

# Memo het argument ‘anti-revaliderend’ bij urenbeperkingen in WIA-beoordelingen voor ME/ CVS en Long COVID met PEM

Auteur:	Mr. Dr. Jim Faas, verzekeringsarts
Datum:	11 maart 2026

## 1. Inleiding

Deze memo onderzoekt het argument ‘anti-revaliderend’ dat nog met enige regelmaat wordt ingezet in WIA-beoordelingen om urenbeperkingen af te wijzen bij patiënten met ME/ CVS en Long COVID die kampen met post-exertionele malaise (PEM).

Dit argument gaat ervan uit dat het toekennen van beperkingen in dagelijkse of wekelijkse werkuren het herstel belemmert, omdat het patiënten zou aanzetten tot passiviteit en revalidatie zou ontmoedigen. Bij aandoeningen waarbij PEM een kernsymptoom is, blijkt deze benadering echter vaak contraproductief, omdat overbelasting juist tot ernstige terugval kan leiden.

Gebaseerd op recente wetenschappelijke literatuur en richtlijnen, analyseert deze memo de validiteit van dit argument. Het concludeert dat het bij PEM grotendeels ongefundeerd is en pleit voor een herziening van de beoordelingspraktijk om meer uniforme en rechtvaardige en evidence-based uitkomsten te waarborgen.

## 2. Analyse van het ‘anti-revaliderend’ argument bij urenbeperkingen in WIA-beoordelingen

In verzekeringsgeneeskundige rapportages komt het argument ‘anti-revaliderend’ regelmatig voor in de overwegingen. Het dient om urenbeperkingen – beperkingen in het aantal werkuren per dag of week – af te wijzen of te minimaliseren bij aandoeningen zoals ME/ CVS en Long COVID met PEM. De onderliggende redenering is dat dergelijke beperkingen een passieve houding bevorderen, wat de motivatie voor revalidatie zou verminderen en het herstel zou vertragen.

Dit standpunt vindt zijn wortels in verzekeringsgeneeskundige standaarden, zoals de voorloper van de UWV-standaard Duurbelastbaarheid in Arbeid uit 2015, namelijk de Lisv-standaard Verminderde Arbeidsduur uit 2000. Daarin staat expliciet:

*‘Anti-revaliderende aspecten. De verzekeringsarts moet zich de vraag stellen of het accepteren van een urenbeperking en daarmee een bepaalde mate van verminderde activiteit wel herstelbevorderend werkt of eerder een remmende werking heeft op de motivatie en inspanningen tot herstel van cliënt. Dit aspect moet in nauwe samenhang met de vraag naar de ‘keuzevrijheid’ worden beoordeeld.’*

Hoewel deze benadering uitgaat van een beoordeling op basis van medische en functionele criteria, met een voorkeur voor maatregelen die revalidatie stimuleren, is dat bij ME/ CVS en Long COVID met PEM problematisch. Het miskent de fysiologische basis van deze aandoeningen en steunt op verouderde aannames over revalidatie.

De bredere benadering van revalidatie als dynamisch proces, met beperkingen die alleen worden aanvaard als ze medisch noodzakelijk zijn en niet anti-revaliderend werken, is een interpretatie gebaseerd op de Lisv Richtlijn Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium (MAOC) uit 1996. Deze richtlijn benadrukt een ‘revalidatieve doelstelling’ in de arbeidsongeschiktheidswetten, gericht op het

behouden van autonomie en deelname aan arbeid, waarbij beperkingen consistent en objectief medisch moeten worden vastgesteld als direct gevolg van ziekte. Er wordt geen letterlijke vermelding van 'dynamisch proces' of 'anti-revaliderend' gebruikt, maar de focus ligt op herstelgedrag, mogelijkheden in plaats van alleen beperkingen, en het voorkomen van medicalisering van sociale problemen, wat aansluit bij het vermijden van contraproductieve benaderingen. Aanvullende historische context komt uit het rapport 'Geschiktheid gewogen' (2006, in opdracht van de NVVG), dat 'anti-revaliderend' bespreekt als een concept waarbij uitkeringen of beoordelingen herstel kunnen hinderen, met verwijzingen naar eerdere debatten (bijv. Jonk, 1965; Kuilman, 1979) over de potentieel remmende effecten van sociale verzekeringen op re-integratie.

Hieronder volgt een analyse van de kwaliteit, waarde en zinvolheid van dit argument, gesteund door wetenschappelijke literatuur, richtlijnen en de context van WIA-beoordelingen.

