

Memo Post-COVID-syndroom voor de artsen bij UWV

In aanvulling op het Memo Beoordeling van de duurzaamheid
In het kader van de WIA bij Post-COVID

Datum	27 februari 2026	Versie	1.0
Aan	Artsen UWV		
Van	SVA B&B Medisch Adviseur B&B Medisch Adviseur SZM	Karin van Geest Kevin De Decker	
Vertrouwelijkheidslabel	Intern UWV		
Bijlage(n)	[Verwerk deze indien van toepassing als hyperlink in de tekst of plak deze als documentobject]		
Doel memo	Ter informatie		

Inhoudsopgave

Aanleiding	2
Uitgangspunten voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling	2
Aandachtspunten bij de beoordeling van Post-COVID klachten	3
1. Onderzoekselementen en hun relevantie	3
1.1 Persoonlijk functioneren	3
1.2 Duurbelastbaarheid	4
1.3 Orthostatische tolerantie	4
2. Onderzoeksvraag	4
2.1 Rechtstreeks en medisch objectief vaststellen	4
2.2 Geïntegreerde beoordeling	4
Handvatten / Advies	5
Bijlage - Heroverwegingen	6

Aanleiding

Op 29 januari 2026 was er een Kamerdebat over Post-COVID. In dit debat werd door de tweede kamer aandacht gevraagd voor mensen met Post-COVID en vergelijkbare beelden als [ME/CVS](#), [Q-koorts](#) en [Lyme](#). Een belangrijk deel van dit debat ging over de curatieve zorg. Er was echter ook aandacht voor het sociale zekerheidsstelsel. Minister Paul gaf aan dat er bij UWV al veel aandacht voor deze beelden is en zelfs de afgelopen jaren steeds meer. Daarnaast gaf ze aan dat de cliënten steeds vaker krijgen waar cliënten recht op hebben.

Daarnaast stond er op 4 februari 2026 een themazitting Post-COVID-Syndroom gepland bij de Centrale Raad van Beroep. De Raad wilde zes dossiers met betrekking tot Post-COVID gecombineerd behandelen.

Deze zaken zijn door JKC, de medisch adviseur B&B en twee stafverzekeringartsen B&B nogmaals in samenhang bekeken.

Hierbij is op basis van voortschrijdend inzicht geconcludeerd dat in alle gevallen een forsere medische urenbeperking aan de orde is. In de zes dossiers kwam onder andere naar voren dat klachten passend bij PEM¹ werden geduid als gedragingen. Nu weten we dat deze klachten van PEM karakteristiek zijn voor een grote groep van cliënten met het Post-COVID-Syndroom. Door de toegenomen kennis over deze externe consistentie is het mogelijk dat deze klachten leiden tot beperkingen binnen het medisch arbeidsongeschiktheid criterium. Dat leidde in die zaken tot toekenning van meer verzekerde beperkingen, waardoor de zitting is komen te vervallen.

In de bijlage zijn twee voorbeelden van heroverwegingen opgenomen van twee zaken die gepland stonden op de themazitting van 4 februari 2026.

Bij het vaststellen van de belastbaarheid moet rekening gehouden worden met deze nieuwe inzichten. Dus bij alle nieuwe belastbaarheidsbeoordelingen bij SMZ en Bezwaar & Beroep én bij lopende bezwaar-, beroep- en hoger beroepszaken dient expliciet beoordeeld te worden of in voldoende mate rekening is gehouden met de beperkingen van cliënten met het Post-COVID-Syndroom.

Om dit zo goed mogelijk te doen willen we de (verzekering)artsen (Bezwaar en Beroep) handvatten geven.

Dit is de aanleiding voor deze handreiking.

Het is de bedoeling om jullie met deze handvatten enerzijds te ondersteunen in jullie vakmanschap, de verzekeringsgeneeskundige beoordeling waarbij de belastbaarheid in arbeid moet worden vastgesteld. Anderzijds zijn deze bedoeld om te komen tot een uniforme benadering van de gevalshandeling in de lopende en toekomstige zaken.

Deze handvatten kunnen ook gebruikt worden tijdens het professioneel overleg met de medewerkers bezwaar en medewerkers (hoger) beroep.

Uitgangspunten voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling

- Een diagnose maakt de klachten en beperkingen voor de verzekeringsarts gemakkelijk herkenbaar. Het ontbreken van een diagnose ontheft de verzekeringsarts niet van zijn taak stoornissen, beperkingen en participatieproblemen vast te stellen. Deze handreiking richt zich op het Post-COVID-Syndroom.

