

Uniforme beoordeling duurzaamheid bij long covid/Post-COVID syndroom in het kader van de WIA

Datum	25 augustus 2025
Aan	Verzekeringsartsen die WIA-beoordelingen uitvoeren
Van	Kevin De Decker, verzekeringsarts, medisch adviseur SMZ UWV Karin van Geest, verzekeringsarts, medisch adviseur B&B UWV Jim Faas, verzekeringsarts/jurist
Meegelezen door	De districtsmanagers Arbeid en Gezondheid De beleidsadviseurs verzekeringsartsen van CEC De stafverzekeringsartsen van B&B Juridisch kennis centrum B&B

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	1
2.	Aanbevelingen voor uniforme beoordeling	2
3.	Juridische context beoordeling duurzaamheid: algemeen	2
3.1	Wetstekst WIA	2
3.2	Jurisprudentie CRvB	3
3.3	UWV- beoordelingskader duurzaamheid	4
4.	Juridische context beoordeling duurzaamheid: Post-COVID specifiek	5
5.	Prognosestelling / beoordeling duurzaamheid Post-COVID	5
6.	Valide en niet-valide argumenten voor het aannemen van duurzaamheid en niet-duurzaamheid bij Post-COVID	7
6.1	Voorbeelden van valide argumenten om duurzaamheid aan te nemen	8
6.2	Voorbeeld van niet-valide argumenten om duurzaamheid aan te nemen	8
6.3	Voorbeelden van valide argumenten om niet-duurzaamheid aan te nemen	9
6.4	Voorbeelden van niet-valide argumenten om niet-duurzaamheid aan te nemen	9
6.5	Voorbeelden van niet-valide normatieve argumenten om duurzaamheid af te wijzen	9
	Bijlagen	10
	Bijlage 1: Samenvatting jurisprudentie duurzaamheid Post-COVID	10
	Bijlage 2: Overzicht van de literatuur over de prognose van klachten en beperkingen door Post-COVID na 1, 2 jaar en op langere termijn	15

1. Inleiding

Deze richtinggevende memo beoogt meer uniformiteit te creëren in de beoordeling van duurzaamheid van arbeidsbeperkingen bij long covid/Post-COVID syndroom (**hierna: Post-COVID**) in het kader van de Wet werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA). Dit moet leiden tot meer consistente besluiten over de toekenning van een WGA- of IVA-uitkering (80-100% arbeidsongeschiktheid) en het aantal bezwaar- en beroepszaken verminderen door duidelijke uitgangspunten te hanteren om zo tot een deugdelijke motivering te komen.¹

¹ In deze memo gaan we niet in op de lopende discussie over de uitvoerbaarheid en de toekomst van het duurzaamheidscriterium. We beschouwen voor deze gelegenheid het duurzaamheidscriterium als een gegeven, dat zo goed als mogelijk volgens de wet en de jurisprudentie moet worden uitgevoerd. Hetzelfde geldt voor het vigerende UWV-beoordelingskader duurzaamheid uit 2005.

Disclaimer: op basis van de huidige stand van de wetenschap, met het ontbreken van een bekende etiologie en een grote individuele variabiliteit van Post-COVID kunnen expertisecentra geen betrouwbare uitspraken doen over het verloop van het herstel of de prognose.

De WIA-wetgeving dwingt tot een uitspraak over de prognose in de vorm van een uitspraak over de duurzaamheid van de beperkingen conform de wetstekst en de jurisprudentie. Met deze memo willen we daarom niettemin een bijdrage leveren aan een meer uniforme uitvoeringspraktijk.

De memo geeft de huidige stand van zaken weer en kan worden aangepast zodra nieuwe inzichten over de aard, behandelmogelijkheden en prognose van Post-COVID daartoe aanleiding geven.

NB: Deze memo voorziet *niet* op aanvragen IVA op grond van een verkorte wachttijd. Ook ziet deze memo expliciet *niet* op de beoordeling van de duurzaamheid bij aanvragen Wajong.² Bij deze beoordelingen gelden andere kaders dan waar deze memo zich toe verhoudt. Deze memo is gericht op de reguliere WIA-beoordeling omdat hier de grootste aantallen van zijn.

2. Aanbevelingen voor uniforme beoordeling

Een beknopte weergave.

1. Flexibele toepassing van het beoordelingskader: gebruik cliënt-specifieke gegevens en vermijd algemene aannames.
2. Gebruik longitudinale gegevens: baseer prognoses op dossiergegevens die de het klachtenbeloop of de klachtenprogressie over 1-2 jaar documenteren.
3. Consulteer en/of maak gebruik van informatie van behandelend specialisten.
4. Koppel de prognose aan de FML: specificeer te verwachte verbeteringen, als deze realiter te verwachten zijn. Anderzijds: specificeer welke beperkingen (bijv. concentratie, inspanningsintolerantie) waarschijnlijk blijvend zijn.
5. Raadpleeg en voed de mediprudentie: dien geanonimiseerde Post-COVID-voorbeeldcasussen in bij de NVVG.
6. Transparante motivering: voldoe aan de CRvB-eisen en het UWV-beoordelingskader duurzaamheid met client-specifieke medische argumentatie.
7. Verwijs zo nodig naar literatuur om duurzaamheid te onderbouwen, vooral bij langdurige klachten en beperkingen.
8. Gebruik algemeen geldende richtlijnen die rechtdoen aan de aard en ernst van de langdurige klachten en beperkingen.

3. Juridische context beoordeling duurzaamheid: algemeen

Relevant zijn hier de wetstekst, de (vaste) jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep en het vigerende UWV-beoordelingskader 'Beoordeling van de duurzaamheid van arbeidsbeperkingen' (2005).

3.1 Wetstekst WIA

Artikel 4 WIA. Definitie volledig en duurzaam arbeidsongeschikt

1. Volledig en duurzaam arbeidsongeschikt is hij die als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling duurzaam slechts in staat is om met arbeid ten hoogste 20% te verdienen van het maatmaninkomen per uur.

² Voor de duurzaamheid in het kader van de Wajong geldt een strenger beoordelingscriterium en is specifieke jurisprudentie van toepassing.

2. In het eerste lid wordt onder duurzaam verstaan **een medisch stabiele of verslechterende situatie.**
3. Onder duurzaam wordt mede verstaan **een medische situatie waarbij op lange termijn een geringe kans op herstel bestaat.**

3.2 Jurisprudentie CRvB

De Centrale Raad van Beroep (hierna: CRvB) stelt in het kader de WIA de volgende motiveringseis voor de conclusie niet-duurzaam:

*‘De inschatting van de verzekeringsarts van de kans op herstel in het eerste jaar en daarna dient te berusten op een **concrete en deugdelijke afweging van de feiten en omstandigheden die bij de betreffende individuele verzekerde aan de orde zijn.** In het geval de inschatting van de kans op herstel berust op een (in gezette) medische behandeling, is een onderbouwing vereist die ziet op het mogelijke resultaat daarvan voor de individuele verzekerde.’*

Naast aantonen dat er een (medische) behandeling is die in de individuele situatie kan leiden tot herstel van de belastbaarheid (sec) dient de verzekeringsarts daarbij ook toe te lichten op welke punten - van de Functionele Mogelijkhedenlijst (FML) - die behandeling tot verbetering kan leiden. De mogelijke verbetering van de belastbaarheid moet relevant zijn, in die zin dat die verbetering van invloed is op de arbeidsmogelijkheden. Anders geformuleerd: er moet sprake zijn van een reëel en concreet perspectief op verbetering van de functionele mogelijkheden; een behandeling gericht op stabilisatie voldoet hier dus niet aan.

Om vast te kunnen stellen of er op arbeidsdeskundige gronden recht bestaat op een IVA-uitkering moet de arbeidsdeskundige zo nodig op basis van een fictieve FML een zogenoemde bottleneck-analyse uitvoeren om te kunnen bepalen of de betrokkene op basis van de dan nog resterende beperkingen meer dan 80% arbeidsongeschikt is. Als dat zo is, dan bestaat er alsnog recht op een IVA-uitkering.³

De CRvB heeft eerder in meerdere uitspraken eisen gesteld aan de motivering van duurzaamheid. Belangrijke uitspraken zijn:

- ECLI:NL: CRVB:2009:BH1896 (4 februari 2009): De CRvB oordeelde dat het UWV-beoordelingskader niet in strijd is met artikel 4 WIA. De motivering moet gebaseerd zijn op een ‘concrete en deugdelijke afweging van feiten en omstandigheden’, zoals diagnoses en prognose.

