



HANDREIKING POST-COVID SYNDROOM VOOR DE VERZEKERINGSARTS

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR VERZEKERINGSGENEESKUNDE (NVVG) / MAART 2026



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	1
Voorwoord	2
Samenstelling werkgroep.....	3
Hoofdstuk 1. Diagnostiek bij post-COVID syndroom	4
Hoofdstuk 2. Behandeling van post-COVID syndroom.....	12
Hoofdstuk 3. Belastbaarheid en re-integratie	15
Hoofdstuk 4. Prognose van post-COVID syndroom	18
Hoofdstuk 5. Patiëntperspectief en ervaringen	23

Voorwoord

Het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) heeft de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) als beroepsvereniging voor verzekeringsartsen de opdracht gegeven om beroepsgenoten beter te informeren over het post-COVID syndroom (PCS). In het bijzonder om verzekeringsartsen handvatten te bieden voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling als het gaat om PCS. En om daarnaast toe te werken naar een richtlijn die gebruikt kan worden door verzekeringsartsen in het kader van deze arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen en zo te voorkomen dat verzekeringsartsen mensen met PCS mogelijk verschillend beoordelen.

Allereerst is de wetenschappelijke basis voor het PCS op dit moment nog zeer beperkt. Vooral als het gaat om het vaststellen van de belastbaarheid en de duurzaamheid daarvan. Ook is het onduidelijk hoe adviezen voor re-integratie het best tot stand kunnen komen. Voor de verzekeringsarts is het van belang om dergelijke beoordelingen en adviezen te kunnen onderbouwen vanuit een wetenschappelijke basis (evidence-based medicine). Hoewel de wetenschappelijke basis dus nog beperkt is, is er behoefte aan handvatten, zoals inzicht in herstelbevorderende en -belemmerende factoren, alsmede wetenschappelijke kennis over effectieve interventies die ingezet kunnen worden ter ondersteuning van herstel en/of werkhervatting. De NVVG streeft ernaar om verzekeringsartsen de nodige handvatten te geven voor de praktijkvoering. Om dit vorm te geven, is vanuit de NVVG een werkgroep in het leven geroepen.

De wens van de NVVG is om de meest recente inzichten over PCS te verzamelen: in algemene zin als ook specifiek met betrekking tot belastbaarheid en re-integratie. De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn over PCS zal later plaatsvinden op een systematische werkwijze waar systematisch literatuuronderzoek onderdeel van is. Dit om te komen tot die evidence-based richtlijn. De ontwikkeling van een dergelijke richtlijn kost de nodige tijd. Het ontbreken van een duidelijke richtlijn is echter een gemis aangezien veel beroepsgenoten in de praktijk al (langere tijd) beoordelingen in het kader van PCS moeten verrichten. Om die reden is ervoor gekozen om eerst de huidige beschikbare kennis op een duidelijke en overzichtelijke manier weer te geven in de vorm van een zogenoemde handreiking.

Verzekeringsartsen kunnen deze handreiking eenvoudig raadplegen en toepassen in hun dagelijkse praktijk. Deze handreiking is een dynamisch document en wordt aangepast aan de stand van de wetenschap. Bij de visuele handreiking (beeld op A4) is dit achtergronddocument opgesteld waarin de laatste inzichten rondom PCS zijn opgenomen en samengevat. Het achtergronddocument fungeert als basis voor de adviezen op de handreiking. De handreiking is ter feedback voorgelegd aan het bestuur van de NVVG, leden van de commissie Wetenschap NVVG, en C-support. De verkregen feedback vanuit dit gremium is ook verwerkt. Deze handreiking vormt een eerste opstap in aanloop naar de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn PCS. Het voornemen is om de richtlijn in één van de volgende fasen te gaan ontwikkelen.

De werkgroep Handreiking post-COVID NVVG.

Samenstelling werkgroep

De werkgroep bestaat uit diverse leden van verschillende commissies van de NVVG met als achtergrond verzekeringsarts of arts in opleiding tot verzekeringsarts. Ook is afvaardiging van de particuliere sector geborgd.

