14,2	4,9	
> 10 jaar en <= 20 jaar	17 889	48,4	15,1	6,7	
> 20 jaar	9 027	46,4	16,0	9,6	
<b>Geboorteland</b>					<0,001
België	45 970	48,6	14,8	6,0	
Niet-België	6 278	46,6	15,1	7,1	
<b>Domicilie</b>					0,206
België	52 051	48,4	14,8	6,1	
Niet-België	197	42,6	16,2	4,6	
<b>Regio woonplaats</b>					<0,001
Vlaanderen	48 228	49,0	14,7	6,0	
Wallonië	2 470	40,1	16,8	6,5	
Brussel	1 530	41,8	14,1	8,6	
<b>Burgerlijke stand</b>					<0,001
Alleenstaand	19 194	46,9	15,2	6,6	
Samenwonend	33 054	49,2	14,5	5,9	
<b>Opleidingsniveau</b>					<0,001
Maximum middelbaar	22 098	48,4	19,9	8,8	
Hoger korte type	11 853	53,6	12,3	3,1	
Hoger lange type	4 100	48,0	7,5	1,8	
<b>Bedrijfsgrootte</b>					<0,001
Micro (1-9)	9 151	37,6	7,0	3,1	
Klein (10-49)	8 153	48,7	9,6	3,8	
Middelgroot (50-199)	9 203	49,7	15,0	5,6	
Groot (>=200)	25 741	51,6	19,1	8,1	
<b>Contract</b>					0,022
Bepaalde duur	1044	45,1	14,1	7,9	
Onbepaalde duur	51 204	48,4	14,8	6,1	
<b>Statuut</b>					<0,001

	n	Prevalentie kort verzuim (%)	Prevalentie middellang verzuim (%)	Prevalentie lang verzuim (%)	p
Arbeider	20 644	46,3	17,7	9,2	
Bediende	31 604	49,7	12,9	4,1	
<b>Tewerkstelling</b>					<0,001
Deeltijds	26 436	49,6	17,9	7,8	
Voltijds	25 812	47,1	11,6	4,4	
<b>Onderworpen aan medische onderzoek</b>					<0,001
Niet onderworpen	15 864	43,5	9,7	3,4	
Onderworpen	30 133	49,8	17,2	7,3	
<b>Medisch contact</b>					<0,001
Geen medisch contact	27 175	44,3	10,7	10,2	
Medisch contact	25 073	52,8	19,3	1,7*	

\*lage waarde door selectiebias

## Analyse naar gezondheids- en levensstijlfactoren

Slechts voor de kleine helft werknemers die in de loop van een kalenderjaar een medisch contact hadden, waren er medische gegevens beschikbaar. BMI en de bloeddruk worden namelijk enkel bij de uitgebreidere medische onderzoeken gemeten. Dit heeft tot gevolg dat voor de analyse van verzuim naar BMI, bloeddruk en rookgedrag de onderzoekspopulatie veel kleiner was dan voor de andere factoren.

Daarnaast speelde ook voor deze analyses de hoger beschreven selectiebias. De ondervertegenwoordiging van werknemers in invaliditeit heeft tot gevolg dat we bij de groep van werknemers met een medisch contact een zeer lage prevalentie van lang verzuim vonden. Enkel van werknemers met een medisch contact worden gezondheids- en levensstijlgegevens geregistreerd. Daardoor zien we erg lage prevalenties van lang verzuim bij deze werknemers. In de bespreking van de resultaten zullen we daarom met de cijfers van lang verzuim naar deze factoren geen rekening houden. De resultaten van de analyses naar BMI, de aan- of afwezigheid van hypertensie ( $\geq 140/90$  mmHg) en naar rookgedrag zijn weergegeven in **tabel 8 en 9**.

## Bevindingen

Zoals verwacht merken we significant meer verzuim bij **rokers** dan bij niet-rokers. Vooral de prevalentie van middellang verzuim was groter bij rokers. Bij niet-rokers was er meer kort verzuim.