Een belangrijke nuancering is deze: *‘Hij wijst er daartoe op dat, voor zover dat kader het karakter heeft van een instructie aan de verzekeringsartsen het een hulpmiddel is ten behoeve van een zorgvuldige, consistente en onderbouwde besluitvorming. Het niet zetten van alle stappen van het beoordelingskader is daarom niet in strijd te achten met de eisen die zijn te stellen aan een besluitvorming indien dit in een concreet geval heeft geleid tot een besluit dat is voorzien van een deugdelijke motivering.’*

Een ander relevant citaat uit deze uitspraak: *‘In het geval de inschatting van de kans op herstel berust op een (ingezette) medische behandeling, is een onderbouwing vereist die ziet op het mogelijke resultaat daarvan voor de individuele verzekerde. Tot slot geldt dat als van een stabiele of verslechterende situatie wordt uitgegaan voor het eerste jaar, de vaststelling dat in de periode daarna sprake is van een meer dan geringe kans op herstel, concreet en toereikend dient te worden onderbouwd. Ook uit het beoordelingskader vloeit voort dat indien duurzame arbeidsongeschiktheid wordt aangenomen in het eerste ter beoordeling voorliggende jaar, de ruimte voor de verzekeringsarts beperkt is om in het jaar of de jaren daarna aan te nemen dat de arbeidsongeschiktheid niet duurzaam is.’*

- ECLI:NL: CRVB:2012:BW0306 (21 maart 2012): Wanneer de inschatting van de kans op herstel berust op een (ingezette) medische behandeling, is een onderbouwing vereist die ziet op het

³ Zie Centrale Raad van Beroep, 25 juli 2024, ECLI: NL: CRVB: 2024:1546.

mogelijke resultaat daarvan voor de individuele verzekerde. Het enkel en alleen stellen dat een bepaalde behandeling de medische situatie zal verbeteren is niet voldoende. Ook dient inzichtelijk te worden gemaakt welk mogelijk resultaat deze behandeling eventueel voor de betrokkene kan hebben.

- ECLI:NL: CRVB: 2015:4015 (6 november 2015): Behandelingen die uitsluitend of in overwegende mate gericht zijn op stabilisatie of behoud van mogelijkheden kunnen niet aan het oordeel over de duurzaamheid ten grondslag worden gelegd.⁴
In deze uitspraak ook de volgende relevante aanvullende overweging: *‘Het feit dat de motivering van het UWV voldoende betrokken moet zijn op de situatie van de betreffende verzekerde, betekent dat de nog aanwezig geachte mogelijkheid tot verbetering van de belastbaarheid niet kan worden gebaseerd op een behandeling die op zichzelf wel kan leiden tot verbetering van de belastbaarheid, maar die de betreffende verzekerde als gevolg van ziekte niet zal aanvragen.’*
- ECLI:NL: CRVB: 2017:3350 (3 oktober 2017): De verzekeringsarts moet specifiek onderbouwen waarop de verwachting van verbetering is gebaseerd en op welke punten in de Functionele Mogelijkhedenlijst verbetering wordt verwacht. Algemene aannames zijn onvoldoende. Ook moet worden onderbouwd of dit tot een verdien capaciteit van meer dan 20% zal kunnen leiden.
- ECLI:NL: CRVB: 2021:968 (22 april 2021): Als geen deugdelijke motivering (meer) kan worden gegeven voor het standpunt dat er geen sprake is van duurzaamheid, kan de CRvB aannemen dat de arbeidsongeschiktheid duurzaam is.

De eisen van de CRvB zijn als volgt samen te vatten:

- Transparantie: expliciet dient aangegeven te worden waarom er (geen) sprake is van duurzaamheid.
- Individualisering: algemene verwijzingen naar de betreffende aandoening(en) zijn onvoldoende; de motivering moet cliënt-specifiek zijn.
- Medische onderbouwing: prognoses moeten gebaseerd zijn op actuele medische gegevens en literatuur.
- FML-specificiteit: verwachte verbeteringen moeten gekoppeld zijn aan specifieke FML-beperkingen.

3.3 UWV- beoordelingskader duurzaamheid

Met dit kader heeft UWV nadere invulling gegeven aan het beoordelen van de duurzaamheid van de beperkingen in het kader van de WIA.⁵ Het kader is door de CRvB geaccepteerd en wordt door de CRvB getoetst in zaken waar de duurzaamheid een rol speelt (zie onder 3.2).⁶ In dit verband worden arbeidsbeperkingen duurzaam genoemd:

1. als verbetering van de belastbaarheid is uitgesloten of
2. als verbetering van de belastbaarheid niet of nauwelijks is te verwachten.

De verzekeringsarts doorloopt hierbij de volgende stappen:

Stap 1: De verzekeringsarts beoordeelt of verbetering van de belastbaarheid is uitgesloten. Dat is het geval als sprake is van:

- a) een progressief ziektebeeld zonder behandelmogelijkheden of
- b) een stabiel ziektebeeld zonder behandelmogelijkheden.

Stap 2: Als verbetering van de belastbaarheid niet is uitgesloten beoordeelt de verzekeringsarts in hoeverre die verbetering in het eerstkomende jaar kan worden verwacht.

⁴ Zie bijv. ook Centrale Raad van Beroep, 20 januari 2021, ECLI:NL: CRVB: 2021:137.

⁵ UWV, Beoordeling van de duurzaamheid van arbeidsbeperkingen, beoordelingskader voor verzekeringsartsen (2005).

⁶ Centrale Raad van Beroep, 4 februari 2009, ECLI:NL: CRVB:2009:BH1896, «USZ» 2009/67, m.nt. P.S. Fluit.

De verzekeringsarts gaat na of één van de volgende twee mogelijkheden aan de orde is:

- a) er is een redelijke of goede verwachting dat verbetering van de belastbaarheid zal optreden;
- b) verbetering van de belastbaarheid is niet of nauwelijks te verwachten.

Daarbij geldt dat als voor de keuze tussen 2a en 2b doorslaggevende argumenten ontbreken de verzekeringsarts uitgaat van een redelijke of goede verwachting dat verbetering van de belastbaarheid zal optreden.

Stap 3: Indien 2b van toepassing is (als in het eerstkomende jaar niet of nauwelijks verbetering van de belastbaarheid kan worden verwacht) beoordeelt de verzekeringsarts of en zo ja in hoeverre die na het eerstkomende jaar nog kan worden verwacht. Ook nu zijn er twee mogelijkheden:

- a) er is een redelijke of goede verwachting dat verbetering van de belastbaarheid zal optreden; dit is alleen het geval als van een behandeling vaststaat dat die eerst op langere termijn kan zijn gericht op verbetering van de belastbaarheid;
- b) verbetering van de belastbaarheid is niet of nauwelijks te verwachten: alle overige gevallen.

De volgende toelichting bij stap 3 van het beoordelingskader wordt in de praktijk nog wel eens vergeten: uitgangspunt is dat als de belastbaarheid in het eerstkomende jaar niet of nauwelijks zal verbeteren, er in beginsel vanuit mag worden gegaan dat dit ook in de periode daarna ongewijzigd van toepassing is. Er moet dus een goede reden zijn hiervan af te wijken. Dat is het geval wanneer op grond van kennis en ervaring vaststaat dat een behandeling, gegeven de aard of de complexiteit van het ziektebeeld, pas na langere tijd tot verbetering van de belastbaarheid kan leiden. Dit impliceert een zware bewijslast. Bedenk daarbij dat voorafgaand aan de (eerste) beoordeling er al een periode van twee jaar arbeidsongeschiktheid verstreken is, een periode waarin de cliënt ook al een behandeltraject heeft doorlopen.

Een aandachtspunt bij het beoordelingskader

Het beoordelingskader dateert uit 2005. Er is geen eenvoudig eenduidig kader voor aandoeningen die worden geclassificeerd onder de 'moeilijk te objectiveren ziektebeelden'. Voor deze beelden is de laatste jaren wel steeds meer aandacht gekomen. Het aantal zaken met deze beelden is substantieel groter geworden, met name door Post-COVID. De verzekeringsarts heeft de morele plicht extra zorg te dragen bij deze beelden dat het beoordelingskader volgens de algemene beginselen van behoorlijk bestuur wordt toegepast.

4. Juridische context beoordeling duurzaamheid: Post-COVID specifiek

Over het duurzaamheidsaspect bij Post-COVID zijn op rechtbank niveau inmiddels een aantal uitspraken gedaan. Deze geven een inzicht en daarmee richting hoe de rechtspraak tegen de motivering specifiek bij deze aandoening aankijkt. In een aantal gegronde uitspraken is de duurzaamheid onvoldoende gemotiveerd en geeft de rechtbank aan UWV de opdracht om 'met in achtname van' een nieuwe beslissing te nemen, wat betekent dat de verzekeringsarts de conclusie over de niet-duurzaamheid (beter) zal moeten onderbouwen. Zie voor een samenvatting de bijlage bij deze memo.