Mevr. dr. M. van Zitteren	verzekeringsarts RGA / medisch adviseur voorzitter werkgroep voorzitter commissie wetenschap NVVG
Mevr. drs. C.H. Bok	verzekeringsarts bestuurslid NVVG lid commissie ethiek NVVG werkgroeplid
Mevr. dr. M.L.A. Broekhuizen	verzekeringsarts lid commissie wetenschap NVVG werkgroeplid
Dhr. drs. F.M. Brouwer	bedrijfs- en verzekeringsarts lid commissie mediprudentie NVVG werkgroeplid
Mevr. dr. M. Leeman	aios verzekeringsgeneeskunde ¹ bestuurslid NVVG werkgroeplid
Mevr. dr. K.A.P. Wijnands	verzekeringsarts lid commissie wetenschap NVVG werkgroeplid
Mevr. drs. E. C. Wijnvoord	verzekeringsarts / medisch adviseur lid commissie wetenschap NVVG lid GAV, vertegenwoordigt de particuliere sector werkgroeplid

Mevr. dr. B.H.P.M. Donker-Cools was als voorzitter van het bestuur NVVG (opdrachtgever) en verzekeringsarts nauw betrokken bij het proces en de werkgroep.

De werkgroep dankt Alfons Olde Loohuis (huisarts en medisch adviseur bij C-support) en Willem Pieters (longarts/somnoloog en medisch adviseur C-support) voor hun constructieve feedback op de handreiking.

¹ In augustus 2025 heeft mevr. dr. M. Leeman de opleiding tot verzekeringsarts succesvol afgerond.

Hoofdstuk 1. Diagnostiek bij post-COVID syndroom

Definitie

Als er gesproken wordt over post-COVID syndroom (PCS), dan is het belangrijk om hiervoor eerst de definitie te kaderen. Er zijn inmiddels verschillende definities voor PCS terug te vinden in de literatuur. Deze variëren o.a. in: hoe lang na de primaire COVID-19-infectie de symptomen zijn opgetreden (één vs. drie maanden), de aanwezigheid van objectiveerbare afwijkingen, of dat gevaren wordt op door de patiënt gerapporteerde symptomen.

De verschillende definities zijn:

1. **National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM):** PCS (hier genoemd 'long-COVID') is een chronische aandoening die ontstaat na doormaken van een SARS-CoV-2 infectie; en is tenminste drie maanden continue aanwezig ('relapsing remitting') of progressief waarbij meer dan één orgaansysteem is aangedaan.⁽¹⁾
2. **Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO):** er is sprake van PCS als patiënten drie maanden na hun besmetting (met of zonder positieve PCR-test) symptomen hebben die minstens twee maanden aanhouden én die niet verklaard kunnen worden door een andere diagnose.^(2,3)
3. **Delphi consensus:** PCS komt voor bij individuen met een voorgeschiedenis van een *waarschijnlijke of bevestigde* SARS-CoV-2 infectie. Doorgaans drie maanden na het ontstaan van COVID-19 met symptomen die tenminste twee maanden aanhouden en niet verklaard kunnen worden door alternatieve diagnoses. Veel voorkomende symptomen zijn vermoeidheid, kortademigheid en cognitieve klachten, die doorgaans invloed hebben op het dagelijks functioneren. Symptomen kunnen nieuw ontstaan na initieel herstel van een acute COVID-19 infectie, of aanhouden vanaf de acute COVID-19 infectie. Symptomen kunnen fluctueren en terugkeren over de tijd.⁽⁴⁾

De NVVG adviseert mede op advies van C-support om de definitie vanuit de NASEM voor PCS te hanteren. Deze definitie borgt het wisselende beloop van PCS. De WHO definitie wordt gebruikt door de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).^(5,6)