¹ [POST-EXERTIONELE-MALAISE-PEM.pdf](#)

- We gaan ervan uit dat je kennis over het Post-COVID-Syndroom²³⁴ up-to-date is.
- **Belangrijk om te weten:** de NVVG komt met een handreiking Post-COVID-Syndroom; deze zal leidend zijn voor verzekeringsartsen.
- Als er sprake is van een medisch plausibel en consistent geheel van gegevens kan de verzekeringsarts de vertaalslag van de klachten naar verzekerde beperkingen maken. Dit doet de verzekeringsarts door de externe en interne consistentie te toetsen.

Onder consistent wordt in de richtlijn MAOC verstaan het zoveel mogelijk vrij zijn van innerlijke tegenspraak (interne consistentie) en in overeenstemming met medische inzichten (externe consistentie). Voor de externe consistentie is het huidige medische inzicht dat PEM en POTS klachten passend zijn bij een Post-COVID-syndroom. De interne consistentie zal individueel getoetst moeten worden als dergelijke klachten spelen.

- Wanneer de verzekeringsarts en/of cliënt denkt aan een Post-COVID-Syndroom, moeten PEM en POTS⁵⁶⁷ klachten uitgevraagd worden. In de meeste gevallen zullen de anamnese en een goed dag- en weekverhaal hiervoor afdoende in zijn.
- Een verzekeringsarts maakt in zijn weging en conclusie duidelijk dat alle informatie is meegewogen. Voor Post-COVID-Syndroom gaat dit met name over medische informatie van behandelaren, in het bijzonder onderzoeken gericht op POTS en PEM. Eigen onderzoek of expertises kunnen bij gebrek aan consistentie nodig zijn voor een zorgvuldige afweging.
- Om de vertaalslag van klachten naar verzekerde beperkingen te maken is ook belangrijk om te kijken naar de relatie met sociale - en arbeidsgebonden problematiek. Immers deze kunnen ook impact hebben op de ervaren belemmeringen voor re-integratie. Het ICF-model kan helpend zijn de verhouding tussen ziekte, gebrek, sociale- en arbeidsgebonden problematiek te verhelderen. Dit omdat het ICF-model een relatie tussen de mogelijkheden met interne- en externe factoren duidelijk maakt.

Aandachtspunten bij de beoordeling van Post-COVID klachten

1. Onderzoekselementen en hun relevantie

Benoem duidelijk de verschillende onderzoekselementen (zoals weergegeven in de Lisv-standaard Onderzoeksmethoden) en leg uit waarom deze relevant zijn voor specifieke geclaimde beperkingen. Hieronder een verduidelijking per element.

1.1 Persoonlijk functioneren

Anamnestiche gegevens: Functioneren op micro-, meso- en macroniveau, en de relatie met uitputtende vermoeidheidsklachten, respiratoire klachten en cognitieve functies.

Klinische observaties: Tijdens het spreekuur bij de (primaire) verzekeringsarts.

Onderzoeksbevindingen: Van de behandelende sector, zoals psychiatrisch onderzoek en cognitieve screeningsinstrumenten.

Aanvullend specialistisch onderzoek: Bijvoorbeeld neuropsychologisch onderzoek (met aandacht voor symptoomvaliditeitstesten).

² [Eerste publicatie Integrale Handreiking post-COVID - Kennis | C-support](#)

³ Ned Tijdschr Geneesk. 2025;169:D8593 - Postacute infectiesyndromen; tijd voor erkenning, inzicht en gerichte zorg

⁴ [BW_PIL_nr4_2024_v3.indd](#)

⁵ [202403_POTS_factsheet-C-support.pdf](#)

⁶ [Nieuw artikel over long COVID: aandacht voor PEM en POTS - C-support](#)

⁷ [Layouted-PEMPOTSPaper-251113.pdf](#)

1.2 Duurbelastbaarheid

Anamnestiche gegevens: Recuperatiebehoefte, dag- en weekverhaal, functioneren in de privésituatie (met specifieke aandacht voor PEM en prikkelgevoeligheid), herstel- en participatiegedrag, medische en niet-medische deconditionering.

Bevindingen bij onderzoek: Waarneembare vermoeidheid, afnemende aandacht/concentratie, afnemende levendigheid van de mimiek, toenemende prikkelbaarheid en/of emotionele labiliteit, vegetatieve remming.

Waarnemingen door derden: Uitkomsten van aanvullend onderzoek, zoals de (2-daagse) inspanningstest (indicatieve tabel MET/VO₂max).