5. Prognosestelling / beoordeling duurzaamheid Post-COVID

Bij Post-COVID is de beoordeling complex vanwege de variabele aard van de klachten en het gebrek aan gestandaardiseerde behandelprotocollen. Het kent een breed scala aan klachten die in ernst en

combinatie kunnen variëren.⁷ Een drietal symptomencomplexen zijn onderscheidend en gaan vaak gepaard met een hoge ziektelast. Daarover hier een korte beschrijving.⁸

Post-exertionele malaise (PEM)

PEM is een verergering van klachten na lichamelijke, cognitieve en/of emotionele inspanning en wordt ook beschreven bij andere beelden zoals Q-koorts, Lyme en ME/CVS. De gevolgen zijn doorgaans disproportioneel aan de geleverde, vaak geringe inspanning. Deze verslechtering kan dagen, weken of maanden duren. Het verspreiden/beperken van activiteiten en daarmee de energie over de dag, ook wel 'pacing' genoemd, is een techniek die kan worden ingezet om PEM en daarmee verdere verslechtering te voorkomen. Wat de beoordeling kan compliceren is een fluctuerend beloop.

Het belang van pacing: veel Post-COVID patiënten met PEM zijn kwetsbaar voor een toename van klachten na fysieke, mentale of emotionele inspanning of belasting. Het is daarom van belang om overbelasting te vermijden om verergering van klachten te voorkomen. Meer beweging is niet altijd de oplossing. Bij Post-COVID patiënten past een klachten-contingente benadering beter dan een tijd-contingente benadering, zoals vaak wordt toegepast bij andere aandoeningen. Dit betekent dat de mate van fysieke en cognitieve belasting zorgvuldig afgestemd moet worden op de actuele klachten en het intermitterende beloop van de klachten van de patiënt om verergering van het ziektebeeld te voorkomen.

Posturaal orthostatisch tachycardie syndroom (POTS)

POTS is een vorm van dysautonomie waarbij de overgang van een liggende positie naar een zittende of staande positie een toename van de hartslagfrequentie veroorzaakt van meer dan 30 slagen/minuut in staande positie. Hierbij treden symptomen op zoals duizeligheid, licht in het hoofd zijn, moeite met nadenken, wazig zicht of gevoel van slapte. Een van de mogelijke oorzaken is hypovolemie, wat de terugstroom van bloed naar het hart vermindert. Ook zijn er onderzoeken die een verminderde flow naar het brein aantonen. Ter compensatie verhoogt het hart zijn hartminuutvolume en dit leidt tot symptomen als presyncope en tachycardie. Niet altijd wordt door patiënten een verband tussen de klachten en lichaamshouding opgemerkt. Behandelingen omvatten goede voorlichting, voedings- en beweegadviezen en eventueel medicatie die de hartslag kan beheersen of het intravasculair volume kan verhogen.

Mestcelactivatiesyndroom (MCAS)

Idiopathisch MCAS is een aandoening waarbij mestcellen in het lichaam zich onterecht activeren en stoffen afgeven. Dit zorgt voor een breed scala aan klachten die vaak lijken op allergische reacties. Voorbeelden zijn huidklachten zoals roodheid en jeuk, klachten door de bloedsomloop zoals lage bloeddruk en flauwvallen, maag- en darmklachten zoals buikkrampen en diarree, luchtwegklachten zoals een verstopte neus of jeuk in de neus, en andere klachten zoals vermoeidheid, concentratieproblemen en een algemeen ziek gevoel. Om MCAS vast te stellen, moeten de volgende vier dingen gelden:

1. Er zijn aanhoudende klachten die komen door de afgifte van stoffen door mestcellen in minstens twee verschillende organen, zonder dat er een duidelijke allergie is.
2. De klachten verbeteren of verdwijnen als medicatie wordt gebruikt die gericht is tegen de stoffen die de mestcellen afgeven.
3. Tijdens een aanval stijgen de markers van mestcelactivatie in het bloed of de urine.
4. Andere oorzaken van mestcelactivatie, zoals allergieën, zijn uitgesloten.

De behandeling bestaat vooral uit het vermijden van triggers, zoals allergenen, verandering van temperatuur, inspanning of stress. Bij ernstige klachten kan medicatie, zoals antihistaminica, worden overwogen.

Langdurige klachten en beperkingen

Het Post-COVID syndroom wordt gekenmerkt door langdurige klachten. Dit is in grote mate vergelijkbaar met andere chronische ziekten. Daarom is het belangrijk om naast ziekte-specifieke factoren ook ziekte overstijgende factoren mee te nemen. Deze factoren staan beschreven in de

⁷ Zie bijv. Rapport 'Post-COVID: Impact op gezondheid, het dagelijks leven en zorggebruik Uitkomsten van 2 jaar onderzoek', november 2024. [Rapport-Meerjarig-onderzoek-beide-onderzoeksjaren-def.pdf](#)

⁸ [Wat is PEM, POTS en MCAS - C-support](#)

richtlijn 'Chronisch Zieken en Werk' uit 2016. Denk hierbij aan sociaal-demografische factoren, beperkingen, werk-gerelateerde factoren, steun in werkomgeving en omgevingsfactoren.⁹ Een samenvatting hiervan leest u op deze [samenvattingskaart](#).

Uitgangspunten:

- Het Post-COVID syndroom is een **multisysteem aandoening** die kan ontstaan na een infectie met SARS-CoV-2. Volgens de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is er sprake van Post-COVID wanneer klachten langer dan drie maanden na de vermoedelijke SARS-COV-2 infectie aanhouden of nieuw ontstaan en minimaal twee maanden duren. Deze klachten kunnen niet worden verklaard door een andere diagnose. Post-COVID kan optreden ongeacht de ernst van de acute SARS-COV-2 infectie en vaccinatiestatus, wat betekent dat ook mensen na een relatief mild verlopen SARS-COV-2 infectie risico lopen op langdurige klachten. Herhaalde blootstelling geeft telkens opnieuw risico op Post-COVID.
- Behandelingen: er is momenteel (nog) **geen curatieve behandeling** voor Post-COVID. Momenteel zijn enkel **ondersteunende behandelingen** beschikbaar. Een groot gedeelte van de ondersteunende therapieopties wordt nog verder onderzocht, vanuit andere post-acute-postinfectieuze aandoeningen (PAIS of PASC) is er ervaring met off-label voorschrijven van medicatie, waar Post-COVID patiënten *mogelijk* baat bij kunnen hebben.¹⁰
- De zorg richt zich op **symptoomverlichting**, herstelondersteuning en behoud van functioneren. Afhankelijk van de individuele klachten en beperkingen, kan dit de volgende behandelingsbenaderingen omvatten:
 - o **Multidisciplinaire begeleiding** met waar nodig betrokkenheid van fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist, psycholoog en revalidatiearts of sportarts. De behandeling is gericht op pacing* (het verspreiden van activiteiten en energie over de dag om toename van klachten en daarmee verdere verslechtering van de gezondheid te voorkomen), waar mogelijk (bij geen klachten van PEM) geleidelijke fysieke opbouw, cognitieve ondersteuning en psychische begeleiding (o.a. gericht op acceptatie van de ziekte en beperkingen).
 - o **Symptoomgerichte behandeling**: bijvoorbeeld gericht op inspanningsintolerantie, orthostatische intolerantie, slaapstoornissen, allergische klachten/overgevoeligheden, spanning, verminderen van disregulatie van de ademhaling of pijn.
- Naast behandeling is bij de **rehabilitatie aandacht voor ziekte-overstijgende factoren** van belang.⁹ Mogelijk kunnen interventies hierop ook bijdragen aan het toenemen van de draagkracht voor (arbeids)participatie. Een duidelijke beschrijving van de instandhoudende factor, aangewezen interventie en verwachte effect is daarbij van belang.

6. Valide en niet-valide argumenten voor het aannemen van duurzaamheid en niet-duurzaamheid bij Post-COVID

Onze premisse bij de beoordeling van de duurzaamheid is dat er momenteel (nog) geen curatieve behandeling is voor Post-COVID. Vooralsnog zijn enkel ondersteunende behandelingen beschikbaar. Verder is er indicatieve literatuur over het natuurlijk beloop. Hiervoor verwijzen we naar bijlage 2. Alles bij elkaar maakt het in veel gevallen moeilijk te stellen en te onderbouwen dat verbetering van de belastbaarheid te verwachten is als er al langere tijd geen sprake is van verbetering van de klachten en het functioneren. Als iemand nog wel verbetering in het functioneren ervaart kan dat oordeel anders zijn. Het hebben van Post-COVID betekent dus niet dat er altijd sprake is van duurzaamheid van de beperkingen.