Werknemers met een **BMI** tussen 18,5 en 30 verzuimden het minst. Zowel bij werknemers met ondergewicht als met obesitas was er meer verzuim. Ingeval van een lage BMI ging het over kort verzuim, bij een hoge BMI van 30 of meer was vooral het verzuim van langer dan een maand toegenomen. Het verband tussen BMI en leeftijd is een mogelijke verklaring voor deze bevinding. Een laag gewicht zien we eerder bij jongeren, die meer kort verzuimen. Obesitas daarentegen komt meer voor bij ouderen die vaker langer en/of meer verzuimen.

Ook opvallend is dat we meer verzuim zien bij werknemers die een normale **bloeddruk** hebben dan bij werknemers met hypertensie (bloeddruk  $\geq 140/90$  mmHg). Hier vermoeden we dat het geslacht een rol speelt. Bij vrouwen komt hypertensie veel minder voor dan bij mannen (de helft tot 50 % minder volgens eigen onderzoek). Het zou dus kunnen dat het aandeel vrouwen in de groep werknemers met

normale bloeddruk groter is. Vrouwen verzuimen meer dan mannen en kunnen daardoor zorgen voor hogere verzuimcijfers bij de werknemers met normale bloeddruk.

**Tabel 8** - Percentage werknemers met verzuim naar BMI, aanwezigheid van hypertensie en rookgewoonten in 2022

	n	Prevalentie verzuim (%)	p
<b>BMI</b>			0,015
<18,5	150	78,7	
18,5-24,99	5 617	70,8	
25-29,99	5 302	69,8	
30-39,99	2 946	72,7	
>=40	228	72,8	
<b>Hypertensie (&gt;= 140/90 mmHg)</b>			< 0,001
Geen hypertensie	10 359	72,7	
Hypertensie	4 006	67,9	
<b>Rookgewoonten</b>			0,017
Niet-roker	19 378	73,7	
Roker	4 474	75,4	

**Tabel 9** - Percentage werknemers met kort, middellang en lang verzuim naar BMI, aanwezigheid van hypertensie en rookgewoonten in 2022

	n	Prevalentie kort verzuim (%)	Prevalentie middellang verzuim (%)	Prevalentie lang verzuim (%)	p
<b>BMI</b>					<0,001
<18,5	150	64,7	13,3	0,7*	
18,5-24,99	5 617	59,0	11,7	0,0*	
25-29,99	5 301	59,9	12,8	0,1*	
30-39,99	2 949	55,1	17,4	0,1*	
>=40	228	52,2	20,6	0,0*	
<b>Hypertensie (&gt;= 140/90 mmHg)</b>					<0,001
Geen hypertensie	10 355	58,5	14,1	0,1*	
Hypertensie	4 006	54,6	13,3	0,1*	
<b>Rookgewoonten</b>					<0,001
Niet-roker	19 365	53,9	18,6	1,2*	
Roker	4 465	50,8	22,6	2,0*	

\* lage waarde door ondervertegenwoordiging van werknemers in invaliditeit

## Het effect van gezondheidsgerelateerde factoren op middellang tot lang verzuim

Uit de analyses van de gegevens van 2022 bleek een verband te bestaan tussen roken, hypertensie, BMI en verzuim. Omdat het verband niet altijd verwacht was en we beïnvloedende factoren vermoedden, besloten we het effect van deze gezondheidsgerelateerde factoren op verzuim meer in detail te onderzoeken en te corrigeren voor beïnvloedende factoren. Hiervoor deden we een meervoudige analyse.

Bij een meervoudige analyse wordt een model gebruikt waarbij de uitkomstvariabelen bekeken worden in functie van meerdere factoren. Dit laat toe om het effect van één factor te onderzoeken terwijl er ook met de andere verklarende variabelen rekening gehouden wordt.

In deze analyse zijn die factoren of verklarende variabelen opgenomen die in de enkelvoudige analyse een statistisch significant verband vertoonden met uitkomstvariabelen, en die voor een voldoende groot aantal werknemers beschikbaar waren. Variabelen die in de enkelvoudige analyse geen statistisch significant verband vertoonden met de uitkomstvariabelen maar waarnaar een bijzondere interesse uitging, werden eveneens opgenomen.