Bij PCS is een uitgebreid scala aan klachten gerapporteerd.^(1,4,5,7-9) De meest voorkomende klachten zoals vermeld bij C-support zijn: (ernstige) vermoeidheid, vergeetachtigheid, hersenmist (brain fog ofwel een mat/doof gevoel in het hoofd), concentratieproblemen, hoofdpijn, spierpijn, benauwdheid, druk op de borst, hartkloppingen, slecht slapen, wazig zien en smaak- en reukverlies.^(10,11) Verder rapporteren meerdere patiënten klachten die gediagnosticeerd zijn als passend bij post-exertionele malaise (PEM) en/of posturaal orthostatisch tachycardiesyndroom (POTS).^(4,8-10,12-14)

Diagnosestelling

Het stellen van een diagnose valt niet onder de primaire taak van de verzekeringsarts. Voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling gaat de verzekeringsarts doorgaans uit van beschikbare informatie vanuit de curatieve sector en de diagnose die door een medicus in de curatieve sector is vastgesteld.

De diagnose PCS is op dit moment een 'diagnose per exclusionem' ofwel een 'uitsluitingsdiagnose'.⁽⁷⁾ Er zijn op het moment van opstellen van deze handreiking geen specifieke

diagnostische testen beschikbaar die de diagnose PCS kunnen bevestigen. De diagnose wordt binnen de curatieve sector doorgaans meest valide gesteld door een medisch specialist dan wel huisarts na diagnostisch onderzoek en uitsluiten van andere oorzaken voor de klachten. Zonder uitsluiten van andere oorzaken kan de diagnose PCS niet gesteld worden (dus ‘per exclusionem’). In de praktijk wordt vaak gezien dat paramedici of patiënten zelf deze diagnose benoemen, ook zonder dat er nadere diagnostiek heeft plaatsgevonden in de eerste of tweede lijn. Voor verdere informatie over het stellen van een diagnose binnen de curatieve sector wordt verwezen naar de betreffende richtlijnen^(15,16) en de NHG Standaard “Langdurige klachten na COVID-19”.⁽²⁾

Vanuit de NVVG wordt geadviseerd om de diagnose PCS bij de verzekeringsgeneeskunde beoordeling over te nemen als voldaan wordt aan beide onderstaande voorwaarden:

- De diagnose PCS is gesteld door een medisch specialist uit het ziekenhuis of door de huisarts (curatieve sector) én
- Er is voldoende onderbouwd dat andere medische aandoeningen die de klachten van een patiënt kunnen verklaren, zijn uitgesloten (per exclusionem).

Wanneer patiënten zelf aangeven dat er sprake is van PCS of wanneer dit door paramedici wordt gesuggereerd, is het advies om in eerste instantie verdere gerichte medische informatie op te vragen bij de medisch specialist en/of huisarts.

Diagnostiek PEM en POTS

Definitie PEM

Bij PEM is er sprake van langdurige verergering van reeds aanwezige klachten (v.b. vermoeidheid, koorts, cognitieve klachten) waarbij verergering van deze klachten ontstaat na fysieke, cognitieve of mentale inspanning boven een onbekende, individueel te bepalen drempel. Hierbij is sprake van een sterk beperkende uitputting die niet in verhouding staat tot de initieel geleverde inspanning. De verergering van de klachten kan weken tot maanden aanhouden.^(1,8,10,12) PEM gaat vaak gepaard met een aanzienlijk verminderd energieniveau. Bijkomend kunnen de klachten bestaan uit spier- en gewrichtspijnen, cognitieve disfunctie (‘brain fog’)⁽¹⁷⁾, hoofdpijn, slaapproblemen, diarree of koorts. (Dagelijkse) activiteiten, prikkels zoals licht/geluid/geur, of sterke emoties kunnen leiden tot verergering van klachten.^(8,10)