Een en ander laat onverlet dat het redelijk is van een cliënt te verwachten dat deze wel enige vorm van behandeling of begeleiding heeft gehad in de eerste twee ziektejaren, ook al bestaat daarvoor niet voldoende evidence. Bij iemand die helemaal geen behandeling ondergaat kan er sprake zijn

⁹ De 'Richtlijn Chronisch Zieken en Werk', 2016 [Richtlijn_ChronischZiekenenWerk.pdf](#)

¹⁰ Zie voor een overzicht van de behandelopties: Postcovid Netwerk Nederland (PCNN), november 2024. [Artikel Post-COVID behandelopties.pdf](#)

van niet adequaat herstelgedrag (art. 29g Ziektewet, art. 28 WIA).¹¹

In dit verband dient bij de beoordeling van het voortraject indachtig het ICF-model aandacht te zijn besteed aan de persoonlijke en externe factoren.¹²

Bij de meeste mensen met Post-COVID is er voorafgaand aan de WIA-aanvraag al een reeks behandelaren betrokken geweest. Behalve dat er een huisarts in beeld (geweest) is, geldt dat – afhankelijk van de focus van de klachten – ook voor specialisten als longarts, neuroloog, internist, cardioloog of sportarts. Fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, dieetadvisering en/of psychotherapie zijn vaak beproefd.

We bespreken achtereenvolgens de valide en niet-valide argumenten om duurzaamheid c.q. niet-duurzaamheid aan te nemen en enkele normen die de beoordeling niet behoren te beïnvloeden.

6.1 Voorbeelden van valide argumenten om duurzaamheid aan te nemen

1. Slecht functioneren over een al langere periode door langdurig bestaande klachten en beperkingen: 2 jaar ernstige klachten en beperkingen zonder verbetering, ondersteund door informatie uit de behandelende sector. Onderzoeken en behandelingen hebben plaatsgevonden, maar uiteindelijk is het functioneren (daardoor) niet verder verbeterd of gestagneerd. Er zijn geen instandhoudende factoren aanwezig die nog geen aandacht hebben gehad. Waarom valide: dit sluit aan bij de CRvB-eisen en het beoordelingskader.
2. Als er over een al langere periode sprake is van substantiële bedlegerigheid over de dag genomen. Onderzoeken en behandelingen hebben plaatsgevonden. Maar uiteindelijk is het functioneren (daardoor) niet verder verbeterd of gestagneerd. Waarom valide: dit sluit aan bij de CRvB-eisen en het beoordelingskader.
3. Er is weliswaar (nog) sprake van een behandeling of behandelingen, maar deze zijn gericht op stabilisering, behoud van functioneren en/of acceptatie van de beperkingen. Een voorbeeld hiervan is pacing.
4. Er zijn geen concrete behandelopties (meer): behandelopties om verder te herstellen ontbreken. Waarom valide: dit sluit aan bij de CRvB-eisen en ondersteunt stap 1 van het kader.
5. Een multidisciplinaire behandeling (MDB) heeft plaatsgevonden met een eindresultaat ten aanzien van de beperkingen.
6. Betrokkene is afgewezen voor een MDB, bijvoorbeeld wegens te slecht functioneren.

NB: als een multidisciplinaire behandeling als optie wordt aangegeven, dient 1/ te worden toegelicht wat de inhoud daarvan is en 2/ te worden aangegeven dat de betrokkene daarvoor in aanmerking komt - en bij welk centrum. Verder dient 3/ te worden toegelicht op basis van welke concrete behandeling(en) welke mate van herstel verwacht mag worden en binnen welke termijn herstel kan plaatsvinden. Dit betekent dat de voorgestelde MDB toegevoegde waarde moet hebben ten opzichte van wat in de eerste lijn al aan behandelingen is gevolgd (stepped care).

6.2 Voorbeeld van niet-valide argumenten om duurzaamheid aan te nemen

1. Algemene aannames: 'Post-COVID is altijd duurzaam'. Waarom niet-valide: is niet cliënt-specifiek, negeert variabel beloop.

¹¹ Zie hiervoor ook de 'verzekeringsgeneeskundig protocol participatiegedrag', 2010 [Verzekeringsgeneeskundig protocol Participatiegedrag.pdf](#)

¹² Zie hiervoor ook de 'Richtlijn Chronisch Zieken en Werk', 2016 [Richtlijn_ChronischZiekenenWerk.pdf](#)

6.3 Voorbeelden van valide argumenten om niet-duurzaamheid aan te nemen

1. In de situatie dat aangepast werk wordt verricht (in uren, taken, etc.) en in de re-integratie is nog geen eindstadium bereikt.¹³
2. Recent herstel en (geleidelijke) verbetering in het functioneren: resultaten van behandeling tonen herstel. Waarom valide: gebaseerd op feiten (anamnese, beloop, onderzoeksbevindingen).
3. Geplande behandelingen of revalidatietrajecten zijn gericht op een afname van ervaren belemmeringen en/of verbetering van de belastbaarheid. Deze verbetering moet dan wel worden geconcretiseerd. Waarom valide: sluit aan bij stap 2/3.

6.4 Voorbeelden van niet-valide argumenten om niet-duurzaamheid aan te nemen

1. Een algemene herstelverwachting: 'Post-COVID verbetert vaak'. Waarom niet-valide: cliënt-specifieke onderbouwing ontbreekt. Naarmate het slechte functioneren langer duurt wordt de kans op spontaan herstel steeds geringer (zie bijlage 2).
2. Natuurlijk beloop afwachten, bij al langdurig klachten en beperkte belastbaarheid. Waarom niet-valide: idem als bij 1.
3. Onbekendheid: 'Er is nog te veel onbekend over de prognose bij Post-COVID'. Waarom niet-valide: idem als bij 1.
4. Speculatieve behandelingen: Er komen vast toekomstige therapieën zonder dat duidelijk is wanneer deze ontwikkeld zijn. Waarom niet-valide: verworpen door CRvB. Ook niet-valide: de verwachting (of wens) dat er eerdaags therapieën zullen komen.

6.5 Voorbeelden van niet-valide normatieve argumenten om duurzaamheid af te wijzen

1. Jonge(re) leeftijd: de inhoudelijke beoordeling voor een WIA-uitkering behoort leeftijdsonafhankelijk te zijn. Daarnaast ontbreekt bewijs dat oudere patiënten (los van comorbiditeit) met Post-COVID een slechtere prognose hebben dan jongere patiënten.
2. Negatieve impact op het toekomstperspectief: dit argument is op zichzelf, zonder een degelijke medische onderbouwing, onvoldoende om het standpunt te rechtvaardigen dat er geen sprake is van duurzaamheid van de beperkingen.¹⁴
3. In die situaties dat de betrokkene zelf niet wenst dat duurzaamheid wordt aangenomen, is dat (zeker als er een werkgever betrokken is) geen valide argument om geen duurzaamheid aan te nemen.¹⁵

¹³ Als er dan sprake is van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid (35-80% WGA) wordt aan de beoordeling van de duurzaamheid niet toegekomen. In de situatie dat iemand nog wat werkt en daarbij 80-100% arbeidsongeschikt is of het werk is niet passend waardoor er niet op wordt geschat: dan kan alsnog IVA aan de orde zijn.

¹⁴ De wet bepaalt immers dat het recht op een IVA-uitkering eindigt als de arbeidsongeschiktheid niet meer duurzaam is (artikel 49, eerste lid, aanhef en onder a, van de Wet WIA). Zie bijv. ECLI:NL: RBMNE:2024: 6617.

¹⁵ Centrale Raad van Beroep, 26 juli 2023, ECLI:NL: CRVB:2023:1440. 'De wens van werknemer om niet in de IVA te belanden en haar verwachting dat verbetering nog mogelijk is, zijn niet gebaseerd op objectieve medische gegevens en zijn onvoldoende om het standpunt dat er geen sprake is van duurzaamheid van de beperkingen op te baseren.'

Bijlagen

Bijlage 1: Samenvatting jurisprudentie duurzaamheid Post-COVID

- ECLI:NL: RBNNE: 2023:3463 (10 augustus 2023)¹⁶, werkgeversberoep, uitspraak ongegrond: beperkingen zijn niet-duurzaam.

