

Pijnlijk onzichtbaar: reuma



Profiel van leden van Solidaris met chronische polyartritis

Dienst Onderzoek & Ontwikkeling

December 2025

www.solidaris.be



Inhoud

1	Inleiding	3
2	Resultaten.....	7
2.1	Profiel.....	7
2.1.1	Geslacht.....	7
2.1.2	Leeftijd	7
2.1.3	Voorkeurregeling	8
2.1.4	Statuut chronische aandoening	8
2.1.5	Maximumfactuur	9
2.1.6	Cardiovasculaire aandoeningen.....	9
2.1.7	Depressie	10
2.1.8	Chronische pijnmedicatie	11
2.1.9	Opname in een algemeen ziekenhuis	12
2.1.10	Contact met de huisarts.....	13
2.1.11	Contact met de reumatoloog	13
2.1.12	Gemiddeld aantal sessies E-kine	14
2.2	Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit	16
2.2.1	Arbeidsongeschiktheid	16
2.2.2	Arbeidsongeschiktheid naar geslacht	16
2.2.3	Arbeidsongeschiktheid naar VT	17
2.2.4	Invaliditeit	18
2.2.5	Invaliditeit naar VT.....	18
2.2.6	Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit naar aantal jaar sinds diagnose	19
2.2.7	Voorschrijversprofiel van arbeidsongeschiktheid	21
3	Socio-professionele re-integratie bij polyartritis.....	22
3.1	Multidisciplinaire ondersteuning van polyartritispatiënten	22
3.2	Terugkeer naar werk en ondersteunende maatregelen	25
4	Conclusie	26
5	Aanbevelingen	27

1 Inleiding

Reuma is een brede verzamelnaam voor meer dan tweehonderd aandoeningen aan gewrichten, spieren en pezen, die gepaard gaan met pijn en stijfheid. Ongeveer één op vijf Belgen lijdt aan reumatische klachten¹. Hoewel de klachten variëren, worden deze aandoeningen traditioneel in drie hoofdcategorieën ingedeeld: artrose, wekedelenreuma (fibromyalgie) en ontstekingsreuma. Omdat de groep reumapatiënten zo divers is, beperkt deze studie zich tot een ziektebeeld uit de laatste categorie: chronische polyartritis. De meest bekende vorm van reuma die zich presenteert als chronische polyartritis is reumatoïde artritis.

Ongeveer 1 tot 1,5% van de Belgische bevolking lijdt aan chronische polyartritis. Bij chronische polyartritis keert het afweersysteem van het lichaam zich tegen de eigen gezonde cellen, wat leidt tot chronische gewrichtsontstekingen. Dit is een ernstige auto-immuunziekte waarbij vroege diagnose en behandeling essentieel zijn om gewrichtsschade en functieverlies te beperken. Als de ontstekingen niet tijdig en adequaat worden behandeld, kunnen die leiden tot blijvende gewrichtsschade en misvormingen. Dit kan de functionaliteit van de gewrichten ernstig aantasten en leiden tot een verminderde levenskwaliteit. Daarom zijn een vroege diagnose en behandeling van groot belang om de voortgang van de aandoening te beperken en de symptomen op lange termijn te verbeteren.

Behandelingsopties variëren afhankelijk van de onderliggende oorzaak en omvatten medicatie, fysiotherapie en in sommige gevallen chirurgie. Door de komst van nieuwe medicatie in 2006, zoals biologicals en JAK-remmers, is de behandeling verschoven van het beheersen van de symptomen naar het actief uitschakelen van de ziekte. Door deze medicatie kan vroeger in het ziekteproces worden ingegrepen, zodat de inflammatie afneemt en de gekende ernstige misvormingen door polyartritis stilaan uit het beeld verdwijnen.

De belangrijkste symptomen van polyartritis zijn pijn, zwelling, roodheid en warmte in de ontstoken gewrichten. Deze klachten zijn vaak symmetrisch, wat betekent dat vergelijkbare problemen aan beide kanten van het lichaam optreden, bijvoorbeeld in de knieën, polsen of vingers. Een veelvoorkomende en invaliderende klacht is ochtendstijfheid, die langer dan 30 minuten kan aanhouden en het bewegen na een periode van rust bemoeilijkt. Dit kan een aanzienlijke impact hebben op dagelijkse activiteiten.

Daarnaast is chronische vermoeidheid een onderschat en invaliderend symptoom. Veel patiënten ervaren een aanhoudend gevoel van uitputting, niet alleen door de ontstekingen en een door pijn verstoorde nachtrust, maar ook door de systemische aard van de auto-immuunziekte zelf. Deze vermoeidheid is vaak een belangrijkere voorspeller van functionele beperkingen en verminderde levenskwaliteit dan de objectieve maatstaven van de ziekteactiviteit, zoals bijvoorbeeld ontstekingsparameters².

Chronische polyartritis is geen typisch ziektebeeld dat samengaat met ouderdom. Hoewel de prevalentie stijgt met de leeftijd, manifesteert de aandoening zich doorgaans tijdens de productieve levensfase (gemiddeld tussen 40 en 60 jaar) en treft het vrouwen vaker dan mannen (ongeveer 2 tot 3 keer meer). De ziekte heeft daardoor een disproportioneel grote impact op de carrière, de familiale rol en de socio-economische positie van de patiënt.

Daarenboven is chronische polyartritis (en reuma in het algemeen) één van de vele musculoskeletale aandoeningen. Musculoskeletale aandoeningen zijn in België en andere Westerse landen één van de belangrijkste oorzaken van langdurige arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim,

¹ [Reumanet](#)

² Santos EJF, Duarte C, da Silva JAP, Ferreira RJO. The impact of fatigue in rheumatoid arthritis and the challenges of its assessment. *Rheumatology (Oxford)*. 2019 Nov 1;58(Suppl 5):v3-v9. doi: 10.1093/rheumatology/kez351. PMID: 31435662; PMCID: PMC6827262.

met enorme kosten voor de sociale zekerheid en de maatschappij. Uit Nederlands onderzoek bleek dat meer dan de helft van de mensen met een reumatische aandoening geen betaald werk hebben³. Europees onderzoek wijst uit dat ongeveer 30% tot 50% van de polyartritispatiënten binnen 10 jaar na de diagnose de arbeidsmarkt hebben verlaten⁴.

Arbeidsongeschiktheid bij chronische polyartritis is niet louter een gevolg van gewrichtsschade, maar een complex samenspel tussen verschillende factoren. Enerzijds zijn er de klinische factoren, zoals de actuele ziekteactiviteit, de mate van pijn en chronische vermoeidheid. Daarnaast spelen functionele beperkingen een rol, zoals moeite met taken die precisie (bijvoorbeeld van de handen) of uithoudingsvermogen (langdurig staan of lopen) vereisen. Verder zijn er de werkgerelateerde factoren, waaronder de aard van de job, de mogelijkheid tot werkplekaanpassingen (ergonomie), en de flexibiliteit van de werkgever. Ten slotte beïnvloeden psychosociale factoren de werksituatie, zoals steun van de werkgever, angst voor het verergeren van de ziekte door werk, en comorbiditeit zoals depressie. De rol van een multidisciplinair team in het omgaan met de fysieke en mentale beperkingen vroeg in het ziekteproces kan niet genoeg benadrukt worden.

Deze studie heeft als doel een algemeen profiel te maken van de Solidarisleden met chronische polyartritis, en de arbeidsongeschiktheid die met het ziektebeeld samenhangt in kaart te brengen. We geven ook een stand van zaken mee i.v.m. huidige ondersteunende maatregelen voor socio-professionele re-integratie, zowel vanuit het standpunt van terug naar werk als breder naar multidisciplinaire ondersteuning.

³ [Infographic. Leven met reuma: een forse impact op het dagelijks leven. | Nivel](#)

⁴ Kirkeskov, L., Bray, K. Employment of patients with rheumatoid arthritis - a systematic review and meta-analysis. *BMC Rheumatol* 7, 41 (2023). <https://doi.org/10.1186/s41927-023-00365-4>

Methodologie

Solidaris beschikt niet over de diagnoses (ICD-10) van leden. Daarom maken we gebruik van proxy-indicatoren om leden met chronische polyartritis te identificeren.

We selecteerden leden die voldoen aan één van de drie onderstaande criteria:

1. Het lid kreeg een standaardevaluatie (nomenclatuurcode 478030-478041) aangerekend:

- Deze code wordt gebruikt voor de “standaardevaluatie van het actief ziekteproces, de evolutie en de prognose, door de geaccrediteerde geneesheer-specialist voor reumatologie, bij een patiënt met chronisch inflammatoir reumatisch lijden, met behandelingsplan en schriftelijk verslag aan de huisarts” (KB 19/02/2008).
- De code werd minstens één keer aangerekend in de periode 2012-2023, bij leden die aangesloten zijn bij Solidaris op 31/12/2023.

2. Het lid gebruikt specifieke medicatie:

- Gebruik van een geneesmiddel uit de lijst hieronder (=FKG-klasse⁵ Reuma), in één of meerdere jaren in de periode 2012-2023, minstens 90 DDD per jaar voor min 18-jarigen en minstens 180 DDD per jaar voor 18-plussers. Personen die zijn ingedeeld in de FKG-klasse “Auto-immuunziekten op basis van add-on⁶” (zie hieronder) worden uitgesloten.

Molecule (ATC7)	Naam
P01BA02	hydroxychloroquine
L04AA13	leflunomide
L04AX03	methotrexaat
M01CC01	penicillamine

- Het lid gebruikt medicatie uit de onderstaande lijst met ATC7-codes (die behoren tot de FKG-klasse “Auto-immuunziekten op basis van add-on”⁷) in één of meerdere jaren in de periode 2012-2023:

ATC4-niveau	Werking	Molecule (ATC7)
L04AA	Selectieve immunosuppressiva	L04AA24 (abatacept), L04AA32 (apremilast)
L04AB	TNF-alfaremmers	L04AB01 (etanercept), L04AB02 (infliximab), L04AB04 (adalimumab), L04AB05 (certolizumab pegol), L04AB06 (golimumab)
L04AC	Interleukine-remmers	L04AC05 (ustekinumab), L04AC07 (tocilizumab), L04AC08 (canakinumab), L04AC10 (secukinumab), L04AC14 (sarilumab), L04AC18 (risankizumab), L04AC21 (bimekizumab)
L04AF	JAK-inhibitoren	L04AF01 (tofacitinib), L04AF02 (baricitinib), L04AF03 (upadacitinib), L04AF04 (filgotinib)
L04AG	Andere monoklonale antilichamen	L04AG11 (anifrolumab)
L01FA	B-cel-remmers	L01FA01 (rituximab)

⁵ Farmaceutische Kostengroepen (FKG) worden ontwikkeld door het Zorginstituut Nederland en groeperen geneesmiddelen in klassen die toelaten chronische aandoeningen te identificeren.

