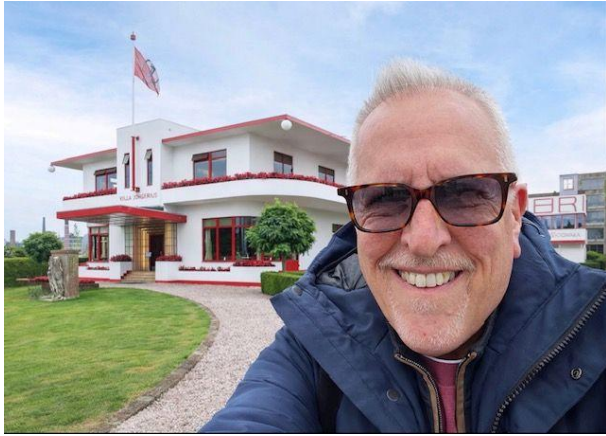


## Long COVID en de WIA

### *‘Voortschrijdend inzicht’ — of: wat de rechtspraak UWV moest bijbrengen*

Jim Faas MD PhD — SSR Dag van de Sociale Zekerheid, 2 april 2026, Utrecht



UWV spreekt bij de beoordeling van Long COVID in het kader van de WIA graag van ‘voortschrijdend inzicht’. De term suggereert een organisch leerproces: de wetenschap vorderde, de uitvoeringspraktijk paste zich aan. Die voorstelling van zaken klopt niet. De kennis was er al.

Het probleem was niet dat de wetenschap te langzaam ging, maar dat bekende kennis niet werd toegepast — en dat de correctie uiteindelijk niet van binnenuit UWV kwam, maar werd afgedwongen door de rechtspraak.

Dit essay is een neerslag van mijn lezing voor de SSR Dag van de Sociale Zekerheid op 2 april 2026. Het volgt de driedeling die ik in de presentatie heb gehanteerd: de kennis was er al, de uitvoeringspraktijk faalde, en de rechtspraak corrigeerde. Aan het eind stel ik de vraag die voor de rechtspraak het meest relevant is: wat borgt dat deze correctie ook beklijft?

*Eén kanttekening vooraf. Een aanzienlijk deel van de WIA-beoordelingen bij Long COVID gaat wél goed — uitgevoerd door verzekeringsartsen die de materie kennen en het beoordelingskader juist toepassen. Dat is geen vrijblijvende correctie op wat volgt. Het is een relevante constatering, omdat zij duidelijk maakt dat het beschreven falen niet inherent is aan de beroepsgroep, maar aan de omstandigheden waaronder werd beoordeeld: het ontbreken van eenduidige normering, onvoldoende nascholing, en een uitvoeringspraktijk die de beschikbare kennis niet systematisch wist te vertalen. De mensen die in de verkeerde beoordelingen terechtkwamen, hebben daar echter niets aan.*

## **Deel 1 — De kennis was er al**

Post-exertionele malaise (PEM), posturaal orthostatisch tachycardiesyndroom (POTS) en mestcelactivatiesyndroom (MCAS) zijn geen ontdekkingen die Long COVID heeft opgeleverd. Ze zijn al langer gedocumenteerd in de literatuur over ME/CVS en andere postvirale aandoeningen. PEM — de disproportionele verergering van klachten na lichamelijke of mentale inspanning, met een nasleep van uren, dagen of langer — was als fysiologisch fenomeen al beschreven en onderbouwd vóór COVID-19 de wereld binnenkwam.

Dat is ook de conclusie die prof. Van der Meer, internist, trok in zijn deskundigenrapporten voor de themazitting van de Centrale Raad van Beroep over ME/CVS op 28 mei 2025. Hij bevestigde dat PEM vrijwel uitsluitend voorkomt bij ME/CVS en Long COVID/PAIS, dat de tweedaagse inspanningstest een gevalideerd en betrouwbaar instrument is om beperkingen door PEM objectief in beeld te brengen, en dat de kanteltafeltest de ‘state of the art’ is voor het objectiveren van orthostatische intolerantie. Bovendien stelde hij vast dat klachten als vermoeidheid en pijn per definitie alleen via zelfrapportage zijn vast te stellen — en dat dit voor ME/CVS niet anders is dan voor depressie of andere psychiatrische stoornissen. Een bruikbaar criterium dan objectiveerbaarheid is daarom: plausibiliteit en consistentie.

De Centrale Raad volgde Van der Meer volledig in zijn tussenuitspraken van 17 juli 2025 (CRVB: 2025:990, 991 en 992). De conclusie was dat UWV onvoldoende rekening had gehouden met ME/CVS en de daaruit voortvloeiende beperkingen. In alle betrokken zaken moest UWV een nieuw besluit nemen, met toekenning van IVA met terugwerkende kracht.