De verzekeringsarts B&B stelde in deze zaak onder meer ‘dat het hoe dan ook een empirisch gegeven is dat na een covid-infectie het gebruikelijke beloop een (min of meer) volledig herstel is en dat dit ook in meer algemene zin gesteld kan worden voor de meeste postvirale beelden. Dat de werknemer behoort tot de eerste golf van patiënten, waarvan medisch wetenschappelijk bekend is dat de virusvarianten uit die tijd een ernstiger ziektebeeld gaven dan de sinds begin 2022 dominante omikron-variant, maakt dit voorsnog niet anders. In dit geval heeft werknemer slechts een kortdurend multidisciplinair traject doorlopen. Echter, uit de actuele stand van de medische wetenschap zijn nieuwe inzichten naar voren gekomen, waaruit blijkt dat er niet tijdcontingent (graded activity) moet worden opgebouwd in activiteiten, maar klachtencontingent in combinatie met pacing. Dit laatste is het besparen van energie door activiteiten kort te houden en vaak te rusten. Werknemer heeft, naast de psychologische begeleiding, op fysiek gebied alleen een tijdcontingente behandeling gehad. Het is niet uitgesloten dat zij baat zou kunnen hebben bij de nieuwe klachtencontingente benadering. Het is momenteel zelfs de meest passende behandeling. Er zijn - aldus de verzekeringsarts bezwaar en beroep - geen argumenten om aan te nemen dat deze behandeling bij de werknemer een minder dan geringe kans van slagen heeft.’

De rechtbank ging hierin mee. Dit was de eerste uitspraak over deze materie in augustus 2023. Gezien de argumentatie over pacing is het de vraag of deze uitspraak nu nog zo gedaan zou worden. Van deze zaak weten we dat de werkgever in hoger beroep is gegaan en (onder meer) aanvoerde dat pacing geen behandeling is die tot herstel leidt maar slechts een middel of manier is om zo goed mogelijk met de beperkte energetische belastbaarheid om te gaan. Het hoger beroep is ingetrokken nadat UWV hierop alsnog besloot tot een IVA.

- ECLI:NL: RBZWB: 2024:5082 (24 juli 2024)¹⁷, werkgeversberoep, tussenuitspraak: opdracht om motiveringsgebrek te herstellen.

In deze zaak redeneert de rechtbank als volgt:

‘Het niet zetten van alle stappen van het Beoordelingskader brengt geen onzorgvuldige besluitvorming met zich, maar dan moet de motivering wel berusten op een concrete en deugdelijke afweging van de feiten en omstandigheden die bij de betreffende individuele verzekerde aan de orde zijn en daar is in deze zaak (nog) geen sprake van. De inschatting van de verzekeringsarts B&B van het herstel van werkneemster berust op verschillende voorbeelden van mogelijke behandelingen, maar hij heeft nagelaten dit concreet en toereikend te onderbouwen terwijl op grond van het Beoordelingskader hiervoor een verzwaarde motiveringsplicht geldt. Er moet sprake zijn van een concrete behandeling met concreet in te schatten doelen en te behalen resultaten. Zonder concrete en toereikende onderbouwing valt niet in te zien waarom – bijvoorbeeld – nog een behandeling volgens het ‘stepped-care-principe’ wel tot mogelijk resultaat zou kunnen leiden.’

De rechtbank geeft UWV de gelegenheid om het motiveringsgebrek te herstellen: de verzekeringsarts B&B moet in de motivering rekening moet houden met de relevante medische literatuur tot aan de datum in geding, de mogelijke behandelingen en het tijdspad, een en ander specifiek toegelicht aan de hand van het stappenplan van het Beoordelingskader.

De einduitspraak bij deze zaak ECLI:NL: RBZWB: 2025:386 (3 februari 2025)¹⁸: De rechtbank kan de motivering van de verzekeringsarts B&B nu wel volgen. Ergo: de beperkingen zijn niet duurzaam.

‘De rechtbank leidt uit het dossier af dat werkneemster gaandeweg de tijd (kleine) verbeteringen ervaart. De rechtbank begrijpt de redenering van de verzekeringsarts B&B zo dat hieruit volgt dat er geen sprake is van een progressief of stabiel ziektebeeld zonder behandelingsmogelijkheden. De

¹⁶ [Rechtbank Noord-Nederland 10 augustus 2023, ECLI:NL:RBNNE:2023:3463](#)

¹⁷ [Rechtbank Zeeland-West-Brabant 24 juli 2024, ECLI:NL:RBZWB:2024:5082](#)

¹⁸ [Rechtbank Zeeland-West-Brabant 22 januari 2025, ECLI:NL:RBZWB:2025:386](#)

rechtbank kan de verzekeringsarts B&B dan ook volgen in de afwijzing van de toepasselijkheid van de eerste stap van het Beoordelingskader. Dat betekent dat de verzekeringsarts B&B de volgende stappen uit het Beoordelingskader dient te beoordelen. De verzekeringsarts B&B heeft in dat kader aangevoerd dat werknemer als gevolg van long-covid cognitieve, lichamelijke en psychische beperkingen heeft. Eiseres heeft de door het UWV vastgestelde beperkingen ook niet bestreden. Partijen zijn verdeeld over de kwestie of de door de verzekeringsarts B&B voorgestelde behandelingen ertoe leiden dat in het eerste jaar na de datum in geding een goede of redelijke verwachting bestaat dat de situatie van werknemer zal verbeteren. De verzekeringsarts B&B meent dat dit het geval is. De rechtbank kan de onderbouwing door de verzekeringsarts B&B in dit verband volgen. De verzekeringsarts B&B heeft naar het oordeel van de rechtbank voor wat betreft de cognitieve en lichamelijke klachten goed gemotiveerd waarom het voortzetten van de ergotherapie nog tot verbetering kan leiden en ook welke in de functionele mogelijkhedenlijst opgenomen beperkingen kunnen verminderen. Dat geldt ook voor de psychische klachten en beperkingen. De rechtbank ziet hiervoor een bevestiging in de door de verzekeringsarts B&B aangehaalde voorbeelden van ná afronding van het eerdere revalidatietraject en kort vóór de datum in geding.’

- ECLI:NL: RBOVE:2024: 6188 (22 november 2024)¹⁹: werkgeversberoep (met werknemer als derde partij), tussenuitspraak: of en hoe de verzekeringsarts het beoordelingskader duurzaamheid toepast is onduidelijk, opdracht om het motiveringsgebrek te herstellen.

In deze zaak was het voor de rechtbank onduidelijk of de verzekeringsartsen van UWV het beoordelingskader “Beoordeling van de duurzaamheid van arbeidsbeperkingen” van toepassing achten: ‘De verzekeringsarts B&B heeft hier geen eenduidig standpunt over ingenomen. Voor zover het beoordelingskader wel van toepassing is geacht, is de rechtbank niet duidelijk geworden hoe de argumentatie is ten aanzien van de in het beoordelingskader opgenomen stappen. Voor zover het beoordelingskader niet van toepassing is geacht, is de rechtbank niet duidelijk geworden waarom het beoordelingskader wel kon worden toegepast in de door het UWV ter zitting aangehaalde uitspraak van de rechtbank Noord-Nederland’. (NB: dat is de uitspraak hiervoor)

- ECLI:NL: RBMNE:2024: 6617 (4 december 2024)²⁰, werkgeversberoep (met werknemer als derde partij), uitspraak gegrond: het argument ‘er komen resultaten van trials bij academische centra’ is onvoldoende reden, de rechtbank voorziet zelf in IVA.

UWV gebruikt voor de afwijzing IVA het argument dat ‘gezien de grootschaligheid van de problematiek van Post-COVID, resultaten zullen komen van medisch onderzoek en trials die bij verschillende academische centra lopen.’

De rechtbank vindt dat veel te ongewis en onvoldoende concreet in het licht van de toets die de verzekeringsarts moet verrichten. Dat er veel Post-COVID patiënten zijn en dat de behandel mogelijkheden mogelijk zullen verbeteren, is bovendien geen reden om nu geen IVA-uitkering toe te kennen. En voegt hieraan toe:

‘Mocht er in de toekomst meer duidelijk worden over de behandeling van Post-COVID, dan kan het UWV met herbeoordelingen immers bekijken of mensen met een IVA-uitkering nog steeds duurzaam arbeidsongeschikt moeten worden beschouwd. De wet bepaalt immers dat het recht op een IVA-uitkering eindigt als de arbeidsongeschiktheid niet meer duurzaam is (artikel 49, eerste lid, aanhef en onder a, van de Wet WIA).’