⁶ Aandoeningen waar aanvullende (add-on) medicatie of behandelingen noodzakelijk zijn.

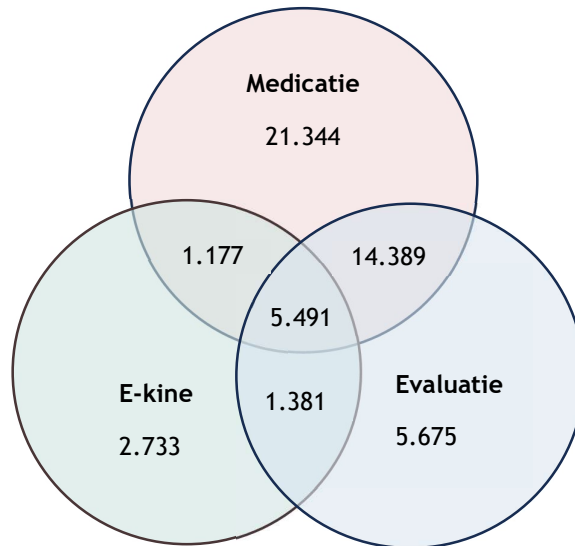
⁷ Exclusie in deze categorie wegens andere indicatie dan polyartritis: L04AG05 (colitis ulcerosa), L04AA26 (lupus nefritis), L04AC03 (congenitale artritis), L04AA37 (atopische dermatitis), L04AC12 (plaque psoriasis), L04AC13 (plaque psoriasis), L04AC16 (plaque psoriasis).

3. Het lid heeft een akkoord voor E-pathologie kinesitherapie:

- Het lid heeft een akkoord voor kinesitherapie voor zware pathologieën (E-kine) in de periode 2012-2023 en is aangesloten bij Solidaris op 31/12/2023, omwille van de pathologie ‘chronische inflammatoire polyarthritis’⁸.

Binnen Solidaris zijn er in 2023 52.190 leden die in de periode 2012-2023 voldoen aan minstens één van deze criteria. De verdeling tussen de selectiecriteria wordt weergegeven in Figuur 1.

Figuur 1: Aantal leden per selectie criterium



⁸ Spondyloartropathie, juveniele chronische artritis, systemische lupus, sclerodermie, primair syndroom van Sjögren.

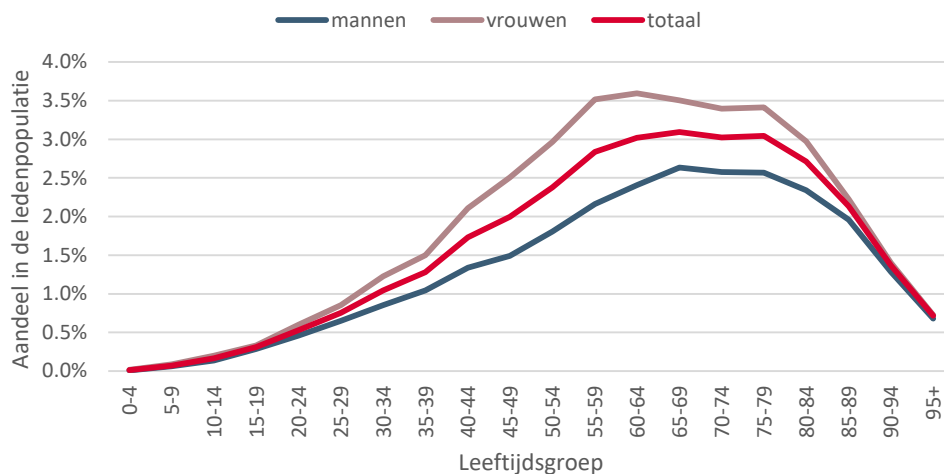
2 Resultaten

2.1 Profiel

2.1.1 Geslacht

Leden met chronische polyartritis maken 1,6% uit van de totale ledenpopulatie. Polyartritis komt meer voor bij vrouwen (1,9%) dan bij mannen (1,2%). Bij vrouwen situeert de grootste groep zich in leeftijdsgroepen 55-69 jaar (3,5%-3,6% van de populatie), bij mannen ligt de piek (2,6%) op iets oudere leeftijd (65-79 jaar) (Figuur 2).

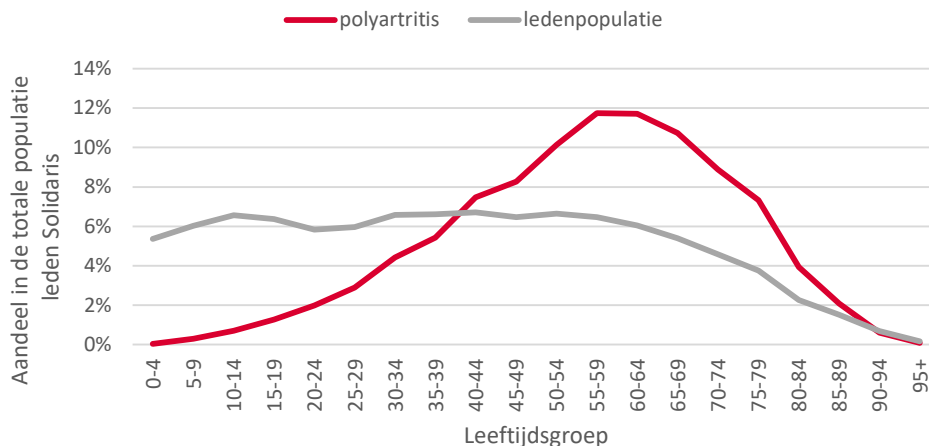
Figuur 2: Percentage leden met polyartritis tijdens de periode 2012-2023; naar leeftijd en geslacht op 31/12/2023



2.1.2 Leeftijd

In vergelijking met de verdeling van de totale ledenpopulatie, kent de verdeling van leden met polyartritis een oververtegenwoordiging vanaf 40 jaar (Figuur 3), met de sterkste afwijking in de leeftijdsgroep van 55 tot 59 jaar.

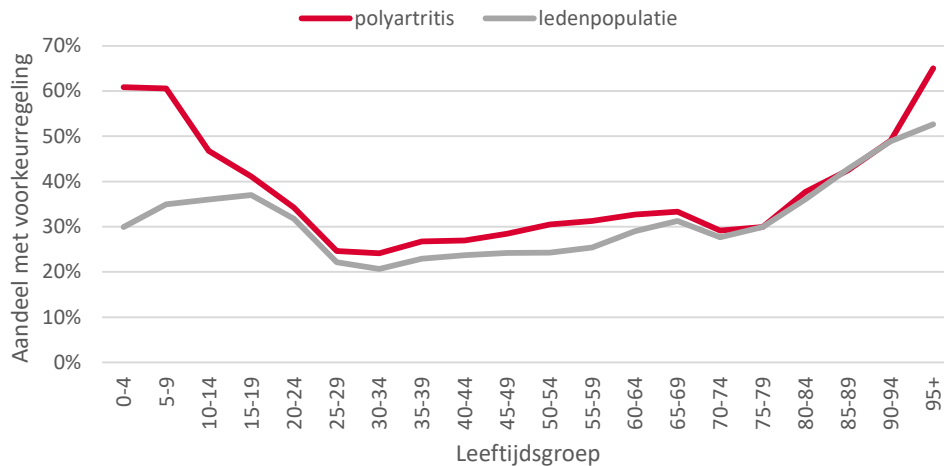
Figuur 3: Aandeel leden tijdens de periode 2012-2023, per leeftijdscategorie; in de populatie met polyartritis en de totale populatie op 31/12/2023



2.1.3 Voorkeurregeling

In België hebben 19% van de mensen recht op het statuut verhoogde tegemoetkoming (VT). Bij Solidaris ligt dat aandeel hoger: 28% van onze leden hebben er recht op. In alle leeftijdsgroepen van leden met polyartritis ligt het aandeel hoger (Figuur 4). Op zeer jonge en zeer oude leeftijd is de afwijking uitgesproken, maar het gaat in deze leeftijdsgroepen om lage aantallen leden met polyartritis.

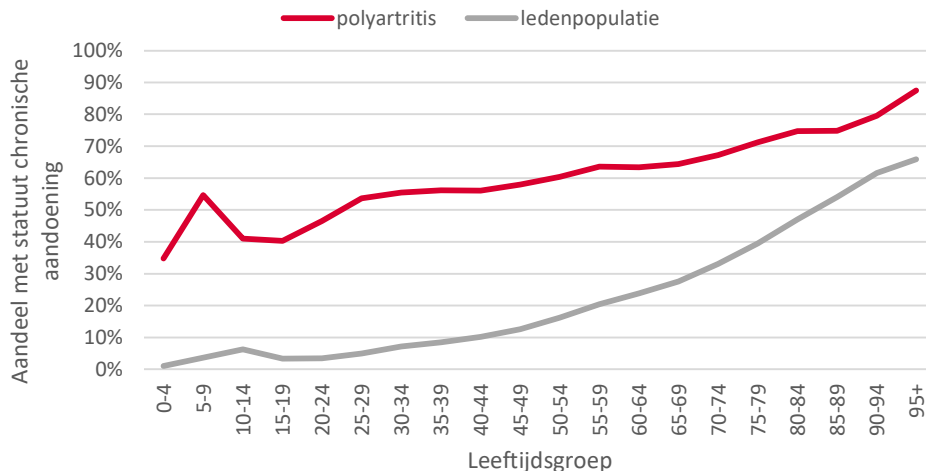
Figuur 4: Aandeel leden met voorkeurregeling in de periode 2012-2023; per leeftijdscategorie, in de populatie met polyartritis en de totale populatie, op 31/12/2023



2.1.4 Statuut chronische aandoening

In vergelijking met onze totale ledenpopulatie, hebben leden met polyartritis in grotere mate recht op het statuut chronische aandoening (Figuur 5). Het aandeel leden met het statuut chronische aandoening neemt toe van 40-50% op jonge leeftijd, naar bijna 70% op 70 jaar en bijna 90% in de oudste leeftijdsgroep (95+ jaar). De afwijking met de totale ledenpopulatie is het grootst op jonge en middelbare leeftijd.