1.3 Orthostatische tolerantie

Anamnestiche gegevens: Specifieke klachten/symptomen (bijv. licht in het hoofd, wazig zien, pre-syncope, angst, flushing, misselijkheid) en ervaren belemmeringen bij dynamische handelingen/statische houdingen, persoonlijk en sociaal functioneren, en factoren van invloed.

Klinische observaties en onderzoeksbevindingen: Tijdens spreekuuronderzoek en onderzoeken m.b.t. orthostatische intolerantie (bijv. kanteltafeltest/head-up tilt-test, bloeddrukmeting) en POTS (meting toename hartslag).

Let op: Schenk zo nodig aandacht aan eventuele beperkingen van individuele testen of onderzoeksbevindingen.

2. Onderzoeksvraag

Maak de afwegingen t.a.v. de beoordeling van mogelijkheden en beperkingen concreet in de beschouwing, conform de Inleiding Verzekeringsgeneeskundige Beoordeling en de richtlijn m.b.t. het MAOC.

2.1 Rechtstreeks en medisch objectief vaststellen

Rechtstreeks: Beperkingen moeten directe relevantie voor arbeid hebben.

Medisch: Onderzoeksmethoden moeten algemeen geaccepteerd zijn in de verzekeringsgeneeskunde.

Vaststellen: Met feiten onderbouwen; perceptieverschillen met de cliënt kunnen ontstaan.

Objectief: Zoveel mogelijk vrij van emotie en vooronderstellingen, controleerbaar, vastgelegd, reproduceerbaar, consistent en plausibel.

2.2 Geïntegreerde beoordeling

Werkwijze: Ervaren belemmeringen toetsen aan het medisch beeld in wisselwerking met de psychosociale context.

ICF-model: Besteed aandacht aan de motivering voor en vertaling naar arbeidsbeperkingen, rekening houdend met de definities en referentiewaarden uit de basisinformatie CBBS.

Noot: De huidige Standaard Duurbelastbaarheid in Arbeid (14 januari 2015, met aanvullingen 4 december 2024) gaat uit van het 24-uurs bioritme als basis voor de beoordeling van duurbelastbaarheid. Uit literatuur blijkt dat verschillende aandoeningen, waaronder Post-COVID/PAIS, het 24-uurs ritme kunnen verstoren. Dit betekent dat de herstelbehoefte van cliënten kan afwijken van het standaard 24-uurs ritme. Bij het toepassen van de standaard duurbelastbaarheid dient voortaan, naast de duurbelastbaarheid per dag, ook expliciet de duurbelastbaarheid op de overige dagen van de week te worden beoordeeld, indien deze afwijkt.

(N.B. Er wordt momenteel door CEC gewerkt aan een addendum bij de Standaard Duurbelastbaarheid in Arbeid over dit onderwerp.)

Licht de werkwijze van de geïntegreerde beoordeling toe waarbij de ervaren belemmeringen getoetst worden aan het medisch beeld in wisselwerking met de psychosociale context waarbij alle afzonderlijke onderzoeksgegevens waaronder de anamnestiche gegevens, klinische observatie en andere onderzoeksbevindingen, en individuele/persoonlijke factoren worden meegenomen.

Besteed hierbij aandacht aan het ICF-model en de motivering voor en vertaling naar arbeidsbeperkingen, rekening houdend met/onder verwijzing naar de definities en

referentiewaarden beschreven in de basisinformatie CBBS en naar het vaststellen van arbeidsvermogen in het kader van de Wajong.

Handvatten / Advies

- Als je ervan overtuigd bent dat er sprake is van een ernstig ziektebeeld met een reëel en consistent klachtenpatroon, handel daar dan naar.
- Gebruik het ICF-model om de stoornissen, de hieruit voortvloeiende beperkingen, de ervaren belemmeringen in het functioneren én de invloed van externe- en persoonlijke factoren te beschrijven
- Motiveer goed en stapsgewijs hoe je tot een bepaalde urenbeperking gekomen bent waarbij je expliciet aandacht besteedt aan de mogelijkheid van het bestaan van PEM en POTS, prikkelgevoeligheid en overprikkeling.
- Volg bij het beoordelen van de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen het stappenplan. Onderbouw op basis van mogelijke behandelopties – waarvan bekend moet zijn of ze geschikt zijn voor de cliënt - op individueel niveau of er nog wel of geen verbetering te verwachten is en zo ja, welke verbetering van de belastbaarheid verwacht je dan.
- 'Het is een relatief nieuw ziektebeeld' en 'er zijn nu nog geen behandelopties, maar in de toekomst mogelijk wel' is volgens de jurisprudentie geen adequate motivering om 'geen duurzaamheid' aan te nemen.
- Onderzoek in lopende (hoger) beroepszaken of de anamnese, het dagverhaal en de ontvangen medische informatie in de loop der tijd aanwijzingen geven voor het bestaan van een consistent klachtenpatroon dat geduid kan worden als PEM en/of POTS naast de Post-COVID-klachten en beargumenteer daar je – mogelijk veranderde – standpunt mee.