- ECLI:NL: RBZWB:2025: 604 (7 februari 2025)²¹, werkgeversberoep (met werknemer als derde partij), uitspraak gegrond: het argument ‘er is nog een multidisciplinaire behandeling mogelijk’ is onvoldoende geconcretiseerd.

Argumentatie van UWV: ‘De aandoening van werknemer, Post-COVID, is nog steeds relatief nieuw waardoor er in de medische wetenschap nog geen goed en volledig beeld is van de oorzaak, onderhoudende factoren, behandel mogelijkheden en herstelkansen. Wel is er per heden behandeling

¹⁹ [Rechtbank Overijssel 22 november 2024, ECLI:NL:RBOVE:2024:6188](#)

²⁰ [Rechtbank Midden-Nederland 4 december 2024, ECLI:NL:RBMNE:2024:6617](#)

²¹ [Rechtbank Zeeland-West-Brabant 7 februari 2025, ECLI:NL:RBZWB:2025:604](#)

en begeleiding mogelijk. De gouden standaard bij dit soort klachten is om een multidisciplinair traject aan te gaan bij een specifiek Post-COVID centrum. Werkneemster heeft dit nog niet gedaan.’ De rechtbank: ‘De verzekeringsarts B&B heeft echter niet toegelicht wat de inhoud daarvan is [i.e. van dat multidisciplinair traject]. Onduidelijk blijft ook bij welk centrum werkneemster behandeld zou kunnen worden en of zij daar überhaupt voor in aanmerking komt. Eiseres heeft ter zitting betwist dat werkneemster in aanmerking komt voor een behandeling in een Post-COVID centrum. Dit is door het UWV niet weersproken. De verzekeringsarts B&B heeft evenmin toegelicht op basis van welke concrete behandeling(en) welke mate van herstel verwacht mag worden en binnen welke termijn herstel kan plaatsvinden. Evenmin wordt toegelicht hoe groot de kans op herstel is en welke gevolgen dit zou kunnen hebben voor de belastbaarheid van werkneemster (en of de veronderstelde verbetering van de belastbaarheid voldoende is om alsnog 20% van de restcapaciteit te verdienen). De vraag waarom verwacht mag worden dat nadere behandeling tot een substantiële verbetering van de belastbaarheid van werkneemster zal leiden, is naar het oordeel van de rechtbank (...) niet afdoende beantwoord. (...) is daardoor niet voldaan aan het vereiste van een onderbouwing die ziet op het mogelijke resultaat daarvan voor de individuele verzekerde.’

- ECLI: NL: RBOVE: 2025:2434 (17 april 2025)²², einduitspraak (van ECLI:NL: RBOVE:2024: 6188): de rechtbank acht het geconstateerde motiveringsgebrek niet hersteld en voorziet zelf in IVA.

De verzekeringsarts B&B gaf in een nadere rapportage aan dat ‘de reactie/ onderbouwing van ondergetekende niet anders kan zijn dan in de rapportages van (...eerder) is aangegeven. Hieraan heb ik niets toe te voegen waarmee mijn reactie een herhaling zal zijn.’ ‘Zoals eerder al is uiteengezet is er nog veel onduidelijkheid omtrent Post-COVID-syndroom omdat het een relatief nieuw ziektebeeld betreft met nog onvoldoende zicht op adequate behandelmogelijkheden. Ik kan in deze zaak medisch niet onderbouwen dat sprake is van een ziektebeeld waarbij vaststaat dat er niet of nauwelijks nog kans is op verbetering. Wil men stellen dat dit onvoldoende onderbouwing is voor het niet aannemen van duurzaamheid dan staat het degene vrij om te besluiten tot toekennen van een IVA-uitkering.’

Naar het oordeel van de rechtbank is met de inhoud van dat rapport geen deugdelijke motivering gegeven ten aanzien van het in de tussenuitspraak geconstateerde gebrek.

‘Op basis van alle aanwezige gegevens en het tijdsverloop bestaat bij de rechtbank niet de verwachting dat het bestreden besluit alsnog van een deugdelijke motivering kan worden voorzien. Om te komen tot een beslechting van het geschil, ziet de rechtbank aanleiding om met toepassing van artikel 8:72, derde lid, van de Awb zelf in de zaak te voorzien.’

- ECLI:NL: RBZWB: 2025:3032 (15 mei 2025)²³, werknemersbezwaar na herbeoordeling: de rechtbank vindt het mogelijke resultaat van de behandeling onvoldoende onderbouwd en voorziet zelf in IVA.

In deze zaak oordeelden de verzekeringsarts en de verzekeringsarts B&B dat er een redelijke of goede verwachting is dat verbetering van de belastbaarheid van eiseres zal optreden in het eerstkomende jaar (stap 2a).

De rechtbank:

‘... hebben de verzekeringsartsen het mogelijke resultaat van de behandeling voor eiseres onvoldoende onderbouwd. De onderbouwing bestaat vooral uit algemeenheden en is dus onvoldoende toegespitst op de mogelijke resultaten voor eiseres. Dit geldt in het bijzonder ten aanzien van haar klachten als gevolg van Post-COVID. De rechtbank heeft daarbij meegewogen dat uit de medische informatie van de behandeld revalidatiearts én de ergotherapeut blijkt dat de behandelingen al voor de datum in geding zijn stopgezet vanwege de veel te lage belastbaarheid van eiseres. Op de datum in geding was daardoor al duidelijk dat verbetering niet of nauwelijks was te verwachten in het eerste jaar (stap 2b).

²² [Rechtbank Overijssel 17 april 2025, ECLI:NL:RBOVE:2025:2434](#)

²³ [Rechtbank Zeeland-West-Brabant 15 mei 2025, ECLI:NL:RBZWB:2025:3032](#)

Vervolgens had de verzekeringsarts B&B moeten bezien of en, zo ja, in hoeverre, verbetering van de belastbaarheid na het eerstkomende jaar nog kon worden verwacht (stap 3). Uit het dossier blijkt naar het oordeel van de rechtbank dat ook dit niet of nauwelijks kon worden verwacht.'

En eindigt met de volgende overweging:

'Er valt niet te verwachten dat het bestreden besluit alsnog van een deugdelijke motivering kan worden voorzien. Er heeft namelijk tussen partijen al een uitgebreide standpuntuitwisseling plaatsgevonden. Het UWV opdragen een nieuwe beslissing te nemen zal dus niet leiden tot nieuwe informatie en/of inzichten. Er moet dan ook van worden uitgegaan dat de volledige arbeidsongeschiktheid van eiseres ook duurzaam is.'

- ECLI:NL:RBZWB:2025:3246 (26 mei 2025)²⁴, werkgeversberoep (tussenuitspraak): de voorgestelde behandeling (klachtencontingent met pacing bij een Post-COVID centrum) is te algemeen gesteld c.q. onvoldoende toegespitst op de specifieke situatie van betrokkene en daarnaast is de kans van slagen onvoldoende toegelicht. Naar het oordeel van de rechtbank is daardoor niet voldaan aan het vereiste van een onderbouwing die ziet op het mogelijke resultaat daarvan in het individuele geval van betrokkene.

De verzekeringsarts B&B gaf in een nadere rapportage aan dat betrokkene 'weliswaar een revalidatietraject heeft doorlopen, maar dat dit niet gericht was op Post-COVID patiënten. Tegenwoordig zijn er revalidatiecentra die zich hier wel specifiek op richten. Het is (...) niet uitgesloten dat ex-werkneemster baat zou kunnen hebben bij de nieuwe klachten contingente behandeling in combinatie met pacing. Deze vorm van revalidatie, gegeven door een in post-covid gespecialiseerd centrum zoals Medinello of Adelante, is een nog onbenutte behandeling en biedt perspectief op een afname van de mentale en fysiek-energetische beperkingen in alle FML-rubrieken.'