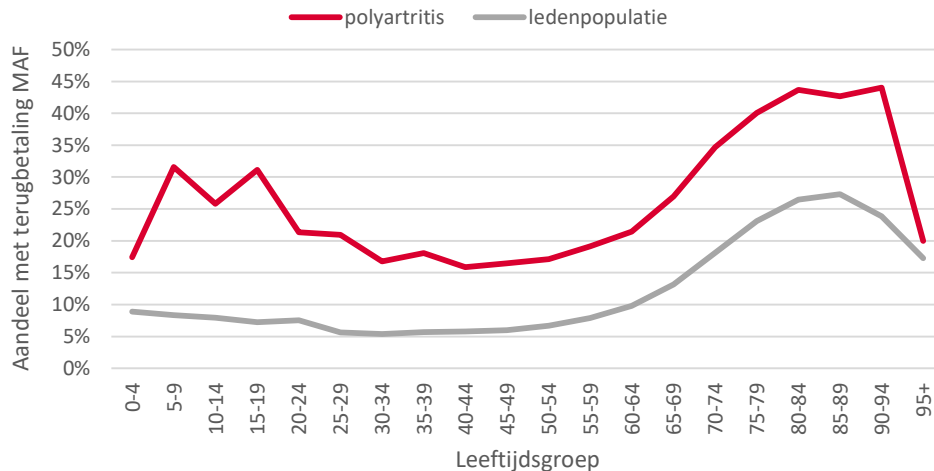
Figuur 5: Aandeel leden met statuut chronische aandoening in de periode 2012-2023; per leeftijdscategorie, in de populatie met polyartritis en de totale populatie op 31/12/2023



2.1.5 Maximumfactuur

Polyartritispatiënten hebben op elke leeftijd een veel hogere kans om de maximumfactuur (MAF) te overschrijden dan de totale populatie (Figuur 6). Dit is een duidelijke indicatie dat personen met polyartritis hogere (zorg-)kosten hebben. Over alle leeftijden heen heeft 24% van de polyartritispatiënten de MAF-drempel overschreden in 2023, t.o.v. 9% in de totale populatie van Solidaris.

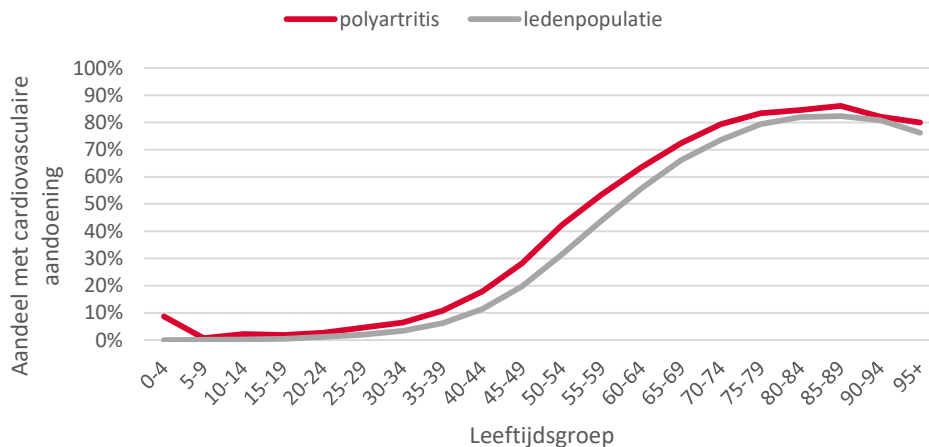
Figuur 6: Aandeel leden met een terugbetaling via de MAF in de periode 2012-2023; per leeftijdscategorie, in de populatie met polyartritis en de totale populatie op 31/12/2023



2.1.6 Cardiovasculaire aandoeningen

Door de chronische ontsteking die kenmerkend is voor polyartritis, hebben deze patiënten een verhoogd risico op hartaandoeningen (Figuur 7). Het verschil is het grootst bij personen van middelbare leeftijd tussen 40 jaar en 70 jaar. Patiënten met polyartritis ontwikkelen gemiddeld op jongere leeftijd cardiovasculaire aandoeningen dan de totale populatie.

Figuur 7: Aandeel leden met een cardiovasculaire aandoening in de periode 2012-2023; per leeftijdscategorie, in de populatie met polyartritis en de totale populatie op 31/12/2023

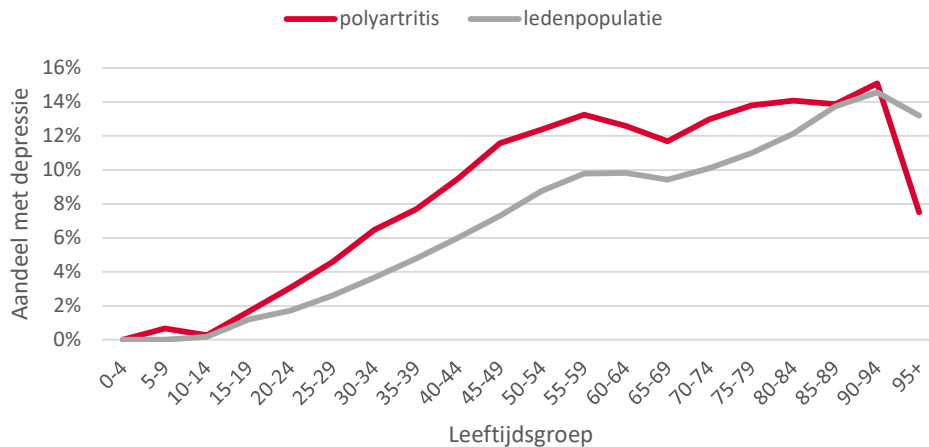


2.1.7 Depressie

Het hebben van een depressie wordt gedefinieerd op basis van de proxy via Farmaciekostengroepen (FKG), ontwikkeld door het Zorginstituut Nederland. De FKG laten toe om aandoeningen te identificeren op basis van medicatiegebruik.

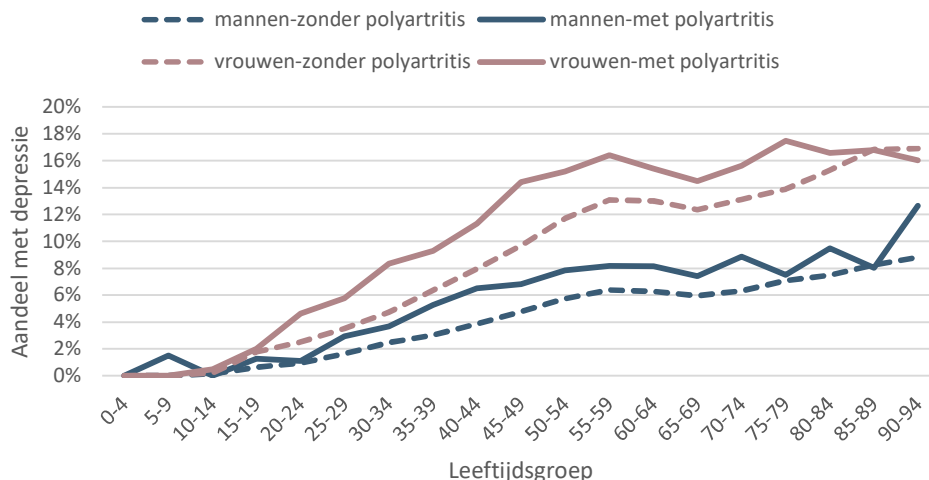
Personen met polyartritis gebruiken op bijna elke leeftijd meer antidepressiva dan de algemene ledenpopulatie (Figuur 8). Dit patroon suggereert dat de psychische belasting van leven met een chronische aandoening zoals polyartritis aanzienlijk is. Deze cijfers onderstrepen het belang van aandacht voor mentale gezondheid bij mensen met polyartritis.

Figuur 8: Aandeel leden met depressie in de periode 2012-2023; per leeftijdscategorie, in de populatie met polyartritis en de totale populatie op 31/12/2023



Wanneer we deze gegevens opsplitsen naar geslacht, zien we significante verschillen. Hoewel de algemene tendens gelijkaardig blijft voor beide geslachten, is het contrast tussen vrouwen met en zonder polyartritis beduidend groter dan bij mannen (Figuur 9). Daarnaast hebben vrouwen in het algemeen ook een veel hogere kans op het ontwikkelen van een depressie.

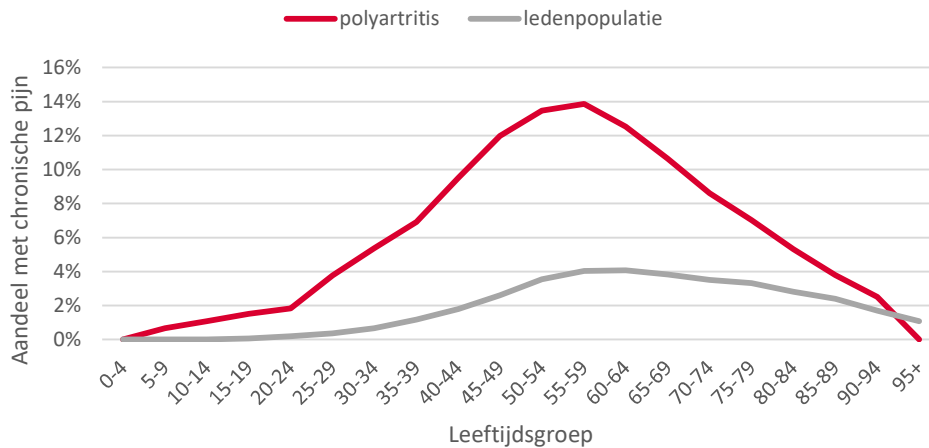
Figuur 9: Aandeel leden met een depressie in de periode 2012-2023; per leeftijdscategorie, in de populatie met polyartritis en de totale populatie, opgesplitst naar geslacht op 31/12/2023