Bovendien wilden we het onderzoek toespitsen op de ernstigere graden van overgewicht en hypertensie, namelijk de aan- of afwezigheid van obesitas (BMI  $\geq 30$ ) en de aan- of afwezigheid van matige tot ernstige hypertensie (hypertensie graad 2 of 3 = bloeddruk  $\geq 160/100$ )

Omdat de gezondheidsgerelateerde factoren slechts beperkt beschikbaar waren en er een ondervetegenwoordiging was van gegevens van werknemers in invaliditeit, wilden we de gegevens van de 5 onderzoeksjaren optimaal benutten om tot een zo groot mogelijke onderzoeksgroep te komen waarop we deze meervoudige analyse konden toepassen.

Daarom selecteerden we voor deze analyse werknemers:

- van wie BMI, bloeddruk en rookgedrag gekend waren via een medisch onderzoek in 2018 of 2019
- en van wie aan- of afwezigheid van verzuim door ziekte gekend waren voor de 5 onderzoeksjaren (2018 tot en met 2022). Werknemers met verzuim door ongeval werden niet opgenomen.
- van wie al de andere geselecteerde verklarende factoren (zie lijst hieronder) gekend waren.

Deze selectie leidde tot een onderzoeksgroep van 17 653 werknemers.

De **outcome** die we van deze groep onderzochten is het voorkomen van **minstens 1 jaar met middellang tot lang verzuim** (> 31 dagen per kalenderjaar) **tussen 2018 en 2022**.

De **factoren** die we opnamen in het model zijn:

- Obesitas (BMI  $\geq 30$ ). Obesitas is aanwezig als er een BMI  $\geq 30$  gemeten is in 2018 of in 2019. Obesitas is afwezig als er een BMI  $< 30$  gemeten is in 2018 of 2019 én er was geen meting van BMI  $\geq 30$
- Hypertensie gr 2 of 3 (bloeddruk  $\geq 160/100$  mmHg). Hypertensie gr 2 of 3 is aanwezig als er een bloeddruk  $\geq 160/100$  mmHg gemeten is in 2018 of in 2019. Hypertensie gr 2 of 3 is afwezig als er een bloeddruk  $< 160/100$  mmHg gemeten is in 2018 of 2019 én er was geen bloeddrukmeting  $\geq 160/100$  mmHg
- Roken. De factor roken wordt als aanwezig beschouwd als er 'roker' genoteerd is voor de jaren 2018 of 2019. Niet-roken is aanwezig als er 'niet-roker' genoteerd is in 2018 of 2019 én er is geen notatie van roker in 2018 of 2019.
- Geslacht
- Leeftijd in 2018
- Anciënniteit in 2018
- Opleidingsniveau in 2018
- Statuut in 2018

- Tewerkstelling in 2018
- Bedrijfsgrootte in 2018
- Sector in 2018. Omwille van kleine aantallen werden de sectoren “overige”, “onderwijs”, “overheid” en “horeca” samengenomen in de sector “overige”.
- Regio woonplaats in 2018
- Contract in 2018
- Burgerlijke stand in 2018

We controleerden of de nieuw aangemaakte factoren, obesitas in 2018-2019, hypertensie gr2 of 3 in 2018-2019 en roken in 2018-2019 in enkelvoudige analyse een statistisch significant verband vertoonden met het voorkomen van middellang of lang (ml-l) verzuim in minstens één jaar tussen 2018 en 2022. Dit bleek het geval voor obesitas (48,2 % met ml-l verzuim bij obesitas t.o.v. 37,7% met ml-l verzuim bij niet obesitas,  $p < 0,001$ ) en roken (46,7 % met ml-l verzuim bij roken t.o.v. 40 % met ml-l verzuim bij niet roken,  $p < 0,001$ ) maar niet voor hypertensie gr 2 of 3. We vonden in lichte mate meer verzuim bij matige tot ernstige hypertensie (41,6 % met ml-l verzuim bij hypertensie gr 2 of 3 t.o.v. 39,7 % met ml-l verzuim bij afwezigheid van hypertensie gr 2 of 3,  $p = 0,13$ ) maar dit verband was niet statistisch significant.

Het gaat in feite over een cross-sectioneel onderzoek op de gegevens verzameld in de kalenderjaren 2018 tot en met 2022.

Voor deze meervoudige analyse werd gebruik gemaakt van een meervoudig logistisch regressiemodel, backward binary logistic regression, in SPSS 29.0.2.0.