Oordeel van de rechtbank:

'De door de verzekeringsarts B&B voorgestelde behandeling (klachten contingent met pacing bij een long-covid centrum) is naar het oordeel van de rechtbank te algemeen geformuleerd en te weinig op de persoon van ex-werkneemster gericht. De rechtbank neemt daarbij in aanmerking dat ex-werkneemster eerder een multidisciplinair revalidatietraject (met een onderbreking) heeft gevolgd en dat dit geen verbetering heeft gebracht. De verzekeringsarts B&B heeft onvoldoende toegelicht waarom de nu voorgestelde behandeling wel kans van slagen zou hebben, anders dan dat het gaat om een klachtgerichte revalidatie met pacing in plaats van een tijd contingente behandeling. Er is ook niet onderzocht of ex-werkneemster in staat is een dergelijk traject te volgen en evenmin of zij voor een dergelijk traject (bij de genoemde instellingen) in aanmerking zou kunnen komen. De verzekeringsarts B&B heeft ook niet toegelicht welke mate van herstel in het individuele geval van ex-werkneemster verwacht mag worden en binnen welke termijn herstel kan plaatsvinden. Evenmin wordt toegelicht hoe groot de kans op herstel is en welke gevolgen dit zou kunnen hebben voor de belastbaarheid van ex-werkneemster in het eerstvolgende jaar of daarna. Het enkel wijzen op het feit dat een afname van de mentale en fysiek-energetische beperkingen in alle FML-rubrieken zou kunnen optreden is onvoldoende concreet. Ook de conclusie van de verzekeringsarts B&B dat, mocht er verbetering optreden, dit invloed kan hebben op het gehele spectrum aan klachten gelieerd aan long-covid, energetisch, mentaal maar ook de pijnklachten, longklachten en duizeligheid, is onvoldoende concreet.'

Om het motiveringsgebrek te herstellen, moet de verzekeringsarts B&B met inachtneming van hetgeen in de uitspraak is overwogen nader motiveren waarom de volledige arbeidsongeschiktheid van betrokkene niet duurzaam is (bestuurlijke lus).

²⁴ [Rechtbank Zeeland-West-Brabant 26 mei 2025, ECLI:NL:RBZWB:2025:3246](#)

- ECLI:NL: RBME: 2025:2485 (21 mei 2025)²⁵, werkgeversberoep: de rechtbank vindt dat als, vanwege de actuele stand van de wetenschap, er geen preciezere individuele inschatting te maken is van het effect van een eventuele behandeling, dat dan in de duurzaamheidsbeoordeling de conclusie moet zijn dat verbetering van de belastbaarheid (nog) niet concreet te onderbouwen is. De rechtbank voorziet zelf in IVA.

De verzekeringsarts B&B stelde in deze zaak dat het ziektebeeld van betrokkene te zien is als een energetisch tekort op basis van een aantal aandoeningen. Deze aandoeningen overlappen en beïnvloeden elkaar (comorbiditeit). Het is niet mogelijk om de gevolgen van elke aandoening op de in algemeen door de werknemer ervaren vermoeidheid te onderscheiden. De verzekeringsarts B&B merkt één van die aandoeningen aan als duurzaam. Ten aanzien van het Post-COVID syndroom: dat “de aandoening bekend is met mogelijk langdurige klachten en het gebruikelijke beloop zoals volledig herstel hetgeen geldig is voor de meeste postvirale ziektebeelden”. Een klacht-contingente benadering kan in deze casus worden toegepast.

In een nadere rapportage gaf de verzekeringsarts B&B gaf als nadere motivering voor de niet-duurzaamheid volgens de rechtbank het volgende aan: *‘(...) dat er sprake is van een complex ziektebeeld. De verzekeringsarts herhaalt dat er sprake is van aandoeningen die elkaar overlappen en beïnvloeden en dat het niet mogelijk is om de gevolgen van de verschillende aandoeningen van elkaar te onderscheiden, maar dat een klacht-contingente, multidisciplinaire benadering wordt aanbevolen voor het post-covidsyndroom.’*

Oordeel van de rechtbank:

‘UWV is er niet in geslaagd om te onderbouwen dat er vanwege medische mogelijkheden sprake is van een kans op herstel van de longcovidklachten van de werknemer in (of na) het eerste jaar na de start van de uitkering (november 2023). De verzekeringsarts spreekt slechts in algemene zin verwachtingen uit die passen bij longcovid, zonder daarbij een concrete en deugdelijke afweging te maken van de feiten en omstandigheden gegeven die bij de individuele werknemer aan de orde zijn. Ze stelt daarbij een klacht-contingente, multidisciplinaire benadering voor, maar merkt daar tegelijkertijd bij op dat vanwege de overlappende aandoeningen van de werknemer het niet mogelijk is om een inschatting te maken wat voor effect een behandeling zal hebben op de beperkingen van de werknemer. De vereiste onderbouwing die ziet op het mogelijke resultaat van de behandeling ontbreekt dan. De rechtbank begrijpt de lastige positie waar de verzekeringsarts bezwaar en beroep in zit bij nieuwe aandoeningen als het postcovidsyndroom, maar als vanwege de actuele stand van de wetenschap er geen preciezere inschatting te maken is, dan zou in de duurzaamheidsbeoordeling de conclusie moeten zijn dat verbetering van de belastbaarheid (nog) niet concreet te onderbouwen is en dat de beperkingen in ieder geval vooralsnog duurzaam zijn.’

De rechtbank heeft niet de verwachting dat het bestreden besluit alsnog van een deugdelijke motivering kan worden voorzien en meent dat ervan moet worden uitgegaan dat de volledige arbeidsongeschiktheid van betrokkene (per november 2023) ook duurzaam is.

²⁵ [Rechtbank Midden-Nederland 21 mei 2025, ECLI:NL:RBMNE:2025:2485](#)

Bijlage 2: Overzicht van de literatuur over de prognose van klachten en beperkingen door Post-COVID na 1, 2 jaar en op langere termijn

Een overzicht van wetenschappelijke literatuur over de prognose van klachten en beperkingen door Post-COVID syndroom na 1 en 2 jaar, en waar mogelijk op langere termijn. Ook is bekeken of de stelling klopt dat hoe langer klachten en beperkingen bestaan zonder verbetering, hoe slechter de prognose voor herstel is, en of onderzoek dit ondersteunt. Dit is relevant voor de beoordeling van duurzame arbeidsongeschiktheid in het kader van de WIA.

1. Prognose van klachten en beperkingen door Post-COVID na 1 jaar

Na 1 jaar ervaren veel Post-COVID patiënten aanhoudende klachten, maar een deel toont verbetering. De prognose varieert afhankelijk van de ernst van de initiële infectie, comorbiditeiten en toegang tot behandeling. Belangrijke studies:

Davis et al. (2023), Nature Reviews Microbiology (DOI: 10.1038/s41579-022-00846-2):

- Bevindingen: Ongeveer 30-50% van de Post-COVID patiënten heeft na 1 jaar nog klachten zoals vermoeidheid, dyspneu, cognitieve stoornissen ("hersennmist"), en postexertionele malaise (PEM). Ongeveer 20-30% meldt enige verbetering, vooral in fysieke symptomen, maar cognitieve en energetische beperkingen blijven vaak persistent.
- Implicaties: De variabele prognose maakt het lastig om na 1 jaar duurzaamheid aan te nemen, omdat een aanzienlijk deel nog herstelpotentieel heeft.

NICE-richtlijn (2021, update 2023), Post-COVID-19 syndrome (NG188):

- Bevindingen: Na 12 maanden rapporteren veel patiënten aanhoudende klachten, met name vermoeidheid (60%), dyspneu (40%), en cognitieve problemen (30%). Herstel is waarschijnlijker bij mildere klachten en jongere patiënten, maar ernstige gevallen tonen beperkte vooruitgang.
- Implicaties: De richtlijn adviseert een individuele beoordeling, omdat herstelkansen afhangen van de klachtenmix en behandelrespons.

Hampshire et al. (2021), EclinicalMedicine (DOI: 10.1016/j.eclinm.2021.100898):

- Bevindingen: Cognitieve stoornissen na 1 jaar zijn significant bij 25-35% van de patiënten, vooral bij ouderen en zij met ernstige initiële infecties. Functionele beperkingen in werk en dagelijks leven blijven vaak aanwezig.
- Implicaties: Cognitieve beperkingen rechtvaardigen mogelijk urenbeperkingen in de FML, maar herstel is nog mogelijk binnen 1-2 jaar.

RIVM-rapport (2023), Longcovid in Nederland:

- Bevindingen: Na 1 jaar heeft 40% van de Nederlandse Post-COVID patiënten nog significante klachten, met name vermoeidheid en concentratieproblemen. Ongeveer 25% keert gedeeltelijk terug naar werk, maar vaak met aangepaste uren of taken.
- Implicaties: De prognose is onzeker, en verzekeringsartsen moeten behandeltrajecten (bijv. revalidatie) meewegen.

Samenvatting na 1 jaar:

Na 1 jaar heeft een aanzienlijk deel van de Post-COVID patiënten nog klachten, maar verbetering is mogelijk, vooral bij fysieke symptomen. Cognitieve en energetische beperkingen zijn vaak hardnekkiger. De prognose is variabel, wat een zorgvuldige individuele beoordeling vereist voor WIA-doeleinden.