2.1.8 Chronische pijnmedicatie

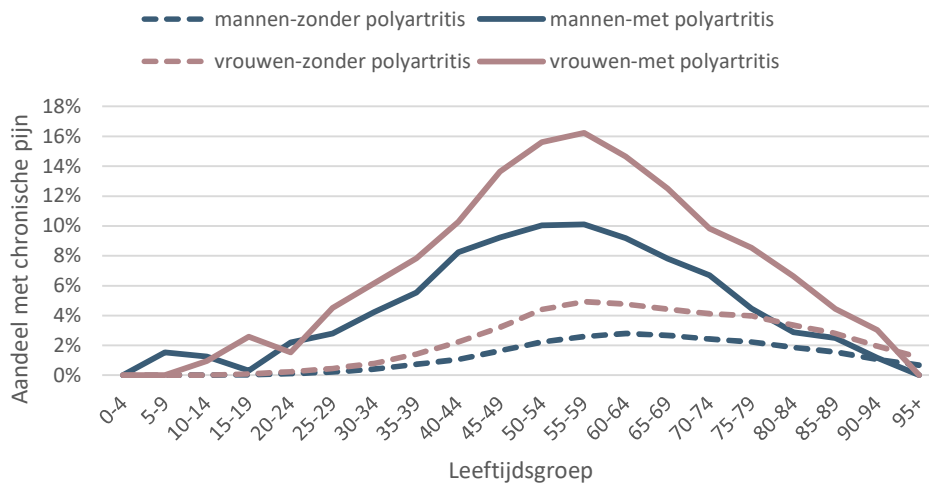
Het gebruik van pijnmedicatie werd nagegaan aan de hand van de Farmaciekostengroep 'Chronische pijn, exclusief opioïden'. Het gebruik van pijnmedicatie neemt toe met de leeftijd, bereikt een piek rond 55-59 jaar en neemt daarna terug af (Figuur 10). Personen met polyartritis gebruiken in alle leeftijdsgroepen aanzienlijk vaker terugbetaalde pijnmedicatie (exclusief opioïden).

Figuur 10: Aandeel leden met een terugbetaling voor chronische pijnmedicatie in de periode 2012-2023; per leeftijdscategorie, in de populatie met polyartritis en de totale populatie op 31/12/2023, leeftijd op 31/12/2023



Vrouwen gebruiken meer pijnmedicatie dan mannen (Figuur 11). Het verschil tussen vrouwen en mannen is echter veel groter bij patiënten met polyartritis dan bij patiënten zonder polyartritis. Dit suggereert dat polyartritis bij vrouwen gepaard gaat met een hogere pijnlast en een hogere behoefte aan pijnmanagement.

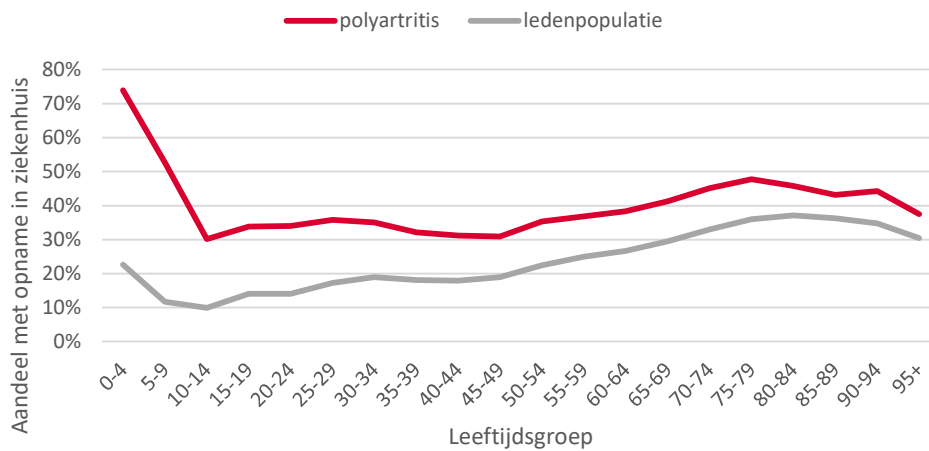
Figuur 11: Aandeel leden met een terugbetaling voor chronische pijnmedicatie; per leeftijdscategorie, in de populatie met polyartritis en de totale populatie, per geslacht



2.1.9 Opname in een algemeen ziekenhuis

Figuur 12 illustreert duidelijk dat personen met polyartritis vaker opgenomen worden in het (algemeen) ziekenhuis (minstens 1 opname in 2023) dan de totale ledenpopulatie, over vrijwel alle leeftijden (Figuur 12). Het patroon bij polyartritispatiënten is tweeledig. We zien een opvallende piek in de leeftijdsgroep van 0-4 jaar. Dit kan duiden op initiële diagnoses en behandelingen bij zeer jonge kinderen die polyartritis ontwikkelen (bijvoorbeeld juveniele idiopathische artritis). In absolute aantallen gaat dit echter over een zeer beperkte groep (n= 14). Vanaf 14 jaar zien we een stabilisering van het aandeel patiënten met een ziekenhuisopname, waarna een gestage stijging plaatsvindt vanaf ongeveer 50 jaar. We zien een vergelijkbaar patroon bij de algemene ledenpopulatie. Het aandeel dat in het ziekenhuis opgenomen wordt, is bij de totale ledenpopulatie echter veel kleiner.

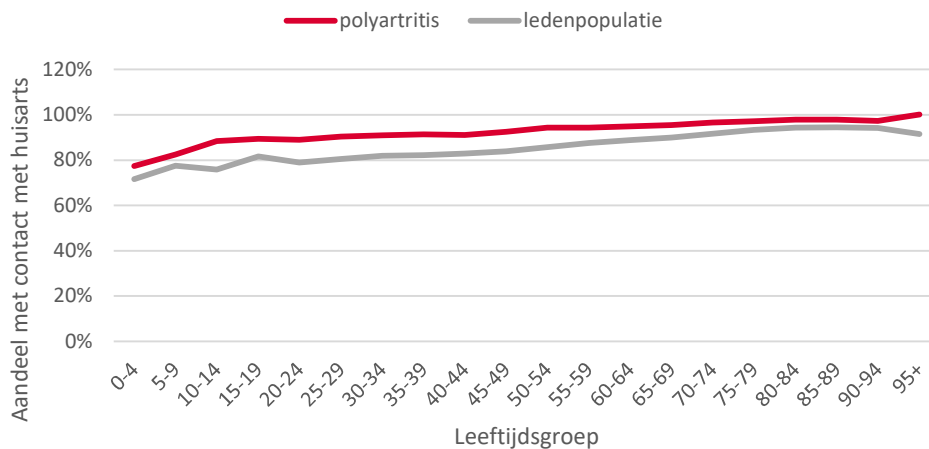
Figuur 12: Aandeel leden met minstens 1 opname in een algemeen ziekenhuis; per leeftijdscategorie, in de populatie met polyartritis en de totale populatie



2.1.10 Contact met de huisarts

Het aandeel leden met polyartritis dat minstens één contact met een huisarts had in 2023, ligt iets hoger dan in de totale populatie; dit geldt voor alle leeftijdsgroepen (Figuur 13). Dat toont aan dat er continu een iets hogere behoefte is aan eerstelijnszorg. De huisarts speelt dan ook een grote rol in het behandelen, opvolgen en coördineren van de zorg van de patiënt die lijdt aan polyartritis.

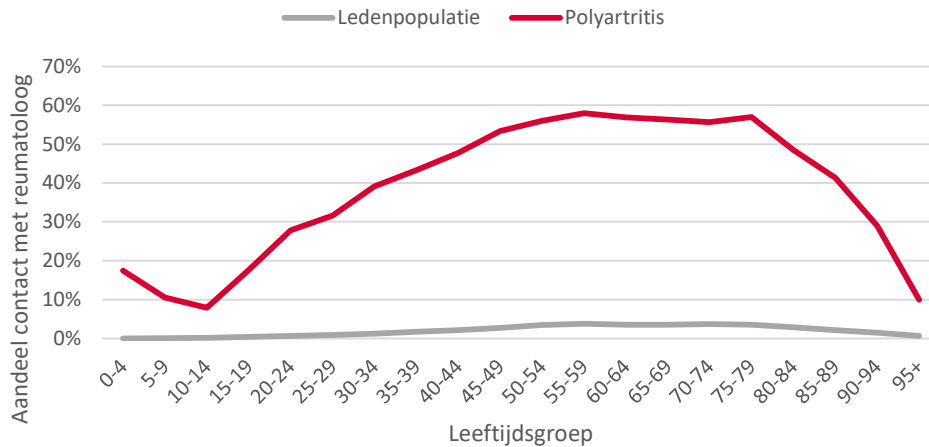
Figuur 13: Aandeel leden met minstens 1 contact met een huisarts (2023); per leeftijdscategorie, in de populatie met polyartritis en de totale populatie



2.1.11 Contact met de reumatoloog

Uit Figuur 14 blijkt dat het aandeel patiënten met chronische polyartritis dat in 2023 een contact had met een reumatoloog, toeneemt met de leeftijd. Vanaf 45 jaar heeft meer dan de helft van de patiënten minstens één maal per jaar contact met een reumatoloog. Na de leeftijd van 80 jaar, neemt het aandeel patiënten dat minstens één maal per jaar contact heeft met een reumatoloog weer af. Ter vergelijking: In de algemene ledenpopulatie ligt dit aandeel in alle leeftijdsgroepen veel lager, doorgaans onder de 5%. Dit bevestigt dat het contact met een reumatoloog vooral voorkomt bij personen met polyartritis, maar dat zeker niet elke patiënt jaarlijks opgevolgd wordt door een reumatoloog. In de zeer jonge leeftijdsgroep en bij de 80-plussers zien we een lager aantal patiënten dat jaarlijks wordt opgevolgd door de reumatoloog; mogelijk neemt naast de huisarts ook de pediater of geriater hier een deel van de begeleiding van deze patiënten op zich.

Figuur 14: Aandeel leden met minstens 1 contact met een reumatoloog (2023); per leeftijdscategorie, in de populatie met polyartritis en de totale populatie



2.1.12 Gemiddeld aantal sessies E-kine

Personen met polyartritis hebben over het algemeen een hogere en langdurige nood aan opvolging door een kinesist. Kinesithérapie speelt een cruciale rol in het beheersen van de ziekte en het behoud van functionaliteit, zowel in het dagelijks leven als op de werkvloer.

Van 2019 tot 2023 nam het gemiddeld aantal kinesessies een klein beetje af. Gemiddeld gingen personen met polyartritis 61,8 keer naar de kinesist in 2023 t.o.v. 66 keer in 2019. De dip in 2020 is toe te schrijven aan het effect van de COVID-pandemie.