Definitie POTS

POTS is een plotselinge abnormale stijging van de hartslagfrequentie (HF) tot een tachycardie bij een gelijkblijvende bloeddruk na houdingsverandering (bijvoorbeeld rechtop gaan staan of zitten vanuit liggende positie). Er wordt gesproken van POTS indien de HF boven de 120 slagen/minuut komt óf als er een verschil is van tenminste 30 slagen per minuut ten opzichte van de liggende positie.^(10,18-20) Hierbij kan de patiënt een scala aan klachten ervaren, waaronder hartkloppingen, hoofdpijn, vermoeidheid, flauwvallen, zweten, gastro-intestinale klachten en algehele malaise.^(8,10,12,18-23) Daarbij moeten de symptomen van orthostatische intolerantie tenminste 6 maanden aanwezig zijn en moeten andere oorzaken voor een sinustachycardie zijn uitgesloten (te denken valt aan acute psychologische stimuli, dieet, of andere medische aandoeningen zoals anemie, hypovolemie, schildklierproblematiek).⁽²⁴⁾

Het is niet eenvoudig om vast te stellen hoeveel mensen met PCS ook PEM en/of POTS ontwikkelen. Volgens een artikel uit BMJ komt dysautonomie voor bij 25% van de mensen met PCS en voor POTS worden schattingen gegeven tussen 2% en 14% in 6 tot 8 maanden na het doormaken van de infectie. Van POTS is bekend dat dit in het algemeen vaker voorkomt bij vrouwen (vrouw : man ratio = 4 : 1).^(23,25,26)

In de eerstelijns geneeskunde wordt geadviseerd om gericht lichamelijk onderzoek te verrichten op grond van het individuele klachtenpatroon en op basis van de differentiaaldiagnose. Wanneer er alleen sprake is van vermoeidheidsklachten, slaapproblemen, en angst of somberheid is de bijdrage van het lichamelijk onderzoek echter zeer gering.⁽²⁾ Lichamelijk onderzoek kan echter wel bijdragen als het gaat om differentiaal diagnostische overwegingen, ook binnen de verzekeringsgeneeskunde.

Zowel vanuit de eerste- als de tweedelijnszorg zijn er geen aanwijzingen dat oriënterend laboratoriumonderzoek, een röntgenfoto van de thorax of inspanningstesten bijdragen aan het aantonen dan wel uitsluiten van PCS gerelateerde klachten. Het advies in de eerste en tweede lijn is om uitsluitend aanvullend onderzoek te verrichten om andere aandoeningen aan te tonen dan wel uit te sluiten (ofwel vanuit differentiaal diagnostische overwegingen).^(2,15)

Vanuit de beschikbare literatuur zijn verschillende onderzoeken beschreven die ingezet kunnen worden om niet-ziektespecifieke klachten, die ook bij PCS voorkomen, vast te stellen. Denk hierbij aan orthostatische intolerantie, POTS en/of PEM of aanhoudende cognitieve klachten.

Diagnostiek voor PEM

De CardioPulmonary Exercise Test (CPET): CPET met ademgasanalyse is een diagnostisch onderzoek. Hiermee kan men vaststellen of een verminderde fysieke inspanningscapaciteit ten grondslag ligt aan cardiovasculaire en/of pulmonale aandoeningen.

Uit een studie komt naar voren dat de meest voorkomende oorzaak van een verminderde inspanningscapaciteit na een COVID-19 infectie perifere spiervermoeidheid betreft, ongeacht de ernst van de (eerste) infectie.⁽²⁷⁾ Met name een verminderde VO_{2-max} en verhoogde hartslagfrequentie werden gezien bij maximale inspanning.⁽²⁷⁾

In de tweede lijn wordt de inzet van CPET alleen geadviseerd als bij patiënten na een doorgemaakte COVID-19 infectie sprake is van één van de volgende factoren:⁽¹⁵⁾

- Aanwezigheid van mogelijk onderliggende comorbiditeit in cruciale orgaansystemen (hart/long en/of bewegingsapparaat), en die veilige opbouw en inzet van fysieke inspanning in de weg kan staan of kan belemmeren.
- Stagnerend herstel van de fysieke fitheid \geq drie maanden, ondanks adequate begeleiding in de eerstelijns zorg. Hier valt te denken aan: fysio-/oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek en eventueel logopedie.
- Aanhoudende klachten van vermoeidheid, kortademigheid, aspecifieke thoracale klachten, verminderde inspanningstolerantie of bewegingsangst \geq drie maanden, ondanks adequate begeleiding in de eerste lijn. Hier valt te denken aan: fysio-/oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek en eventueel logopedie.