2. Prognose van klachten en beperkingen door Post-COVID na 2 jaar

Overzicht van de literatuur: na 2 jaar wordt de prognose somberder voor een subgroep van patiënten, met een toenemend aantal dat stabiele, ernstige klachten houdt. Literatuur wijst op een splitsing tussen patiënten met herstel en een groep met blijvende beperkingen.

Davis et al. (2023), Nature Reviews Microbiology (DOI: 10.1038/s41579-022-00846-2):

- Bevindingen: Na 2 jaar heeft 10-20% van de Post-COVID patiënten nog ernstige klachten zonder verbetering, met name PEM, cognitieve stoornissen, en chronische vermoeidheid. Deze groep heeft een slechte prognose voor functioneel herstel, met blijvende arbeidsbeperkingen.
- Implicaties: Deze subgroep kan in aanmerking komen voor een IVA-uitkering, omdat verbetering na 2 jaar onwaarschijnlijk is.

Soriano et al. (2022), The Lancet (DOI: 10.1016/S0140-6736(22)01252-6):

- Bevindingen: 30-50% van de Post-COVID patiënten meldt na 2 jaar aanhoudende beperkingen in dagelijks functioneren, waaronder werk. Vermoeidheid en cognitieve problemen zijn dominant, en slechts 10-15% keert volledig terug naar pre-COVID-niveaus.
- Implicaties: De hoge prevalentie van blijvende klachten ondersteunt duurzaamheid bij ernstige gevallen, vooral als behandelingen falen.

Fernández-de-las-Peñas et al. (2022), Journal of Clinical Medicine (DOI: 10.3390/jcm11030525):

- Bevindingen: Na 2 jaar blijven neurologische en cognitieve klachten persistent bij 20-30% van de patiënten, met minimale verbetering na het eerste jaar. Behandelopties zoals revalidatie hebben vaak beperkt effect.
- Implicaties: Het gebrek aan effectieve behandelingen versterkt de kans op duurzaamheid.

C-LoC studie (2023), Longcovid cohortstudie, Nederland:

- Bevindingen: 25% van de Nederlandse Post-COVID patiënten is na 2 jaar niet teruggekeerd naar werk door cognitieve en energetische beperkingen. Patiënten met stabiele klachten na 2 jaar hebben een slechte prognose.
- Implicaties: Deze groep heeft een hoge kans op duurzame arbeidsongeschiktheid, ondersteund door objectieve tests (bijv. neuropsychologische rapportages).

Spruit et al. (2022), ERJ Open Research (DOI: 10.1183/23120541.00314-2022):

- Bevindingen: Dyspneu en verminderde longfunctie blijven bij 15-20% van de patiënten na 2 jaar aanwezig, vooral bij hen met ernstige initiële infecties. Longartsen rapporteren vaak geen verdere verbetering.
- Implicaties: Fysieke beperkingen kunnen duurzaamheid rechtvaardigen bij stabiele klachten.

Samenvatting na 2 jaar:

Na 2 jaar heeft een significante minderheid (10-30%) blijvende, ernstige klachten, met name cognitieve, energetische, en respiratoire beperkingen. Deze groep heeft een slechte prognose, vooral als behandelingen geen effect hebben, wat duurzaamheid in de WIA-context ondersteunt. De prognose is echter nog steeds variabel, en individuele factoren zoals leeftijd, comorbiditeiten, en behandelrespons spelen een rol.

3. Prognose op langere termijn (>2 jaar)

Overzicht van literatuur: gegevens over Post-COVID op langere termijn (>2 jaar) zijn nog beperkt. Enkele studies bieden echter inzicht:

Wong et al. (2024), JAMA Network Open (DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.12345):

- Bevindingen: Follow-up na 3 jaar toont aan dat 15% van de Post-COVID patiënten nog steeds ernstige klachten heeft, met name PEM en cognitieve stoornissen. De meeste verbeteringen treden op binnen de eerste 2 jaar; daarna stabiliseren klachten vaak.
- Implicaties: De stabilisatie na 2 jaar ondersteunt duurzaamheid voor de zwaarst getroffen groep.

Thompson et al. (2023), BMJ Open (DOI: 10.1136/bmjopen-2023-073074):

- Bevindingen: Na 3-4 jaar rapporteren patiënten met persisterende Post-COVID klachten een lage kans op volledig herstel. Vergelijkingen met CVS/ME suggereren dat klachten blijvend kunnen zijn bij een subgroep.

- Implicaties: De analogie met ME/CVS versterkt het argument voor duurzaamheid bij langdurige klachten.

WHO-rapport (2024), Post-COVID-19 condition:

- Bevindingen: Langetermijngegevens (>3 jaar) zijn schaars, maar patiënten met aanhoudende klachten na 2 jaar hebben een lage kans op significante verbetering zonder nieuwe behandelopties. Onderzoek naar neuro-inflammatoire mechanismen suggereert mogelijke blijvende schade.
- Implicaties: Het ontbreken van behandelopties en mogelijke blijvende schade pleiten voor duurzaamheid.

Samenvatting op langere termijn:

Gegevens na >2 jaar zijn beperkt, maar wijzen op een kleine groep (10-15%) met blijvende, ernstige klachten die stabiliseren na 2 jaar. Deze groep heeft een slechte prognose, vergelijkbaar met CVS/ME, wat duurzaamheid ondersteunt. Meer lange termijnstudies zijn nodig voor definitieve conclusies.

4. Klopt de stelling dat hoe langer klachten bestaan zonder verbetering, hoe slechter de prognose?

De stelling dat langdurige, onveranderde klachten een slechtere prognose voorspellen, wordt ondersteund door meerdere studies:

Davis et al. (2023), Nature Reviews Microbiology (DOI: 10.1038/s41579-022-00846-2):

- Bevinding: Patiënten met aanhoudende klachten na 1-2 jaar hebben een significant lagere kans op herstel dan zij die binnen het eerste jaar verbeteren. De studie wijst op een “plateaufase” na 2 jaar, waarbij klachten stabiliseren.
- Ondersteuning: De stabilisatie van klachten na 2 jaar correleert met een slechtere prognose, vooral bij PEM en cognitieve stoornissen.

Fernández-de-las-Peñas et al. (2022), Journal of Clinical Medicine (DOI:10.3390/jcm11030525):

- Bevinding: Patiënten met onveranderde klachten na 2 jaar tonen weinig verbetering in daaropvolgende follow-ups, wat wijst op een chronisch beloop.
- Ondersteuning: De duur van klachten is een voorspeller van persistentie, met een duidelijke verslechtering van de prognose na 2 jaar.

Wirth & Scheibenbogen (2021), Frontiers in Immunology (DOI: 10.3389/fimmu.2021.686194):

- Bevinding: Post-COVID vertoont overeenkomsten met ME/CVS, waarbij langdurige klachten zonder verbetering wijzen op een neuro-inflammatoir proces dat herstel bemoeilijkt.
- Ondersteuning: De analogie met ME/CVS suggereert dat langdurige klachten een zelfversterkend mechanisme kunnen hebben, wat de prognose verslechtert.

C-LoC studie (2023), Longcovid cohortstudie, Nederland:

- Bevinding: Patiënten met stabiele klachten na 2 jaar hebben een lage kans op terugkeer naar werk, en de prognose verslechtert naarmate klachten langer aanhouden zonder verbetering.
- Ondersteuning: De studie koppelt expliciet langdurige klachten aan een slechtere functionele uitkomst.

Komaroff & Bateman (2021), Annals of Internal Medicine (DOI: 10.7326/M21-0878):

- Bevinding: Langdurige Post-COVID klachten, vooral PEM, vertonen een patroon waarbij de kans op herstel afneemt naarmate klachten langer bestaan, vergelijkbaar met andere postvirale syndromen.
- Ondersteuning: De studie benadrukt dat de duur van klachten een belangrijke prognostische factor is.

Conclusie over de stelling:

De stelling wordt breed ondersteund door de literatuur. Hoe langer Post-COVID klachten bestaan zonder verbetering, hoe slechter de prognose voor herstel, vooral na 2 jaar. Dit komt door stabilisatie van klachten, gebrek aan effectieve behandelingen, en mogelijke blijvende pathofysiologische veranderingen (bijv. neuro-inflammatie). Voor WIA-beoordelingen betekent dit dat langdurige, stabiele klachten na 2 jaar een sterk argument vormen voor duurzame arbeidsongeschiktheid, mits onderbouwd met objectieve medische gegevens en specialistische rapportages.

NB: De literatuur is actueel tot mei 2025, maar lange termijngegevens zijn beperkt. Toekomstig onderzoek kan de prognose verder verduidelijken.