In het reguliere terugbetalingssysteem is er een terugbetaling voorzien voor maximaal 18 sessies per jaar. Onze data tonen aan dat dit onvoldoende is voor de overgrote meerderheid van de selectie in deze studie.

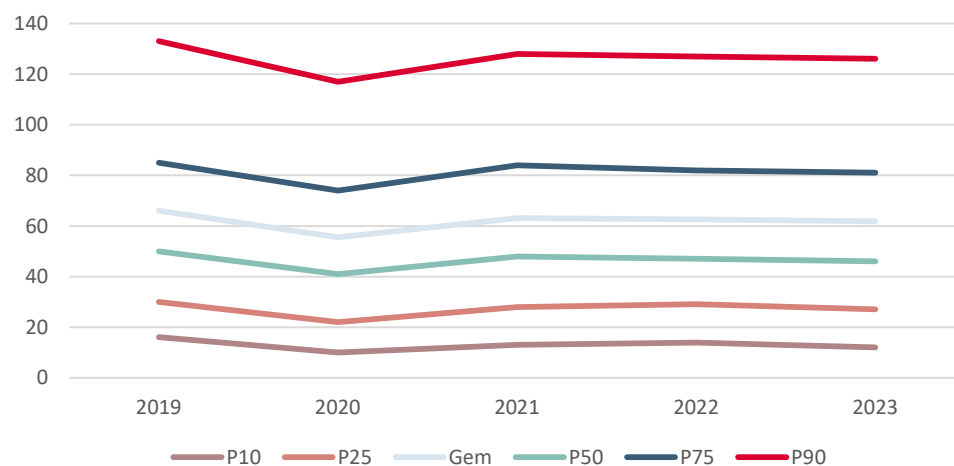
Minstens 75% van de personen met polyartritis heeft meer dan 18 sessies per jaar nodig, dit is zo in alle jaren (Tabel 1, Figuur 15). Wanneer we kijken naar de mediaan (P50), zien we dat de helft van de patiënten meer dan het dubbele aantal kinesessies nodig heeft dan de limiet van 18 sessies. Voor de meest intensieve gebruikers (P90), loopt dit aantal nog op naar +- 130 sessies per patiënt.

De terugbetaling via de E-pathologie, waarbij men recht heeft op een onbeperkt aantal sessies tegen voorkeurtarief, is essentieel om de financiële drempel te verlagen voor personen met polyartritis en te garanderen dat zij medisch noodzakelijke zorg ook effectief kunnen ontvangen.

Tabel 1: Gemiddeld (+P10, P25, P50, P75, P90) aantal prestaties per jaar bij de kinesitherapeut, bij patiënten met een akkoord E-pathologie (kine chronische polyartritis) in de selectie van onze leden met polyartritis.

	P10	P25	P50	P75	P90	Gemiddelde
2019	16	30	50	85	133	66
2020	10	22	41	74	117	55.5
2021	13	28	48	84	128	63.1
2022	14	29	47	82	127	62.6
2023	12	27	46	81	126	61.8

Figuur 15: Gemiddeld (+P10, P25, P50, P75, P90) aantal prestaties per jaar bij de kinesitherapeut, bij patiënten met een akkoord E-pathologie (kine chronische polyartritis) in de selectie van onze leden met polyartritis.

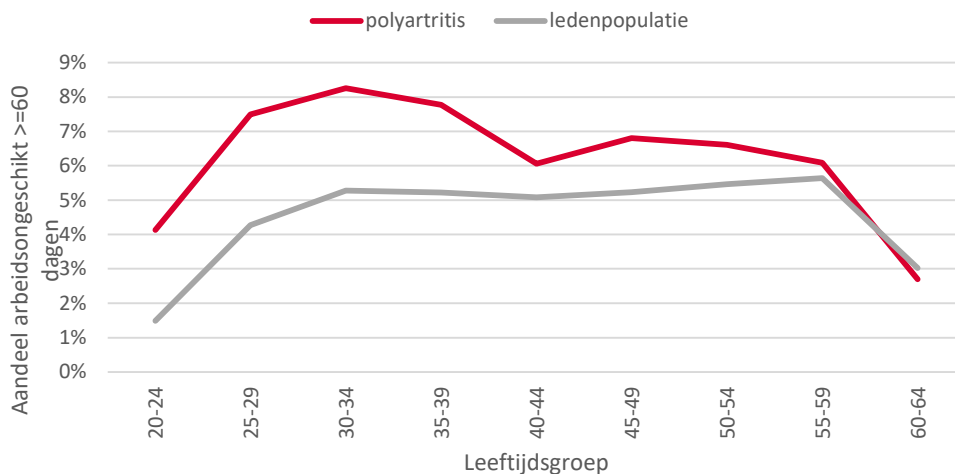


2.2 Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit

2.2.1 Arbeidsongeschiktheid

Het aandeel leden met polyartritis dat tijdens het jaar (2023) minstens 60 dagen arbeidsongeschikt is, ligt hoger dan in de totale ledenbevolking (Figuur 14). Dat is vooral het geval in de leeftijdsgroep 25-44 jaar. Voor de groep op actieve leeftijd (20-64 jaar) was 5,9% van de polyartritis patiënten in 2023 minstens 60 dagen arbeidsongeschikt, t.o.v. 4,6% bij alle leden van Solidaris.

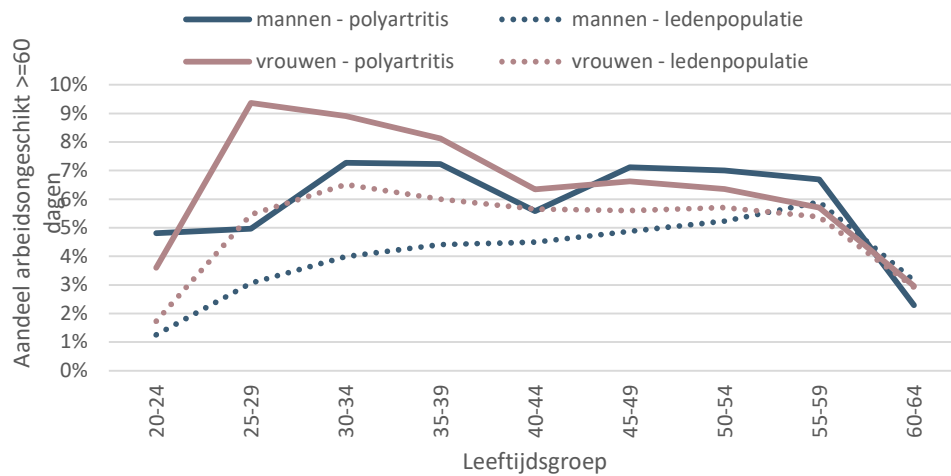
Figuur 14: Aandeel leden met minstens 60 dagen arbeidsongeschiktheid; per leeftijdscategorie, in de populatie met polyartritis en de totale populatie



2.2.2 Arbeidsongeschiktheid naar geslacht

Het patroon is anders bij vrouwen dan bij mannen: vóór de leeftijd van 45 jaar is een veel groter aandeel vrouwen met polyartritis arbeidsongeschikt. Na de leeftijd van 45 jaar ligt het aandeel bij mannen iets hoger (Figuur 15). Bij vrouwen ligt een eerste piek in arbeidsongeschiktheid rond de 30. Dit kan samenhangen met het feit dat auto-immuunziekten vaak starten of opflakkeren na een zwangerschap. Er is een tweede, minder uitgesproken piek, rond de peri-menopauze. Bij mannen is er een eerste, kleinere piek tussen 20-40 jaar, overeenkomstig met het ontstaan van de ziekte van Bechterew. Vanaf 55 jaar is er duidelijk minder verschil tussen de totale populatie en de populatie met polyartritis.

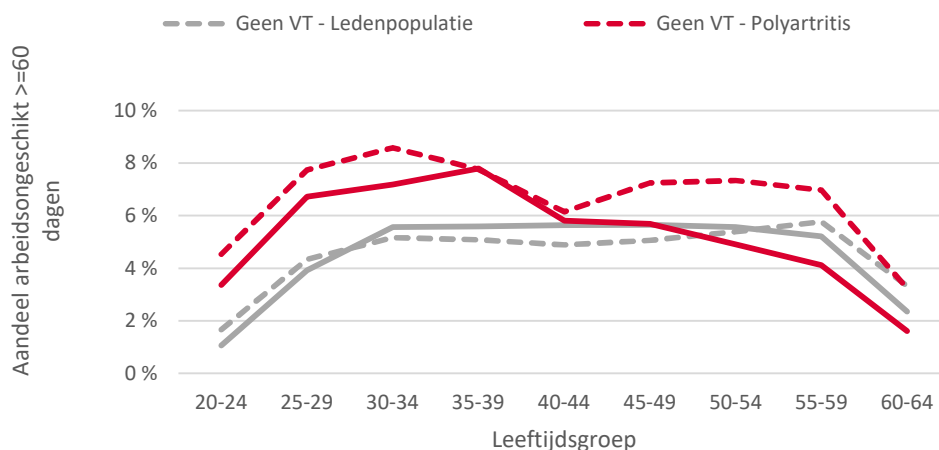
Figuur 15: Aandeel leden dat minstens 60 dagen arbeidsongeschikt was in 2023; per leeftijdscategorie, in de populatie met polyartritis en de totale populatie, naar geslacht



2.2.3 Arbeidsongeschiktheid naar VT

Opvallend is dat personen met VT en polyartritis vanaf middelbare leeftijd een lager aandeel langdurige arbeidsongeschiktheid vertonen dan personen zonder VT (Figuur 17). Deze bevinding lijkt contra-intuïtief, maar kan deels verklaard worden door de gebruikte definitie: personen die langer dan één jaar onafgebroken arbeidsongeschikt (invaliditeit, zie verder) zijn, worden in deze analyse niet opgenomen. Net in de groep met VT en polyartritis komt langdurige of blijvende arbeidsongeschiktheid vaker voor, waardoor zij uit beeld verdwijnen en het aandeel artificieel hier waarschijnlijk lager uitvalt.