De relevantie voor Long COVID is direct: Van der Meer bevestigde wat al bekend was. Het transferprobleem lag niet in de wetenschap. De kennis was beschikbaar. Zij werd in de uitvoeringspraktijk niet toegepast.

## **Deel 2 — De uitvoeringspraktijk faalde**

In de rapportages van verzekeringsartsen over Long COVID zijn jarenlang argumenten gehanteerd die inmiddels door de rechtspraak stuk voor stuk zijn afgeschoten. Dat is geen incidenteel falen. Het is een patroon, herkenbaar over meerdere rechtbanken en meerdere jaren.

### **Herkenbare red flags in de beschouwing**

Een aantal terugkerende formuleringen in verzekeringskundige rapportages is inmiddels als ondeugdelijk te kwalificeren. De zin ‘er is geen medisch substraat’, of varianten als ‘klachten en beperkingen zijn niet objectiveerbaar’, leidden in de praktijk vaak tot de conclusie dat

verdergaande beperkingen ‘geen objectieve gronden’ hadden. Dat miskent dat subjectieve klachten bij Long COVID — net als bij ME/CVS en bij psychiatrische aandoeningen — reëel en beoordeelbaar zijn, mits het juiste beoordelingskader wordt gehanteerd.

Eveneens problematisch is de redenering dat verdergaande beperkingen een ‘anti-revaliderend effect’ zouden hebben. Bij een aandoening waarbij pacing — het nauwkeurig doseren van inspanning om PEM te voorkomen — de kern is van adequaat zelfmanagement, staat dit argument haaks op de medisch-wetenschappelijke inzichten. Het argument van deconditionering als verklaring voor de klachten veronderstelt een behandelbaarheid die bij PEM niet aan de orde is op de manier die de redenering impliceert.

Een derde patroon betreft de observatie in de spreekkamer als meetinstrument. De notitie ‘tijdens het gesprek geen geheugen- of concentratieproblemen waargenomen’ miskent een typisch kenmerk van Long COVID: cliënten sparen energie voor het consult, lopen op adrenaline, en de nasleep van PEM — die uren of dagen later optreedt — is niet zichtbaar op het moment van beoordeling. Een momentopname in de spreekkamer levert dus systematisch een te rooskleurig beeld op.

### **Problemen bij de urenbeperking**

Een specifiek knelpunt betreft de motivering van urenbeperkingen. Uit eigen onderzoek blijkt dat tot en met 2023 de verdeling van urenbeperkingen bij Long COVID sterk verschilde per verzekeringsarts: een aanzienlijk deel van de beoordelingen resulteerde in beperkingen van vier uur per dag, maar het ontbrak aan navolgbare argumentatie voor de keuze van dat specifieke getal. Grenzen als zes uur of vier uur per dag werden gehanteerd zonder dat werd onderbouwd waarom juist dát de grens was — en wat de relatie was met het feitelijke re-integratieresultaat.

Bijkomende complicaties zijn het wisselende beloop van de belastbaarheid, de onvoorspelbaarheid van PEM-triggers, en de vraag hoe herstel- en recuperatietijd moet worden meegewogen. Het argument dat een cliënt op één dag per week een bepaald aantal uren kan werken, en dat dit dan ook op andere dagen mogelijk moet zijn (‘het circadiaanse ritme’-argument), houdt geen rekening met de dynamiek van PEM en is door de rechtspraak als onvoldoende gemotiveerd beoordeeld.

### **Deel 3 — De rechtspraak corrigeerde**

De correctie van de beschreven patronen in de uitvoeringspraktijk is niet van binnenuit UWW gekomen. Zij is afgedwongen door de rechtspraak. Dat is de kern van wat er is gebeurd, en voor een rechterlijk publiek het meest relevante punt.

## **Een reeks gegronde uitspraken**

Vanaf 2023 verscheen een reeks rechtbankuitspraken die UWV-rapportages over Long COVID als onvoldoende gemotiveerd beoordeelden. Rb. Overijssel stelde in 2024 vast dat onduidelijk was of en hoe de verzekeringsarts het beoordelingskader voor duurzaamheid toepaste (ECLI:NL: RBOVE: 2024:6188). Rb. Midden-Nederland voorzag in 2024 zelf in de IVA-toekenning, zonder terugverwijzing naar UWV (ECLI:NL: RBMNE:2024:6617). Rb. Zeeland-West-Brabant wees in 2025 het argument af dat nog een multidisciplinaire behandeling mogelijk was, omdat dat niet geconcretiseerd was (ECLI:NL: RBZWB:2025:604).