Stafverzekeringsartsen Bezwaar & Beroep

Anne van Wijngaarden
Arjen Gille
Monique Hoogeboom
Job Hermans
Suzanne van Wageningen
Vinod Ramautar
Frank van Geen

Medisch Adviseur Bezwaar & Beroep

Karin van Geest

Medisch Adviseur SMZ

Kevin De Decker

Bijlage - Heroverwegingen

Voorbeeld (1) overweging voortschrijdend inzicht – verminderde duurbelastbaarheid door PEM

Uit de voorliggende medische informatie blijkt sprake van aanhoudende energetische belemmeringen na het doormaken van COVID-19, met zowel een cognitieve als lichamelijke uiting, die zijn geduid als in het kader van Long-COVID klachten bij ook bestaande stemmingsproblematiek. Op basis hiervan moet worden gesteld dat de vastgestelde beperkingen binnen de rubrieken I-V in de FML van xx-xx-xxxx passend zijn bij een consistent en plausibel geheel van klachten met logische, hieruit voortvloeiende beperkingen. Deze staan nu ook niet ter discussie in het onderhavige bezwaar.

Met betrekking tot de duurbelastbaarheid moet worden opgemerkt dat een beperking hierop kan worden aangenomen als wordt voldaan aan één of meerdere criteria daarvoor zoals beschreven in de “Standaard Duurbelastbaarheid in Arbeid” namelijk: 1. Stoornis in de energiehuishouding, 2. Op basis van verminderde beschikbaarheid of 3. om een preventieve grond. Bij verzekerde was op datum in geding sprake van een stoornis in de energiehuishouding bij een fors verlaagde energetische capaciteit na het hebben doorgemaakt van een COVID-19 infectie (met IC opname), gevolgd door persistente vermoeidheidsklachten die nu op basis van voortschrijdend medisch inzicht passend zijn bij post exertionele malaise (PEM).

Het dagverhaal is vervolgens het aangewezen instrument om de omvang van de toegenomen recuperatienoodzaak in kaart te brengen (blz. 15 van de standaard). Tijdens het primaire onderzoek is dit uitvoerig uitgevraagd (primaire rapportage d.d. xx-xx-xxxx, pagina x-x), waarbij een consistent patroon van persistente vermoeidheid wordt beschreven, zowel tijdens de werkdag als op de daaropvolgende dag, met duidelijke toename van de vermoeidheid na inspanning. Bij een werkdag van 3 à 4 uur bleek verzekerde de volgende dag slechts circa 4 uur wakker te kunnen blijven over de dag (8:30-17:00), waarin tevens de algemene dagelijkse levensverrichtingen moesten worden verricht.

Hieruit volgt dat er grond bestaat voor het aannemen van een verdere beperking van de duurbelastbaarheid. Deze wordt vastgesteld op een maximale inzetbaarheid van 2 uur per dag en 10 uur per week in volledig aangepast werk, in overeenstemming met zowel het dagverhaal als de onderliggende problematiek.

Voorbeeld (2) beschouwing CrvB zaak

Een groot deel van de ervaren klachten en belemmeringen van cliënte is gerelateerd aan het al dan niet bestaan van een post-COVID ziektebeeld. Sinds de eerste COVID-19 besmettingsgolf in 2020 zijn vanuit wetenschappelijk onderzoek in de afgelopen jaren voortschrijdende inzichten ontstaan over dit syndroom. Deze inzichten zijn ook van toepassing op de duiding van ervaren klachten en belemmeringen in relatie tot beperkingen in arbeid als gevolg van ziekte of gebrek bij client. In deze aanvullende rapportage wordt hier nader op in gegaan.

Client rapporteert rondom datum in geding diverse klachten waaronder vermoeidheidsklachten, cognitieve klachten, klachten van overprikkeling dan wel prikkelgevoeligheid, duizeligheidsklachten en een toename/verergering van de verschillende klachten na inspanning.