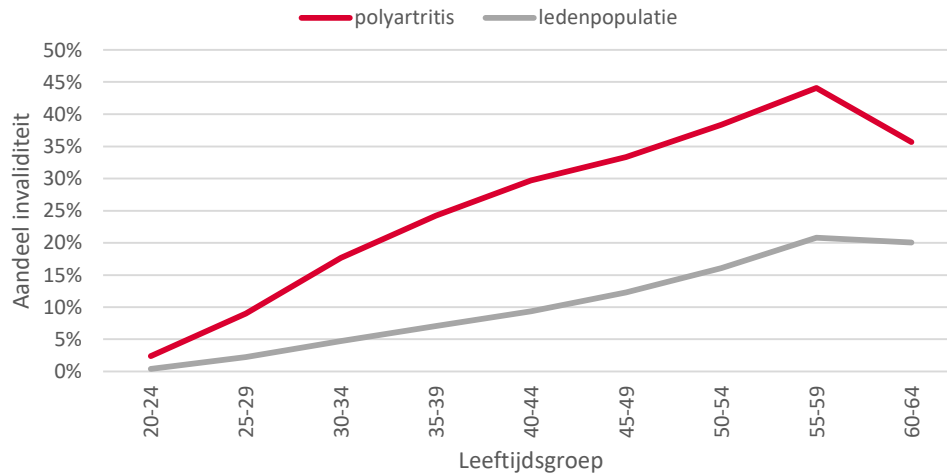
Figuur 17: Aandeel leden dat minstens 60 dagen arbeidsongeschikt was in 2023 (maar niet invalide); per leeftijdscategorie, in de populatie met polyartritis en de totale populatie, naar VT-statuu



2.2.4 Invaliditeit

Net zoals bij arbeidsongeschiktheid, is een groter aandeel van de polyartritispatiënten invalide dan leden in de totale populatie (Figuur 16). Op actieve leeftijd (20-64 jaar) was op 31/12/2023 bijna één derde van de polyartritispatiënten (32%) invalide⁹; dat is drie keer hoger dan in de totale ledenpopulatie (10%). Naar leeftijd nemen de percentages van de polyartritispatiënten in invaliditeit fors toe: van ongeveer 10% in de leeftijdsgroep 25 tot 29 jaar tot 44% bij de 55- tot 59-jarigen, waarna het in de leeftijdsgroep 60-64 jaar opnieuw daalt tot 36%.

Figuur 16: Aandeel leden met minstens 1 dag invaliditeit; per leeftijdscategorie, in de populatie met polyartritis en de totale populatie

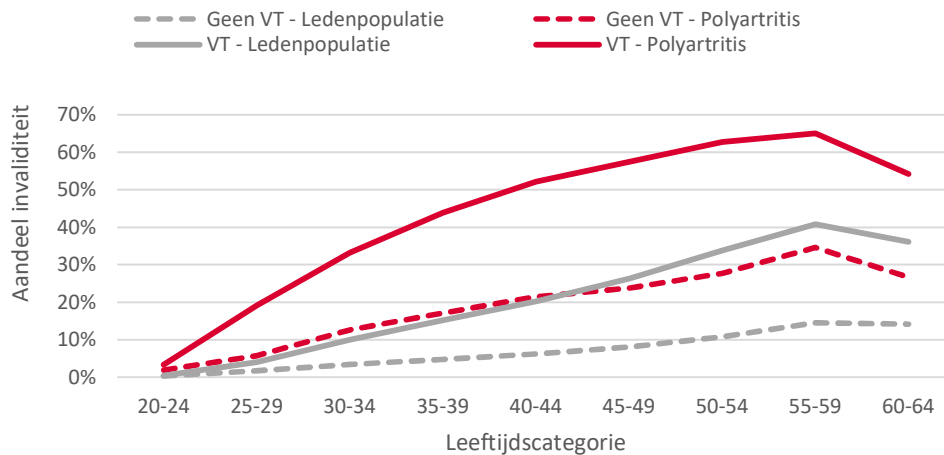


2.2.5 Invaliditeit naar VT

Figuur 18 toont het aandeel personen in invaliditeit bij de ledenpopulatie, uitgesplitst naar de aanwezigheid van polyartritis en het recht op verhoogde tegemoetkoming (VT). De resultaten bevestigen duidelijk dat leden met polyartritis, veel vaker in invaliditeit terechtkomen. Het gaat dan vooral om leden met polyartritis én VT. Het aandeel in invaliditeit stijgt sterk met de leeftijd en bereikt het een piek van bijna 65% in de leeftijdsgroep 55-59 jaar.

⁹ Minstens 1 dag invaliditeit in 2023

Figuur 18: Aandeel leden dat minstens 1 dag invalide was in 2023; per leeftijdscategorie, in de populatie met polyartritis en de totale populatie, naar VT-statuut



2.2.6 Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit naar aantal jaar sinds diagnose

In het jaar van het stellen van de diagnose¹⁰ verwachten we een verhoogd aantal dagen arbeidsongeschiktheid. Dit is enerzijds te verklaren doordat de diagnose doorgaans gepaard gaat met aanvullende medische onderzoeken, een periode van diagnostische onzekerheid en de opstart van een behandeling. Anderzijds kan het zijn dat personen reeds arbeidsongeschikt zijn op het moment dat de diagnose formeel wordt vastgesteld.

In onderstaande grafieken bekijken we de arbeidsongeschiktheid en invaliditeit vanaf het jaar van diagnose en in de daarop volgende jaren, voor een cohort van leden met polyartritis. Enkel mensen die gedurende de eerste 5 jaar na diagnose in het cohort bleven, worden meegenomen in deze analyses. Iets meer dan 17.000 leden met polyartritis konden toegewezen worden aan een cohort.

Figuur 19 toont de verdeling van een cohort mensen met polyartritis over drie categorieën van arbeidsongeschiktheid in de vijf jaar na hun diagnose:

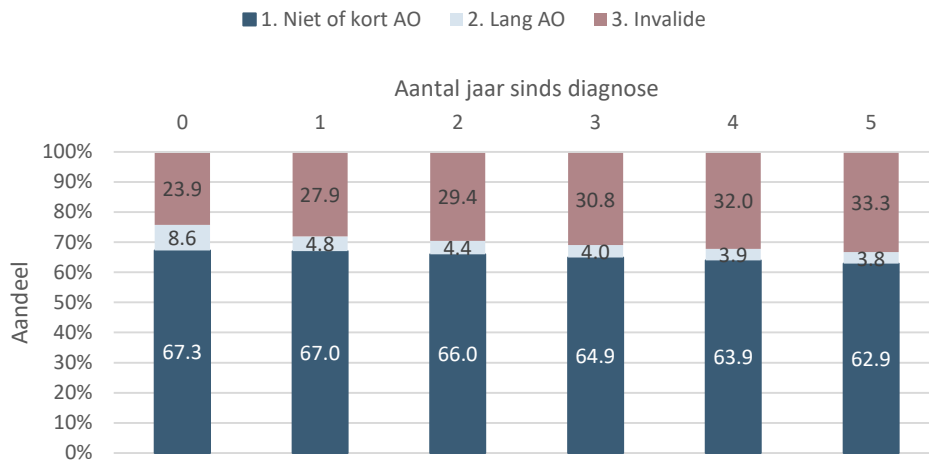
1. Niet of kort arbeidsongeschikt (minder dan 60 dagen cumulatief afwezig van werk)
2. Middellang arbeidsongeschikt (meer dan 60 dagen cumulatief afwezig, maar minder dan 1 jaar)
3. Invalide (minstens 1 jaar ononderbroken arbeidsongeschikt)

Hoewel een meerderheid van de patiënten in de loop van de tijd blijft werken of slechts kortstondig arbeidsongeschikt is, zien we wel enkele relevante trends rond langdurige arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Enerzijds zien we dat het aandeel patiënten die in invaliditeit terecht komt steeds groter wordt, naarmate de diagnose langer geleden gesteld werd. Ongeveer 24% van de patiënten die de diagnose polyartritis kreeg was in het jaar van diagnose al invalide. Dit aandeel stijgt nog naar 33% 5 jaar later in hetzelfde cohort.

In het jaar van diagnose zien we dat ongeveer 9% van de patiënten langdurig afwezig is van het werk. Dit aantal daalt snel na 1 jaar tot ongeveer 4% en blijft daarna relatief stabiel.

¹⁰ Het jaar van diagnose is het jaar waarin het lid voor het eerst voldoet aan één van de selectiecriteria binnen de opvolgperiode (tussen 2013 en 2023)

Figuur 19: Aandeel leden met polyartritis per categorie arbeidsongeschiktheid, evolutie vanaf het jaar van diagnose en tot 5 jaren erna (cohorte 25-54 jaar)

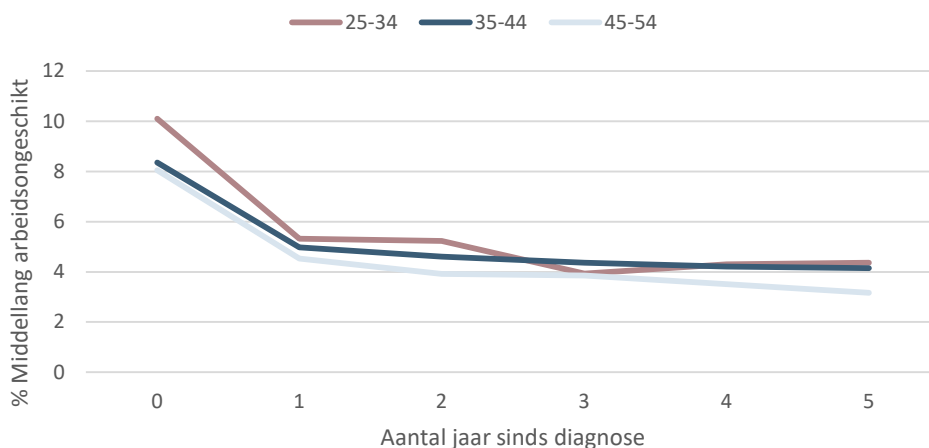


Figuur 20 presenteert het percentage van personen met polyartritis dat minstens 60 dagen arbeidsongeschikt was (middellange arbeidsongeschiktheid) in het jaar van diagnose en de evolutie in de 5 daarop volgende jaren, uitgesplitst in drie cohorten naar leeftijd op het moment van diagnose.

Bij alle drie de cohorten is er een duidelijke daling van het percentage middellange arbeidsongeschikten tussen het jaar van diagnose en het eerste jaar na diagnose. Na het eerste jaar vertraagt de daling aanzienlijk.