De resultaten van deze analyse zijn samengevat in **tabel 10**.

**Tabel 10** Gezondheidsgerelateerde, sociodemografische en professionele factoren die het voorkomen van middellang tot lang verzuim (> 31 dagen) beïnvloeden. Als een factor afwezig is, betekent dit dat deze niet geselecteerd werd in de automatische backward regressie.

Factor	Referentie	Middellang tot lang verzuim: minstens 1 jaar/ 5 jaar (2018-2022)	OR
<b>Geslacht</b>	<b>Man</b>	<b>Vrouw</b>	1,67
<b>Leeftijdscategorie</b>	< 35 jaar	35-44 jaar	1,12
		45-54 jaar	1,21
		>=55 jaar	1,33
<b>Obesitas</b>	<b>Geen obesitas</b>	<b>Obesitas</b>	1,45
<b>Roken</b>	<b>Niet-roker</b>	<b>Roker</b>	1,52
<b>Anciënniteit</b>	<= 5 jaar	5-10 jaar	1,01
		11-20 jaar	0,96
		> 20 jaar	0,75
<b>Opleidingsniveau</b>	<b>Max middelbaar</b>	<b>Hoger korte type</b>	0,67

Factor	Referentie	Middellang tot lang verzuim: minstens 1 jaar/ 5 jaar (2018-2022)	OR
		Hoger lange type	0,39
Statuut	Arbeider	Bediende	0,90
Tewerkstelling	Voltijds	Deeltijds	1,23
Bedrijfs grootte	Micro 1-9	Klein (10-49)	1,87
		Middelgroot (50-199)	2,30
		Groot (>=200)	2,41
Sector	Overige	Bouw	1,39
		Diensten	0,78
		Gezondheidszorg	1,27
		Handel	0,94
		Industrie	1,13
		Transport	1,17

Statistisch significant **meer** middellang en lang verzuim dan de referentiegroep met  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$   
 Statistisch significant **minder** middellang en lang verzuim dan de referentiegroep met  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$   
 OR = Odds Ratio. De odds ratio is het resultaat van een binaire logistische regressie.

## Bevindingen

Het verband tussen **obesitas en roken** en het voorkomen van middellang en lang verzuim is zeer significant. Er werd geen verband met matige tot ernstige hypertensie gevonden.

Het verband tussen **leeftijd en geslacht** en middellang tot lang verzuim blijkt zoals verwacht: Bij vrouwen zijn de odds om middellang tot lang te verzuimen bijna 70% groter dan bij mannen. Er is significant meer verzuim met toenemende leeftijd. Opvallend is de vaststelling van het minste verzuim bij de hoogste **anciënniteit**, terwijl in de enkelvoudige analyses verzuim toeneemt met toenemende anciënniteit. Het verband tussen anciënniteit en verzuim keert om als we corrigeren voor leeftijd. In dit model blijft het middellang tot lang verzuim significant hoger bij **deeltijds** werkenden dan bij voltijds werkenden, ook als we corrigeren voor het feit dat meer vrouwen en oudere werknemers deeltijds werken.

**Opleidingsniveau en statuut** hebben na correctie voor andere factoren nog steeds een statistisch significant verband met het voorkomen van middellang en lang verzuim. Arbeiders en lager opgeleide werknemers verzuimen meer.

De **bedrijfs grootte** blijkt ook een sterke relatie te hebben met verzuim. Middellang tot lang verzuim neemt significant toe met de bedrijfs grootte.

Wat de **sectoren** betreft: De gezondheidszorg krijgt in dit meervoudig analysemodel gezelschap van de bouwsector als koploper van middellang tot lang verzuim. Het hoge verzuim in de gezondheidszorg kunnen we niet enkel toeschrijven aan het feit dat er veel vrouwen werken, die vaker deeltijds werken, of dat het om werknemers in grote instellingen gaat. De bouwsector, die niet opviel in de enkelvoudige analyses, wordt eruit gelicht als een sector met relatief veel middellang tot lang verzuim.