Ook op het vlak van beperkingen liet de rechtspraak zich niet onbetuigd. Rb. Amsterdam oordeelde dat de discrepantie met het re-integratieresultaat onvoldoende was gemotiveerd (ECLI:NL: RBAMS: 2024:5850). Rb. Midden-Nederland stelde een eigen deskundige aan (ECLI:NL: RBMNE: 2024:2959). Rb. Rotterdam vond in een aantal zaken de urenbeperking van 30 uur onvoldoende gemotiveerd (ECLI:NL: RBROT: 2025: 1083, 2303 en 2304). De CRvB bevestigde in een Ziektewetzaak dat twee deskundigen een urenbeperking van 20 uur aannemelijk hadden gemaakt, in tegenstelling tot de beoordeling van UWV (ECLI:NL: CRVB:2024:2459).

## **De memo's als correctiedocumenten**

In augustus 2025 publiceerde UWV een interne memo over de duurzaamheidsbeoordeling bij Post-COVID Syndroom. In februari 2026 volgde een tweede memo. Beide documenten bevatten instructies voor verzekeringsartsen over hoe de beoordeling inhoudelijk en motiveringstechnisch moet worden aangepakt. Zij erkennen de fysiologische basis van PEM, het belang van pacing boven graded activity bij deze doelgroep, en de analogie met ME/CVS.

Deze memo's zijn geen kennisdocumenten. Het zijn correctiedocumenten — gericht op het bevorderen van beoordelingsuniformiteit, omdat de uitvoeringspraktijk te ver uiteenliep en de rechter dit constateerde. Het tijdsverband is veelzeggend: de eerste memo volgde op de reeks gegronde rechtbankuitspraken; de tweede volgde op het afgelasten van een themazitting van de Centrale Raad van Beroep. UWV bewoog pas toen de rechterlijke druk concreet en zichtbaar werd.

Dat is van belang voor de kwalificatie van wat er is gebeurd. De memo's zijn niet het resultaat van een autonome professionele ontwikkeling binnen de verzekeringsgeneeskunde. Zij zijn een reactie op externe druk.

De term ‘voortschrijdend inzicht’ is dan ook misleidend: er was geen inzichtsgroei nodig — het inzicht was er al. Er was een prikkel nodig om het te doen gelden in de uitvoeringspraktijk. Die prikkel heeft de rechtspraak geleverd.

## **Slot — En daarna?**

De memo’s zijn een begin. Maar een begin is geen garantie.

Er zijn nog veel lopende zaken — bij de rechtbanken en bij de Centrale Raad van Beroep. De vraag of afgesloten zaken aanleiding geven tot heroverweging op grond van een novum is actueel en onbeantwoord. Ondertussen is er gewerkt aan een Handreiking van de NVVG voor de beoordeling van Post-COVID Syndroom (gepresenteerd op 2 april 2026) en wordt er gewerkt aan een addendum bij de Standaard Duurbelastbaarheid uit 2015. Dat zijn positieve ontwikkelingen.

Maar de vraag die ik het publiek wil meegeven is deze: hoe borgt de rechtspraak dat de ingezette koerswijziging ook duurzaam beklijft? De uitvoeringspraktijk is weerbarstig. Nascholingen zijn gestart, maar de effecten zijn niet gegarandeerd. De interdoktervariatie in de beoordelingen was groot — en er is geen reden om aan te nemen dat deze van de ene op de andere dag verdwenen is.

De rechtspraak heeft in dit dossier een onmisbare corrigerende rol vervuld. Die rol blijft onverminderd noodzakelijk — niet als substituut voor goede professionele normstelling, maar als waarborg dat de uitvoeringspraktijk niet terugvalt in de patronen die in dit essay zijn beschreven. De verzekeringsarts die in zijn beschouwing volstaat met de mededeling dat klachten ‘niet objectiveerbaar’ zijn, of die een urenbeperking vaststelt zonder navolgbare motivering, geeft de rechter nog altijd voldoende aanleiding om in te grijpen.

Het is voorlopig nog niet voorbij.

---

*Jim Faas is zelfstandig verzekeringsarts en jurist, docent bij NSPOH, SSR en LegalPlanet, en werkzaam als onafhankelijk deskundige in WIA-zaken. Hij promoveerde aan de Vrije Universiteit Amsterdam op het proefschrift ‘Bruggen bouwen over de kenniskloof’. Dit essay is een neerslag van zijn lezing voor de SSR Dag van de Sociale Zekerheid, 2 april 2026.*

Amsterdam, 11 mei 2026