Recent Physical Activity Questionnaire (RPAQ): om inzicht te krijgen in de fysieke activiteit in het dagelijkse leven kan de Recent Physical Activity Questionnaire (RPAQ) gebruikt worden. Dit is een zelfrapportage vragenlijst die de fysieke activiteit over vier domeinen (ontspanning, werk, reizen en thuis) in de afgelopen maand meet.⁽²⁸⁾ De uitkomsten geven inzicht in de fysieke activiteit verdeeld in minuten per dag en in de zwaarte van de activiteit (licht, gemiddeld en zwaar).

Spierkrachttesten: verder zijn er nog aanvullende testen die vaker in combinatie ingezet worden om een inzicht te krijgen in de fysieke gesteldheid van de patiënt na een COVID-19 infectie, zoals een *spierkrachttest* in handgrijpkracht (dominante handgrijpkrachttest [kPa; maximum van 3 metingen, met korte pauzes ertussen]).

De spierkracht wordt gemeten met een baseline Pneumatische Handkrachtmeter, een evaluatiemeter om de knijpkracht te vergelijken met de normwaarden. Deze test wordt vaker

ingezet tijdens oefensessies zodat resultaten van behandeling vergeleken kunnen worden (bijvoorbeeld in de praktijk bij o.a. fysiotherapeuten, oefentherapeuten en gespecialiseerde handtherapeuten).

Ook kan gebruik gemaakt worden van *concentrische en eccentriche spierkrachttesten* van de knie-extensoren en -flexoren met de HUMAC NORM isokinetic dynamometer (CSMi, USA). Hierbij wordt gedurende een herhaling van 5 keer de kracht van de extensoren en flexoren van de knie (onafhankelijk van elkaar) gemeten, waarbij de knie in 60° gehouden wordt. De test wordt uitgevoerd met een range of motion tussen de 0° en 90° (individueel aan de patiënt aangepast). Dit geeft een indicatie van de spierkracht van de desbetreffende onderzochte persoon. Ook dit wordt vaak toegepast in de behandelsetting van bijvoorbeeld de fysiotherapeut.

DePaul Symptom Questionnaire-Post-Exertional Malaise short form (DSQ-PEM) vragenlijst: om in kaart te brengen of een patiënt PEM ervaart, kan de DSQ-PEM vragenlijst worden afgenomen door een ervaren behandelaar zoals een arts, fysiotherapeut of ergotherapeut.⁽²⁷⁾ Deze vragenlijst kan ook door de verzekeringsarts of diens taakgedelegeerde afgenomen worden. De resultaten geven een eerste indicatie of er mogelijk sprake kan zijn van PEM bij de patiënt met PCS.

Voor elk symptoom hieronder, markeer één nummer voor de frequentie en één nummer voor de ernst. Omcirkel het nummer tussen 0 en 4 die het beste van toepassing is bij het gevoel dat u ervaart. Vul de tabel van links naar rechts in.

Symptomen	Frequentie					Ernst				
	Gedurende de afgelopen 6 maanden , hoe vaak heeft u dit symptoom ervaren?					Gedurende de afgelopen 6 maanden , hoeveel last heeft dit symptoom u bezorgd?				
	Voor elk hieronder vermeld symptoom, markeer een nummer van:					Voor elk hieronder vermeld symptoom, markeer een nummer van:				
	0 = nooit 1 = af en toe 2 = ongeveer de helft van de tijd 3 = het grootste gedeelte van de tijd 4 = altijd					0 = symptoom niet aanwezig 1 = mild 2 = matig 3 = ernstig 4 = zeer ernstig				
1. Dood, zwaar gevoel na het starten met fysieke inspanning	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2. (Spier)pijn of vermoeidheid de volgende dag na niet-inspannende alledaagse activiteiten	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3. Mentaal vermoeid na de geringste fysieke of mentale inspanning	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
4. Minimale lichaamsbeweging maakt u fysiek moe	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5. Fysiek uitgeput of ziek na lichte inspanning	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

Momenteel wordt nader onderzoek verricht naar de diagnostische mogelijkheden voor PEM bij post-covid patiënten.