De door cliënte gerapporteerde klachten van vermoeidheidsklachten zijn door de curatieve sector (sportarts) en later door de rapporterende verzekeringsarts B&B geduid in het kader van deconditionering. De verzekeringsarts B&B heeft het begrip deconditionering in ieder geval geïnterpreteerd zijnde conditieverlies ten gevolge van een verminderd actief zijn, zonder dat hier een component van ziekte of gebrek aan ten grondslag ligt. Deze interpretatie van deze klachten wordt niet bevestigd door de sportarts in zijn brief uit 2021. De sportarts vermeldt niets over de oorsprong van het conditieverlies.

Uit wetenschappelijk onderzoek is in de afgelopen jaren duidelijk geworden dat klachten van vermoeidheid, verminderde inspanningsintolerantie en post-exertionele malaise (PEM, verergering van verschillende klachten na fysieke of mentale inspanning) veel voorkomende symptomen zijn bij patiënten met klachten van post-COVID. Hetzelfde geldt voor de overige door cliënte aangegeven hiervoor benoemde klachten.⁸⁹¹⁰¹¹ Deze inzichten waren rondom datum in geding in 2021 minder duidelijk.

Het dossier laat zien dat op datum in geding dergelijke klachten bij cliënte aanwezig waren. Dit blijkt onder andere uit de verzekeringsgeneeskundige onderzoeken in primo en in bezwaar, maar ook uit de medische informatie in het dossier van bedrijfsarts, sportarts, huisarts, ergotherapeut en fysiotherapeut. Consistent wordt in verschillende vormen melding gemaakt van klachten van vermoeidheid en lage inspanningstolerantie. Tevens wordt consistent melding gemaakt van onder andere klachten van concentratie, geheugen, prikkelgevoeligheid, overprikkeling en verergering van diverse klachten na inspanning (PEM)

Ten aanzien van de energetische klachten verdient het op basis van de aard en ernst van die klachten en op basis van de huidige stand van de wetenschap de voorkeur om deze klachten eerder in het kader van post-COVID te duiden dan in het kader van conditieverlies ten gevolge van inactiviteit zonder onderliggende medische oorzaak. Ondersteunend hierbij is dat uit het dossier blijkt dat langdurige fysiotherapie en training niet in vermindering van energetische klachten heeft geresulteerd, hetgeen een bekend fenomeen is binnen post-COVID en hetgeen niet te verwachten zou zijn als het zou gaan om conditieverlies zonder medische oorzaak.

In relatie tot beperkingen in arbeid bestaat hiermee, in tegenstelling tot wat eerder door de verzekeringsarts B&B is aangegeven, mijns inziens wel een grond voor een verdere urenbeperking. Deze verdere urenbeperking is zowel op energetische gronden gegeven vanwege de vermoeidheidsklachten en op preventieve gronden ter voorkoming van verergering vanwege de aanwezigheid van PEM. De verdere urenbeperking wordt gesteld op 4 u/d en 20 u/w in passende arbeid. Voor de omvang van deze urenbeperking is met name aansluiting gezocht bij de mate van dagelijks functioneren en bij dagverhaal zoals beschreven in de verzekeringsgeneeskundige onderzoeken in primo en in bezwaar.

Met betrekking tot de overige klachten worden ook aanvullende beperkingen aangenomen. Uit de dossiergegevens blijkt dat cliënte last heeft van geluiden (met name hard, schel en/of onverwacht), van drukte en van duizeligheid. Hiervoor worden aanvullende beperkingen aangenomen in afleiding door anderen, storingen en onderbrekingen en werken zonder verhoogd persoonlijk risico.

Met de aanvullende beperkingen wordt beoogd te voorzien in energetisch en fysiek weinig belastende arbeid op regelmatige basis voor maximaal 4 u/d en 20 u/w, passend bij de aard en ernst van de onderliggende medische problematiek.

Cliënte rapporteert tevens cognitieve klachten in de vorm van verminderde concentratie en geheugen. Uit het psychisch onderzoek tijdens het verzekeringsgeneeskundig onderzoek in bezwaar blijkt dat op deze gebieden geen afwijkingen worden geobserveerd, met name ten aanzien van geheugenfunctie en het trekken en behouden van de aandacht gedurende het gesprek van 50 minuten. Hiermee wordt niet voorbijgegaan aan de door cliënte ervaren klachten, echter op basis van deze onderzoeksbevindingen is het niet aannemelijk dat cliënte boven de drempelwaarde van de CBBS definities komt voor het stellen van een beperking op deze punten.

⁸ Chronic Fatigue and Postexertional Malaise in People Living With Long COVID: An Observational Study. Twomey et al, 2022

⁹ Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. Davisa et al, 2021

¹⁰ Development of a Definition of Postacute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection. Twaweethai et al, 2023

¹¹ Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations. Davis et al, 2023