### **Kwaliteit van het argument**

Het 'anti-revaliderend' argument is zwak en onvoldoende evidence-based. Het is geworteld in de UWV-standaard Duurbelastbaarheid, die uitgaat van een consistente belastbaarheid en een normaal circadiaans ritme dat dagelijkse activiteit ondersteunt. Urenbeperkingen worden gezien als contraproductief, omdat ze patiënten zouden vastpinnen in inactiviteit, wat revalidatie zou belemmeren.

Bij ME/CVS en Long COVID is deze toepassing echter problematisch. PEM, een kernsymptoom, veroorzaakt een disproportionele verergering van klachten na minimale inspanning. Het argument negeert dat geforceerde activiteit bij PEM vaak leidt tot 'crashes' en langdurige verslechtering, in plaats van verbetering. Dit maakt het argument subjectief en niet afgestemd op de specifieke fysiologie van deze aandoeningen. Er is een gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing.

Onderzoek toont aan dat standaard revalidatiemethoden zoals graded exercise therapy (GET) bij PEM niet omkeerbaar zijn en zelfs schadelijk kunnen zijn. De NICE-richtlijnen uit 2021 hebben GET expliciet afgewezen voor ME/CVS vanwege de risico's op PEM-verergering. Een review van Geraghty et al. (2019, *Health Psychology Open*) concludeerde dat GET vaak schadelijk is, met patiënten die langdurige terugvallen rapporteren.<sup>1</sup>

Voor Long COVID toonde een studie van Décary et al. (2021, *J Orthop Sports Phys Ther* 2021) aan dat pacing (het bewust beperken van activiteiten) effectiever is dan geforceerde revalidatie, omdat het PEM voorkomt en herstel ondersteunt.<sup>2</sup>

Recente studies, zoals Appelman et al. 'Muscle abnormalities worsen after post-exertional malaise in long COVID', *Nature Communications* 15, 17 (2024) bevestigen mitochondriële disfunctie en metabole afwijkingen bij PEM, wat geforceerde activiteit verder ondermijnt.<sup>3</sup>

Ethisch en praktisch schiet het argument tekort. Het impliceert dat patiënten zelf verantwoordelijk zijn voor hun 'passiviteit', wat neigt naar victim blaming. Het houdt geen rekening met de fluctuerende belastbaarheid en ontregelde circadiaanse ritmes bij deze aandoeningen. Zie bijv. McCarthy, 'Circadian rhythm disruption in Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue

---

<sup>1</sup> <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2055102919838907>

<sup>2</sup> <https://www.iospt.org/doi/epdf/10.2519/iospt.2021.0106>

<sup>3</sup> <https://www.nature.com/articles/s41467-023-44432-3>

Syndrome: Implications for the post-acute sequelae of COVID-19', *Brain, Behavior, and Immunity – Health* (2022).<sup>4</sup> Of bij Liveiratos et al., 'Post infectious fatigue and circadian rhythm disruption in long-COVID and other infections: a need for further research', *eClinicalMedicine* (2025).<sup>5</sup>

In WIA-beoordelingen leidt dit tot onderschatting van beperkingen, terwijl urenbeperkingen essentieel zijn om PEM te managen.

### **Waarde van het argument**

De waarde van het argument is beperkt en sterk contextafhankelijk. Bij aandoeningen zonder PEM, zoals depressie of milde musculoskeletale klachten, kan het zinvol zijn, omdat urenbeperkingen daar vermijdingsgedrag kunnen versterken. De Gezondheidsraad (2018) erkent dit in bredere contexten, maar benadrukt dat het niet geldt voor ME/CVS. Bij ME/CVS en Long COVID met PEM is het argument echter waardeloos. Pacing is de aanbevolen strategie om PEM te voorkomen en herstel te bevorderen (NICE, 2021; Appelman et al., 2024).

Urenbeperkingen zijn hier juist pro-revaliderend, omdat ze overbelasting voorkomen. Een studie van Sunnquist M, et al. 'Energy envelope maintenance among patients with myalgic encephalomyelitis and chronic fatigue syndrome: Implications of limited energy reserves', *Chronic Illness*, 2019;15(1):51-60. PMID: 29251051, bespreekt hoe het overschrijden van energiegrenzen (vergelijkbaar met geforceerde activiteit) leidt tot symptoomverergering, wat pacing ondersteunt.

In een recente studie van Eckey et al. (2025, PNAS) 'Patient-reported treatment outcomes in ME/CFS and long COVID, gebaseerd op meer dan 3.900 door patiënten met ME/CFS en Long COVID gerapporteerde uitkomsten, wordt pacing impliciet gesteund als gunstige behandeling.<sup>6</sup> Het artikel waarschuwt voor verslechtering door overbelasting en pleit voor symptoom-gebaseerd management om activiteiten die PEM veroorzaken te vermijden – een kernsymptoom bij het merendeel van deze patiënten. Door overlappende symptomen en subgroepen te identificeren, benadrukt het artikel de noodzaak van gepersonaliseerde therapieën, inclusief pacing om 'non-improvement' te voorkomen.