Diagnostiek voor POTS

De meeste mensen met orthostatische intolerantie hebben geen POTS, omdat het in de algemene bevolking vaker voorkomt dat iemand klachten krijgt wanneer men rechtop gaat zitten of staan (geschatte prevalentie in de Verenigde Staten 0.1-1%).⁽²⁴⁾ Slechts een minderheid van de patiënten met orthostatische intolerantie heeft daadwerkelijk een tachycardie bij het staan.

Omdat de diagnose POTS niet altijd eenvoudig te stellen is en de huidige diagnostiek wisselend en niet overal beschikbaar is, is het belangrijk om rekening te houden met orthostatische intolerantie criteria en de diagnose niet alleen te baseren op orthostatische tachycardie.

Uit onderzoek komt naar voren dat een sensitieve methode om POTS vast te stellen gebaseerd is op een gedetailleerde uitvraag van de medische voorgeschiedenis, lichamelijk onderzoek met onderzoek naar orthostatische intolerantie of een korte kanteltafeltest, en een ECG in rust.

Aanvullende diagnostische tests worden in het algemeen geadviseerd, gebaseerd op positieve klinische kenmerken.⁽²⁴⁾

Kanteltafeltest (op indicatie): de kanteltafeltest is een algemeen geaccepteerde methode voor de evaluatie van POTS bij volwassenen.⁽¹⁴⁾ Een kanteltafeltest wordt niet altijd verricht. Of er een indicatie bestaat voor het inzetten van een kanteltafeltest is aan behandelaars in de curatieve sector.

Nasa lean test: hierbij worden de bloeddruk en de hartfrequentie gemeten in achtereenvolgens zittende en vervolgens staande positie. Als er na de houdingswissel van zitten naar staan een daling van de bloeddruk optreedt van >20mmHg, dan is er sprake van orthostatische intolerantie. Als er bij de houdingswissel sprake is van een stijging van hartfrequentie >30 slagen/min dan zijn er aanwijzingen voor POTS.^(30,31)

Deze test kan eventueel ook binnen de verzekeringsgeneeskundige spreekkamer uitgevoerd worden bij lichamelijk onderzoek om een *eerste indruk* te verkrijgen of er mogelijk sprake kan zijn van POTS. De test kan dan gezien worden als *hulpmiddel* en kan alleen gebruikt worden als deze ook goed uitgevoerd wordt. De Nasa lean test kan uitkomst bieden aangezien een kanteltafeltest vaak niet zomaar voorhanden is.

Cognitieve klachten

Er zijn aanwijzingen dat een COVID-19-infectie kan leiden tot cognitieve klachten, zoals geheugenproblemen en problemen met concentratie.⁽²⁾ Het is van belang dat de huisarts en/of medisch specialist dit soort klachten serieus neemt en in de anamnese goed uitvraagt. Dit geldt ook voor de verzekeringsarts. Het afnemen van een goede anamnese gericht op cognitieve functies en betekenis voor het dagelijks leven – zowel vóór als na de COVID-19 infectie - kan de verzekeringsarts helpen om de ernst van de klachten goed in te schatten.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat neuropsychologisch onderzoek kan bijdragen aan het in kaart brengen van de (ernst van de) cognitieve klachten in algemene zin,⁽³²⁻³⁶⁾ maar PCS kent soms een grillig verloop waarbij de ene dag de andere niet is voor de patiënt. Dat kan ook van invloed zijn op een test. De verzekeringsarts moet daar rekening mee houden en meenemen in de overwegingen (zoals het dagverhaal).