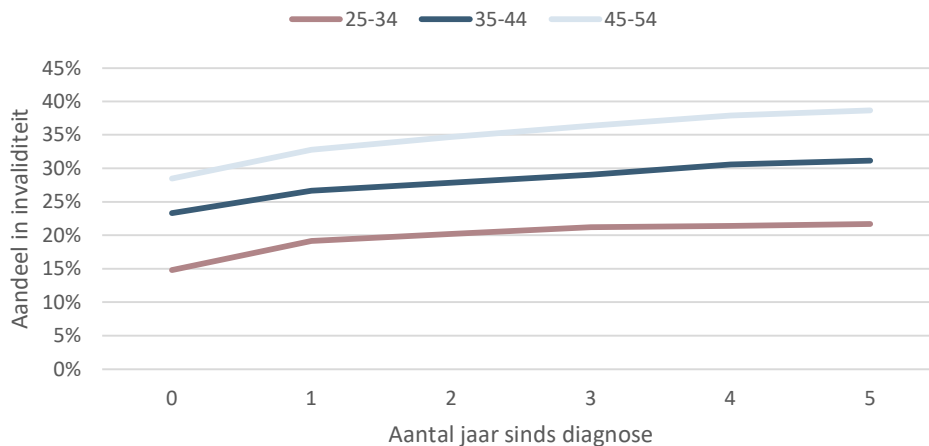
De groep die op jonge leeftijd de diagnose van polyartritis kreeg (25-34 jaar) heeft in het jaar van diagnose procentueel het meeste mensen in middellange arbeidsongeschiktheid. Dit verschil verdwijnt vanaf het derde jaar na diagnose.

Figuur 20: Evolutie aandeel leden met polyartritis dat minstens 60 dagen arbeidsongeschikt was, vanaf het jaar van diagnose tot het vijfde jaar na diagnose



Figuur 21 toont de evolutie van het aandeel patiënten met polyartritis dat in invaliditeit gaat naargelang de leeftijd op het moment van diagnose, vanaf het jaar van diagnose tot het vijfde jaar van diagnose. De graad van invaliditeit tegenover de totale ledenpopulatie is van meet af aan aanzienlijk hoger in alle groepen. Ze is dubbel zo hoog in de oudste cohorte t.o.v. jongste (28,5% t.o.v. 14,81%). Het verschil neemt ook verder gestaag toe tijdens de eerste vijf jaren van de ziekte, waarbij de grootste toename (10,2%) zich situeert in de oudste cohorte (10,2% t.o.v. 6,9%).

Figuur 21: Evolutie aandeel leden met polyartritis dat invalide is, vanaf het jaar van diagnose tot de 5 jaren erna



2.2.7 Voorschrijversprofiel van arbeidsongeschiktheid

Uit de analyse van de voorschrijvers van arbeidsongeschiktheid blijkt dat de overgrote meerderheid van de attesten wordt uitgeschreven door huisartsen. Zij schrijven 70,5% van de arbeidsongeschiktheid voor aan patiënten met polyartritis, dit tegenover het globaal cijfer in de volledige bevolking van 74,9%.

Reumatologen schrijven in 6,1% van de arbeidsongeschiktheid een attest. We menen dat dit relatief laag is gezien het intensieve contact met die reumatologen (zie punt 2.1.11) en gezien ook de impact van het al dan niet functioneren op het intensifiëren van de therapie. Sinds de komst van de DMRDS en biologicals waarbij betere ziektecontrole kan worden bekomen, zien we de rol van de reumatoloog verschuiven van ‘controleren van de ziekte en co-morbiditeit’ naar een meer maatschappelijke rol met het ‘optimaal socio-professioneel functioneren met de ziekte’.

Orthopedisch chirurgen zijn verantwoordelijk voor 6,4% van de voorschriften. Een orthopedische ingreep komt vaak voor bij deze patiënten en zal aanleiding geven tot (tijdelijke) arbeidsongeschiktheid of invaliditeit. De patiënt verwacht dat hij na een ingreep beter zal functioneren, met minder pijn. Momenteel zijn er onvoldoende gegevens om na te gaan wat de werkelijke impact is van deze ingrepen.

3 Socio-professionele re-integratie bij polyartritis

Bij chronische polyartritis is een aangepaste begeleiding nodig, die rekening houdt met de verschillende leeftijdsgroepen en hun specifieke noden, zodat er een terugkeer naar functionaliteit en werk is. Een vroegtijdige, multidisciplinaire aanpak is aangewezen. In het eerste deel van dit hoofdstuk gaan we in op de verschillende rollen van het multidisciplinaire team. In het tweede deel van dit hoofdstuk gaan we in op de mogelijkheden die er nu bestaan om terug naar het werk te gaan faciliteren voor de algemene populatie en dus ook voor patiënten met polyartritis.

3.1 Multidisciplinaire ondersteuning van polyartritispatiënten

Omdat polyartritis de patiënt op diverse vlakken raakt (fysiek, mentaal, sociaal en beroepsmatig) is de inzet van een multidisciplinair team van cruciaal belang. Een succesvolle terugkeer naar functionaliteit en werk vereist een geïntegreerde aanpak die idealiter verder gaat dan de expertise van één enkele zorgverlener. De professionele re-integratie vereist een gecoördineerde inzet van verschillende expertises:

- *Reumatoloog*

De reumatoloog zorgt voor een vroegtijdige diagnose van chronische polyartritis, zodat adequate behandeling en begeleiding mogelijk is. Hij heeft een specifieke nomenclatuurcode voor een standaardevaluatie (478030-478041). Deze code wordt gebruikt voor de “standaardevaluatie van het actief ziekteproces, de evolutie en de prognose, door de geaccrediteerde geneesheer-specialist voor reumatologie, bij een patiënt met chronisch inflammatoir reumatisch lijden, met behandelingsplan en schriftelijk verslag aan de huisarts”.

De toegankelijkheid kan echter beter. Reumatologie is door de Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen voor de periode 2028-2033 aangemerkt als een ‘gevoelig’ specialisme, dat wil zeggen met een tekort aan beoefenaars¹¹. Bovenop het tekort, is er een ongelijke spreiding: vooral in de provincie Oost-Vlaanderen en provincie Namen zijn er weinig reumatologen¹².

- *Reumaverpleegkundige*

De reumaverpleegkundige is een gespecialiseerd verpleegkundige die bijkomende ondersteuning kan geven in het omgaan met de ziekte. Momenteel is er nog geen specifieke financiering voorzien voor reumaverpleegkundigen. Er zijn geen gegevens over welke centra werken met deze gespecialiseerde verpleegkundigen, maar hun aantal neemt toe.

- *Kinesitherapeut*

De kinesitherapeut werkt aan de actieve behandeling van pijnlijke gewrichten, en aan het behoud van spiermassa en mobiliteit. Polyartritispatiënten hebben in België recht op de verhoogde terugbetaling voor kinesitherapie (e-kine of E-pathologie) op voorwaarde dat hun aandoening een chronische auto-immune inflammatoire polyartritis is en vermeld staat op de officiële E-lijst van het RIZIV. Dit geldt voor aandoeningen zoals reumatoïde artritis,

¹¹ ["Te weinig reumatologen, maar er is hoop" - Ortho-Rhumato](#)

¹² [Vind een reumatoloog - Rheuma](#)

spondylo-artropathie, juveniele chronische artritis, systemische lupus, sclerodermie en het primair syndroom van Sjögren.

Dankzij deze erkenning is er geen wettelijk maximum aan het aantal terugbetaalde kinesitherapiezittingen per kalenderjaar, en betaalt de patiënt een lager persoonlijk aandeel (remgeld) dan bij courante behandelingen.

Om dit recht te verkrijgen, moet de behandelend reumatoloog een gemotiveerde aanvraag indienen bij de adviserend arts van het ziekenfonds van de patiënt. Na goedkeuring (meestal voor een periode van drie jaar, met mogelijke verlenging), wordt de verhoogde terugbetaling van kracht.

- *Ergotherapeut*

De ergotherapeut zoekt samen met de patiënt naar praktische mogelijkheden en oplossingen zodat patiënten met polyartritis zo goed mogelijk kunnen (blijven) deelnemen aan dagelijkse activiteiten, thuis en op het werk. Er is enkel nomenclatuur en terugbetaling na het doorlopen van een revalidatieprogramma in een erkend validatiecentrum. Hiervoor zijn een voorschrift en toestemming van de huisarts vereist. Afhankelijk van het ziekenfonds zijn er ook tegemoetkomingen voorzien in het kader van de aanvullende verzekering. Leden van Solidaris kunnen gratis en vrijblijvend een huisbezoek van een ergotherapeut aanvragen.

De toegang tot een ergotherapeut is beperkt, er zijn weinig zelfstandig ergotherapeuten. Bovendien wordt een ergotherapeut vaak pas laat ingeschakeld bij patiënten die chronisch ziek zijn, bij patiënten ouder dan 65 of bij een blijvende handicap. Een vroegtijdige inschakeling van een ergotherapeut behoort niet tot de mogelijkheden.

- *Podoloog*

De podoloog speelt een cruciale rol in de zorg voor patiënten met polyartritis. Hij kan zorgen voor pijnverlichting en correctie door het aanmeten van orthopedische zolen en het geven van advies over geschikt schoeisel, wat de gewrichten ontlast en de druk bij het lopen gelijkmatig verdeelt. Ten tweede bieden ze gewrichtsbescherming met advies en aanpassingen om verdere vervorming en beschadiging van de voeten te voorkomen. Tot slot leveren ze gespecialiseerde voetverzorging, waarbij complicaties zoals likdoorns en eelt, worden behandeld, en preventie van wonden essentieel is om infecties te vermijden.

Het RIZIV komt tussen in podologische, op maat gemaakte steunzolen en orthopedische schoenen. Afhankelijk van het ziekenfonds, zijn er binnen de aanvullende verzekeringen tegemoetkomingen voor een consultatie bij een pedicure of podoloog. Leden van Solidaris krijgen een terugbetaling van 5 euro per consultatie met een maximum van 4 consultaties per kalenderjaar voor voetverzorging bij een erkende pedicure of podoloog. Leden jonger dan 65 hebben een doktersvoorschrift nodig.

- *Psycholoog*

Chronische polyartritis is een levenslange, niet te genezen aandoening met invloed op het dagelijks leven en mentaal welzijn. Bijkomend kan de ontsteking ook het centraal zenuwstelsel (hersenen) aantasten, met directe invloed op het mentaal en cognitief functioneren. Een psycholoog kan helpen met het verwerkingsproces, maar ook met het aanleren van coping strategieën om te gaan met de pijn en vermoeidheid. Sinds 2021

worden consultaties bij eerstelijnspsychologen terugbetaald via de netwerken geestelijke gezondheidszorg. De toegang tot een psycholoog wordt echter vaak beperkt door wachtlijsten.