Het hoofddoel van deze analyse was het effect van de aan- of afwezigheid van gezondheidsgerelateerde factoren op middellang en lang verzuim onderzoeken. Voor obesitas en roken vonden we significant meer middellang tot lang verzuim. Een analyse van de redenen voor middellang en lang verzuim leert dat musculoskeletale aandoeningen significant meer gerapporteerd werden als reden door werknemers met obesitas en door rokers, dan door niet-obesen en niet-rokers (respectievelijk 25,6 % door obesen, 23,1 % door niet-obesen en 25,4 % door rokers, 22,3 % door niet-rokers). Een ingreep, de tweede belangrijkste reden van middellang verzuim, werd opvallend en significant vaker opgegeven als verzuimreden door werknemers met obesitas dan door niet-obesen (21,1 % door obesen, 15,7 % door niet-obesen). Er was geen significant verschil in het rapporteren van een ingreep als verzuimreden tussen rokers en niet-rokers.

## BESLUIT

- Met een overrepresentatie van vrouwen en werknemers uit de gezondheidszorg die bovendien vooral gedomicilieerd zijn in Vlaanderen, is deze steekproef niet representatief voor de Belgische bevolking en kunnen we de prevalentiecijfers niet veralgemenen. We kunnen wel vergelijkingen maken tussen groepen.
- In de loop van 2018 tot 2022 merken we een **toename van middellang en lang verzuim**, ondanks de toename van de leeftijd in de studiebevolking. Kort verzuim dat sinds 2018 een afname vertoonde, nam belangrijk toe vanaf 2022 door de coronapandemie.
- In 2022 was er 30% meer verzuim bij onderworpen dan bij niet-onderworpen werknemers. Voor middellang en lang verzuim was het verschil het grootst. De verklaring is dat werknemers die onderworpen zijn aan het medisch onderzoek beroepsrisico's hebben. Dit zijn vaker jobs waarin werknemers met een lagere opleiding werken.
- Er was een sterk en significant verband tussen **leeftijd en geslacht** en verzuim. Middellang en lang verzuim namen toe met de leeftijd en kwamen anderhalf tot dubbel zo vaak voor bij vrouwen.
- De toename van verzuim bij toenemende **anciënniteit** is volledig te verklaren door het verband met leeftijd. Werknemers die al lange tijd in hetzelfde bedrijf werken zijn ook al wat ouder. Als we controleren voor leeftijd zien we dat een anciënniteit van 20 jaar of meer geassocieerd was met minder middellang tot lang verzuim.
- **Arbeiders** en **lager opgeleiden** verzuimden significant vaker, vooral middellang en lang, dan bedienden en hoger opgeleiden. Dat was ook zo voor **deeltijds** tewerkgestelden ten opzichte van voltijdse werknemers.
- Verzuim, zowel kort, middellang als lang nam significant toe met de **bedrijfsomvang**. Waarschijnlijk is de drempel om thuis te blijven minder groot in grote bedrijven waar een afwezigheid minder opvalt en de druk op de collega's bij afwezigheid minder groot is dan in kleine bedrijven.
- De sector met het meeste verzuim, zowel kort, middellang als lang, was de **gezondheidszorg**, een sector die verhoudingsgewijs veel vrouwen tewerkstelt, wat een verklaring voor de hoge verzuimcijfers kan zijn. In de meervoudige analyse, waar er gecorrigeerd werd voor andere geslachtsverschillen bleef de gezondheidszorg een sector met significant meer verzuim. In deze meervoudige analyse kwam ook de bouw naar boven als een sector met significant meer middellang tot lang verzuim.
- **Musculoskeletale aandoeningen** horen bij de top redenen bij zowel lang, middellang als kort verzuim. **Mentale aandoeningen** zijn andere belangrijke redenen voor lang verzuim. Ze lijken bovendien toe te nemen als reden van verzuim. **Infecties, al of niet respiratoir**, zijn de belangrijkste redenen bij kort verzuim.
- Er was geen significant verband tussen **hypertensie** en verzuim.

- Middellang tot lang verzuim kwam significant vaker voor bij **rokers** dan bij niet-rokers, ook na correctie voor andere verklarende factoren. Musculoskeletale aandoeningen werden significant vaker als reden van verzuim opgegeven door rokers dan door niet-rokers.
- Werknemers met een BMI tussen 18,5 en 30 verzuimden het minst. Zowel bij ondergewicht als obesitas vonden we meer verzuim. **Obesitas** bleef significant geassocieerd met middellang tot lang verzuim na correctie voor andere verklarende factoren. Musculoskeletale aandoeningen en ingrepen werden significant vaker als reden van verzuim opgegeven door werknemers met obesitas dan door niet-obesen.