Er worden in de literatuur verschillende neuropsychologische onderzoeken genoemd, waaronder bijvoorbeeld de Montreal Cognitive Assessment (MoCA), National Institutes of Health (NIH) Toolbox, Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP) en de Modified Telephone Interview for Cognitive Status (TICS-M). Niet al deze testen zijn gevalideerd voor de populatie met PCS. Uit een Nederlands onderzoek uit 2024 blijkt ook dat bij patiënten met ernstige vermoeidheidsklachten en verminderde concentratie na een COVID-19-infectie geen duidelijke afwijkingen gevonden worden bij neuropsychologisch onderzoek.⁽³²⁾ De NVVG stelt dan ook dat een neuropsychologisch onderzoek informatie kan geven over de aanwezigheid en ernst van cognitieve klachten en eventuele beperkingen, maar dat een normaal neuropsychologisch onderzoek niet hoeft te betekenen dat er geen ervaren belemmeringen zijn ten aanzien van het persoonlijk en sociaal functioneren of de energetische belastbaarheid als gevolg van PCS.^(1-5,32-36) Anderzijds, wanneer er afwijkingen worden gevonden bij een NPO, dan geeft dat nog niet weer wat de *oorzaak* voor de gevonden afwijkingen is. Een causaal verband met PCS en een afwijkend NPO staat daarmee niet zondermeer vast. De verzekeringsarts dient daarom ook voorzichtig te zijn in de interpretatie van dergelijke onderzoeken in relatie tot PCS, juist omdat een afwijkend NPO ook veroorzaakt kan worden door andere factoren, zoals comorbiditeit.

Objectieverbaarheid

Verzekeringsartsen beoordelen claims in het kader van publieke en particuliere wet- en regelgeving en polisvoorwaarden die betrekking hebben op het beoordelingskader. Het gaat dan om claims vanwege beperkingen van arbeidsmogelijkheden om te functioneren in relatie tot ziekte/gebrek, maar ook letsel, zwangerschap en/of bevalling, medische aansprakelijkheid en risico-inschatting.⁽³⁷⁾ Naast de primaire aandoening kan ook relevante pre-existentie van invloed zijn op iemands belastbaarheid c.q. arbeidsmogelijkheden. De verzekeringsarts moet zo feitelijk en onbevooroordeeld mogelijk tot een oordeel komen, getoetst aan het beoordelingskader. Hiervoor kan de verzekeringsarts de “Inleiding Verzekeringsgeneeskundige Beoordeling” raadplegen.⁽³⁷⁾

Helaas is er op dit moment geen wegingsinstrument beschikbaar om de (duur)belastbaarheid objectief te kunnen duiden bij PCS. Dat valt ook buiten het kader van deze opdracht. In sommige gevallen kan de verzekeringsarts wel lering trekken uit andere algemene casuïstiek vanuit mediprudentie en/of jurisprudentie.

Mediprudentie

Op dit moment is er in de mediprudentie database slechts één casus over PCS beschikbaar. Deze casus gaat over de prognose van de arbeidsbeperkingen. De casus wordt besproken in hoofdstuk 4.

Jurisprudentie

Uit de Rechtspraak blijkt dat er reeds meerdere procedures zijn gevolgd vanuit het UWV bij patiënten met PCS. Hierin ging het vooral over een geschil in beëindiging van de uitkering op basis van functieselectie door de arbeidsdeskundige en een geschil aangaande de objectieve onderbouwing van de belastbaarheid. Hieronder zijn enkele uitspraken in de tabel samengevat weergegeven.