- *Diëtist*

Een diëtist kan een belangrijke rol spelen door het aanbieden van gespecialiseerd voedingsadvies om obesitas en verlies van spiermassa en -kracht te voorkomen of te behandelen. Overgewicht bij polyartritis verdient speciale aandacht omdat het aanleiding geeft tot een hogere belasting van de gewrichten en bijkomende effecten heeft op de cardiovasculaire gezondheid. Recent werd ook aangetoond dat obesitas de werking van sommige biologicals verminderd, wat tot een lagere ziektecontrole kan leiden¹³.

Door de chronische ontsteking bij polyartritis ontstaat er spieraftbraak. Dit verlies van spiermassa en -kracht heeft chronische vermoeidheid tot gevolg. Correct dieetadvies, samen met gepaste fysieke oefeningen kunnen dit proces omkeren.

Daarnaast is het belangrijk om algemeen gezonde voeding te promoten: een dieet dat rijk is aan omega-3-vetzuren en antioxidanten. Voedingstekorten zoals foliumzuur, calcium en vitamine D dienen opgespoord en behandeld te worden. Ze kunnen ontstaan door de ziekte zelf, of door medicatiegebruik. Afhankelijk van het ziekenfonds is er een tegemoetkoming voor een consultatie bij een diëtist. Leden van Solidaris krijgen tot €80 terugbetaald voor consultaties bij een diëtist.

- *Apotheker*

De apotheker kan polyfarmacie aanpakken en de interacties tussen de verschillende medicatie nagaan. Patiënten met chronische polyartritis hebben immers vaker hartaandoeningen, osteoporose en diabetes door de ziekte zelf, maar ook door de nevenwerkingen van de medicatie.

¹³ Dubovyk V, Vasileiadis GK, Fatima T, et al. Obesity is a risk factor for poor response to treatment in early rheumatoid arthritis: a NORD-STAR study. RMD Open. 2024 Apr 4;10:e004227

3.2 Terugkeer naar werk en ondersteunende maatregelen

De Belgische overheid en de VDAB bieden verschillende ondersteuningsmaatregelen om mensen met een chronische aandoening, zoals polyartritis, te helpen bij het behouden van hun job of het vinden van nieuw werk:

- *Ondersteuning voor de Werkgever: Individueel MaatWerk (IMW)*

De belangrijkste maatregel is het Individueel MaatWerk (IMW), een subsidie die aan de werkgever wordt uitbetaald door het departement Werk en Sociale Economie (WSE). Wat houdt het in? Het IMW bestaat uit twee delen: een loonpremie en een begeleidingspremie.

De loonpremie maakt het voor de werkgever financieel haalbaar om rekening te houden met bepaalde beperkingen en noden op de werkvloer, zoals het voorzien van meer pauzes, een aangepast takenpakket of flexibele werkuren. Werknemers behouden hierbij hun volledige loon. De begeleidingspremie is bedoeld voor de kosten van noodzakelijke begeleiding tijdens het werk. De aanvraag moet elke vijf jaar opnieuw gebeuren.

De maatregel is beschikbaar voor personen met een erkenning door het VAPH, een tijdelijke erkenning van de FOD op basis van zelfredzaamheid, of personen met aandoeningen die voorkomen op de VDAB Codelijst voor arbeidshandicaps.

- *Directe ondersteuning voor de werknemer*

Werknemers kunnen via de VDAB een aanvraag indienen voor de terugbetaling van arbeidsgereedschap, kleding en aanpassingen aan de werkplek. Deze hulpmiddelen blijven eigendom van de werknemer zelf.

Er heerst onduidelijkheid over de timing van deze aanvraag. Indien een VAPH-dossier vereist is, is dit vaak een langdurig proces, waardoor de ondersteuning mogelijk te laat komt.

- *Ondersteuning voor werkzoekenden: Terug-naar-werk-Fonds*

Indien een arbeidsovereenkomst door de werkgever werd beëindigd vanwege medische onmacht, dan kan een beroep doen op het Terug-naar-werk-Fonds. Dit fonds, dat beheerd wordt door het RIZIV, biedt een voucher van maximaal €1800 voor op maat gemaakte begeleiding door een erkende dienstverlener om de overstap naar een nieuwe job of activiteit te vergemakkelijken.

4 Conclusie

Inflammatoire polyartritis geeft aanleiding tot veel ziektelast en arbeidsongeschiktheid. Deze studie beoogde het profiel van deze personen te kennen, op demografisch, socio-economisch vlak en qua zorgconsumptie. Daarnaast werd het gevolg van chronische polyartritis op de arbeidsongeschiktheid nagegaan.

In deze studie werden drie proxy-indicatoren gebruikt om polyartritis patiënten te identificeren.

- Een nomenclatuurcode voor een 'standaardevaluatie' door een reumatoloog is minstens één keer in de periode 2012-2023 aangerekend.
- Gebruik van specifieke medicatie uit de FKG-klasse 'Reuma' gedurende ten minste 90 DDD per jaar (voor <18 jaar) of 180 DDD per jaar (voor >18 jaar) in de periode 2012-2023 of gebruik van medicatie behorend tot een selectie van de ATC7-klasse 'auto-immuunziekten' in de periode 2012-2023.
- Een akkoord voor kinesitherapie voor zware pathologieën (E-kine) met pathologie chronische inflammatoire polyartritis in de periode 2012-2023.

In totaal voldoen 52.190 leden van Solidaris aan één van deze criteria tot identificatie als polyartritis patiënt. We beseffen dat we door deze methodiek het prille moment van de klinische diagnose missen.

Resultaten

- **Geslacht en leeftijd:** Polyartritis komt vaker voor bij vrouwen (1,9%) dan bij mannen (1,2%). De grootste groep vrouwen met polyartritis bevindt zich in de leeftijdsgroep van 55-69 jaar, terwijl de piek bij mannen op een iets oudere leeftijd ligt (65-79 jaar). Leden met polyartritis zijn oververtegenwoordigd vanaf 40 jaar in vergelijking met de totale ledenpopulatie.
- **Zorgkosten en aandoeningen:** Patiënten met polyartritis hebben op elke leeftijd een veel hogere kans om de maximumfactuur (MAF) te overschrijden. Bovendien hebben ze een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, ook bij jongere patiënten. Ze hebben ook een aanzienlijk hogere kans op depressie dan de algemene bevolking, wat de aanzienlijke psychologische belasting van de chronische aandoening benadrukt.
- **Medicatie en zorggebruik:** Personen met polyartritis gebruiken in alle leeftijdsgroepen aanzienlijk vaker terugbetaalde pijnmedicatie. Vrouwen met polyartritis gebruiken meer pijnmedicatie dan mannen. Patiënten met polyartritis worden ook vaker opgenomen in het ziekenhuis en hebben een iets hogere behoefte aan eerstelijnszorg, wat zich uit in een hoger aantal huisartsencontacten per jaar dan in de totale populatie.
- **Arbeidsongeschiktheid en invaliditeit:** Patiënten met polyartritis hebben een veel hogere kans op langdurige arbeidsongeschiktheid of invaliditeit dan de algemene bevolking. Dit risico neemt toe met de leeftijd. Eén derde van de polyartritispatiënten op actieve leeftijd (20-64 jaar) was op 31 december 2023 invalide, wat driemaal hoger is dan in de totale ledenpopulatie (10%). Het aandeel in invaliditeit stijgt naarmate de diagnose langer geleden is. De overgrote meerderheid van de arbeidsongeschiktheidsattesten (ongeveer 70,5%) wordt voorgeschreven door huisartsen.

5 Aanbevelingen

1. **Vroegtijdige diagnose en adequate behandeling** nastreven van patiënten die lijden aan chronische polyartritis. Enkel reumatologen mogen de nieuwe medicamenteuze behandelingen voor polyartritis voorschrijven, waardoor het ziekteproces vroegtijdig en duurzaam kan gecontroleerd worden.
2. **Noodzaak tot verhoogde aandacht voor het ontstaan van vermoeidheid en depressie.** Deze elementen zijn naast therapierespons bepalend voor de levenskwaliteit en arbeidsgeschiktheid.
3. **Schakel (vroeg)tijdig een multidisciplinair team in:** kinesitherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten en psychologen zullen een meerwaarde hebben zowel fysiek als mentaal. De mutualiteiten kunnen hier een dubbele rol spelen: enerzijds proactieve ondersteuning door de adviserend arts, anderzijds het faciliteren van de toegang tot deze disciplines, waaronder in het bijzonder tot ergotherapeuten. Door de verschuiving van zorg tijdens hospitalisatie naar ambulante zorg, en het quasi ontbreken van ambulante nomenclatuur voor ergotherapeuten, is het aanbod zeer beperkt en de drempel zeer groot. Stappen dienen gezet te worden om deze ergotherapeutische expertise ook ambulant toegankelijk te maken.
4. **Stimuleer een proactieve rol door reumatologen.** We verwachten van reumatologen dat ook zij een proactieve rol opnemen, gezien ze een goed zicht hebben op de individuele ziekteactiviteit. De Orde der arts bracht onlangs een nationaal advies uit dat elke specialist zijn verantwoordelijkheid dient te nemen in het beoordelen van arbeidsongeschiktheid en dit niet steeds moet doorschuiven naar de huisarts.
5. Bij terugkeer naar werk of hervatten van werk na medisch overmacht, is een **intensieve begeleiding en overleg noodzakelijk tussen de adviserend arts, de arbeidsarts, de huisarts en de reumatoloog.** Een loonpremie kan bekomen worden of een voucher uit het terug-naar-werk-fonds, om de terugkeer te ondersteunen. We pleiten ervoor om aangepast werkmateriaal te kunnen inzetten op gelijk welk moment van het ziekteproces. De maatschappelijk assistent van het ziekenfonds kan hier een bemiddelende en faciliterende rol spelen, zodat re-integratie succesvol wordt.
6. **Stimuleer een gezonde leefstijl.** Leden met polyartritis vertonen een hoog risico tot grote ziektelast, met socio-economische gevolgen voor het individu en de samenleving. Naast de gevolgen van artritis, zijn er de gevolgen van hoger cardiovasculair risico, risico op diabetes, etc. Obesitas en spierzwakte hebben ook een negatieve invloed op het therapeutisch effect van sommige medicaties. Het streven naar een gezonde leefstijl is een onderdeel van de therapie.