## STERKTES EN ZWAKTES

- Door de selectie van de onderzoekspopulatie was er geen informatie over de werknemers die hun bedrijf verlieten.
- De structuur van het gegevensbestand van dit pilootonderzoek maakte het niet mogelijk om kort, middellang en lang verzuim per verzuimperiode te bestuderen. Ook liet deze gegevensverzameling niet toe om de onderrapportering van verzuim bij IDEWE correct in te schatten. In geval van nieuw onderzoek in de toekomst moeten hiervoor oplossingen gezocht worden.
- De onderzoeksgroep is niet representatief voor de Belgische bevolking.
- Gezondheidsgerelateerde factoren waren maar voor een kleine fractie van de werknemers met langdurig verzuim beschikbaar.
- Er zijn uitvoeringsafspraken voor registraties en metingen van medische gegevens, en de medische apparatuur wordt jaarlijks geïjkt, maar er is geen gestandaardiseerd uitvoeringsprotocol zoals dit bij klinische studies wel het geval is.
- Een belangrijke sterkte van dit onderzoek is de grote onderzoekspopulatie. Er zijn gegevens van 54 440 werknemers opgenomen. Van deze werknemers zijn gegevens van 5 kalenderjaren beschikbaar. Daarbovenop hebben we voor deze werknemers een zicht op een groot aantal verklarende factoren.
- Redenen van verzuim zijn niet beschikbaar voor sociale secretariaten en HR diensten. Door de koppeling van verzuimgegevens met medische gegevens van de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk, was het mogelijk inzicht te verkrijgen in gezondheidsgerelateerde factoren die verband houden met verzuim.

## REFERENTIES

1. RIZIV. Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden – Werknemersregeling en regeling voor zelfstandigen – 2007 – 2016. RIZIV 2018.
2. Eurofound (2017), *Sixth European Working Conditions Survey – Overview report (2017 update)*, Publications Office of the European Union, Luxembourg. <https://www.eurofound.europa.eu/data/european-working-conditions-survey>
3. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2010). *Absence from work*. Wyattville Road, Loughlinstown, Dublin 18, Ireland.
4. Bevan, S. (2015). Economic impact of musculoskeletal disorders (MSDs) on work in Europe. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 29(3), 356–373. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.08.002>
5. Kant, Ij., Jansen, N. W. H., van Amelsvoort, L. G. P. M., et al. (2009). Screening questionnaire Balansmeter proved successful in predicting future long-term sickness absence in office workers. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(4), 408-414.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.07.003>
6. Vemer, P., Bouwmans, C. A., Zijlstra-Vlasveld, M. C., et al. (2013). Let's get back to work: Survival analysis on the return-to-work after depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1637–1645. <https://doi.org/10.2147/NDT.S49883>
7. RIZIV. Ziekteverzuim in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid: analyse en verklarende factoren:2011-2016. RIZIV 2018
8. van der Burg LR, van Kuijk SM, ter Wee MM et al. (2020) Long-term sickness absence in a working population: development and validation in a large Dutch prospective cohort. *BMC Public Health* 20:699 <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08843-x>
9. Goorts K, Duchesnes C, Vandebroeck S, et al. (2017) Is langdurig ziekteverzuim voorspelbaar en meetbaar? *TBV*25,59-62 <https://doi.org/10.1007/s12498-017-0023-6>
10. De Wit R., Moens G., D'Hondt M. (1998) Een onderzoek naar de validiteit van zelfgerapporteerd ziekteverzuim. *Arbeidsgezondheidszorg & ergonomie*, band XXXV, nr 4,165-168.

# Meer informatie

---

## Voor meer informatie kan u terecht bij

Martijn Schouteden en Lieve Vandersmissen, onderzoekers en auteurs  
Sofie Vandenbroeck, directeur Kennis, Informatie en Research

## Adres

Groep IDEWE  
Research Park Haasrode  
Interleuvenlaan 58  
3001 Leuven  
[www.IDEWE.be](http://www.IDEWE.be)  
016/390.411