### **Zin of onzin**

Het argument is grotendeels onzin, omdat het PEM miskent als een fysiologisch fenomeen en het in plaats daarvan reduceert tot louter gedrag. Inspanning leidt bij PEM tot mitochondriële disfunctie en metabole afwijkingen (Appelman et al., 2024), wat revalidatie compliceert. Het pushen van uren zonder beperkingen kan progressieve verslechtering veroorzaken, zoals gerapporteerd in patiëntenverslagen van PostCovid NL in '(On)zichtbaar ziek, zichtbaar onrecht: Ervaringen met het UWV bij Post-COVID (2023)'.<sup>7</sup>

Net als het deconditioneringsargument reduceert het complexe ziekten tot gedrag, in strijd met de Gezondheidsraad (2018), die ME/CVS classificeert als ernstige chronische aandoening waar pacing centraal staat. 023)'. Het risico is onterechte afwijkingen van uitkeringen, financiële stress en verslechtering van de gezondheid. Parallellen zijn te trekken met systematische vooringenomenheid zoals in de toeslagenaffaire.

---

<sup>4</sup> <https://europepmc.org/article/med/35465246>

<sup>5</sup> [Post infectious fatigue and circadian rhythm disruption in long-COVID and other infections: a need for further research](#)

<sup>6</sup> [Patient-reported treatment outcomes in ME/CFS and long COVID](#)

<sup>7</sup> [https://www.postcovidnl.nl/sites/default/files/inline-files/Onzichtbaar%20ziek\\_web.pdf](https://www.postcovidnl.nl/sites/default/files/inline-files/Onzichtbaar%20ziek_web.pdf)

### 3. Implicaties voor de verzekeringsgeneeskunde

Het gebruik van het 'anti-revaliderend' argument kan verstrekkende gevolgen hebben voor verzekeringsgeneeskundige beoordelingen:

- **Onderschatting van arbeidsongeschiktheid:** Door PEM te negeren, worden patiënten onterecht als belastbaar beoordeeld, wat leidt tot lagere WIA-uitkeringen en financiële onzekerheid. Dit verhoogt de kans op bezwaar- en beroepsprocedures en belast het systeem onnodig.
- **Schade aan patiënten:** Geforceerde revalidatie zonder urenbeperkingen kan PEM verergeren, met als gevolg langdurige verslechtering van de gezondheid en verminderde kwaliteit van leven. Dit druist in tegen 'do no harm' en kan leiden tot klachten bij UWV of tuchtcolleges.
- **Verlies van vertrouwen:** Systematische vooringenomenheid ondermijnt het vertrouwen in UWV en verzekeringsartsen. Patiënten voelen zich niet gehoord, wat de compliance vermindert.
- **Praktische gevolgen:** Het argument remt integratie van evidence-based tools zoals DSQ-PEM of pacing-protocollen, leidend tot inconsistente beoordelingen. Op langere termijn leidt dit tot hogere maatschappelijke kosten door langdurige uitkeringen en zorggebruik.

### Aanbevelingen

1. **Erkenning van PEM en de gevolgen voor het functioneren:** Verzekeringsartsen moeten PEM erkennen als een fysiologisch fenomeen. Zij kunnen daarvoor zo nodig gebruik maken van gevalideerde tools zoals de DSQ-PEM, FUNCAP en HRV-metingen om het te kwantificeren.
2. **Afwijzing van het anti-revalidatie argument:** Deze benadering is contraproductief. Het argument is niet aangepast aan PEM en leidt tot onderschatting van beperkingen. Geforceerde revalidatie werkt averechts, overbelasting bij PEM kan juist leiden tot terugval. Gepersonaliseerde pacing is de aangewezen strategie.
3. **Opleiding en richtlijnen:** Verzekeringsartsen moeten zich op de hoogte blijven stellen (door nascholing e.d.) van de nieuwste inzichten over ME/CVS en long-COVID; de UWV standaard duurbelastbaarheid (2015) moet worden herzien om PEM en circadiaanse ontregeling te integreren.
4. **Multidisciplinaire aanpak:** Bevorder samenwerking met revalidatieartsen, sportartsen, en long COVID-specialisten om complexe casuïstiek beter te begrijpen.

### Conclusie

Het 'anti-revaliderend' argument is bij ME/CVS en Long covid met PEM ongefundeerd, omdat het de fysiologische basis negeert en pacing als revalidatiestrategie ondermijnt. Een evidence-based aanpak is essentieel om patiënten te beschermen en meer uniforme en rechtvaardige beoordelingen te garanderen.