Rechtbank	Publicatiedatum	Samenvatting publicatie
Rechtbank Den Haag	28 augustus 2024	Beroep ongegrond. Eiseres is onder meer bekend met long-covid klachten. De rechtbank ziet in hetgeen eiseres aanvoert geen aanleiding om van de heroverweging van de verzekeringsarts B&B af te wijken, omdat een medisch objectieve onderbouwing voor het aannemen van meer beperkingen in de FML volgens eiseres ontbreekt. De rechtbank ziet ook geen aanleiding om een deskundige te benoemen, omdat eiseres geen stukken heeft ingediend waarmee twijfel wordt gezaaid over het oordeel van de verzekeringsarts B&B.
Centrale Raad van Beroep	17 januari 2025	Beëindiging ZW-uitkering per 4 februari 2022 onterecht. Als gevolg van long-covid was appellant niet in staat om passende functies te verrichten. Als gevolg van een medische urenbeperking van vier uur per dag en 20 uur per week, was het merendeel van de geselecteerde functies, die een grotere urenomvang hadden, niet geschikt voor appellant.

Rechtbank Amsterdam	13 januari 2025	WIA. Long-covid. Ondanks dat tijdens het re-integratietraject en ook daarna behandelingen zijn gevolgd om de klachten te verminderen, is eiseres niet in staat gebleken meer uren te werken. Het UWV heeft onvoldoende gemotiveerd dat zij meer uren kan werken in een andere functie, in een andere omgeving, onder omstandigheden die voor extra belasting kunnen zorgen en zonder thuiswerkfaciliteiten. Beroep gegrond.
--------------------------------	-----------------	---

Literatuurlijst hoofdstuk 1

1. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. Long-term health effects of COVID-19: Disability and function following SARS-CoV-2 Infection. 2024.
2. NHG. Langdurige klachten na COVID-19. NHG-Richtlijnen. 2022.
3. WHO. Post COVID-19 condition (Long COVID). [https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/post-covid-19-condition-\(long-covid\)](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/post-covid-19-condition-(long-covid)). Geraadpleegd in januari 2026.
4. Soriano JB, Murthy S, Marshall JC et al. on behalf of the WHO Clinical Case Definition Working Group on Post-COVID-19 Condition. A clinical case definition of post-COVID-19 condition by a Delphi consensus. *Lancet Infect Dis* 2022; 22:703–9.
5. RIVM. Post covid. <https://www.rivm.nl/corona/postcovid>. Geraadpleegd 11-05-2025.
6. NVAB. Herstel en re-integratie van werkenden met het Post-COVID Syndroom. Leidraad voor bedrijfsartsen. 2022.
7. Peluso MJ, Deeks SJ. Mechanisms of long COVID and the path toward therapeutics. *Cell* 2024;187(20):5500–29.
8. NVAB. Richtlijn Chronisch Zieken en Werk 2016. Geraadpleegd 11-05-2025.
9. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. A long COVID definition: A chronic, systemic disease state with profound consequences. Washington DC: The National Academies Press. 2024.
10. C-support. <https://www.c-support.nu/>. Geraadpleegd 11-05-2025.
11. Dankers M, Nelissen-Vrancken M, Polat H et al. Kennisbundeling post-COVID. Utrecht: C-support, IVM. 2023.
12. Davis HE et al. Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *EclinicalMedicine*. 2021.
13. C-support. Factsheet Post-exertionele malaise (PEM). 2023.
14. C-support. Factsheet Posturaal orthostatisch tachycardie syndroom (POTS). 2024.
15. FMS. Richtlijn Behandeling van langdurige klachten na COVID-19. 2022.
16. Seo JW, Kim S, Kim Y. Infection & chemotherapy updated clinical practice guidelines for the diagnosis and management of lung COVID. *Infect Chemother* 2024;56(1):122–57.
17. Gorenshstein A, Liba T, Leibovitch L, Stern S, Stern Y. Intervention modalities for brain fog caused by long-COVID: systematic review of the literature. *Neurol Sci*. 2024 Jul;45(7):2951-2968.
18. Agarwal AK, Garg R, Ritch A et al. Postural orthostatic tachycardia syndrome. *Postgrad Med J* 2007;83(981):478–80.
19. Olhansky B, Cannomb D, Fedorowskic A et al. Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome (POTS): A critical assessment. *Prog Cardiovasc Dis* 2020; 63(3): 263–270.
20. Raj SR, Arnold AC, Barboi A et al. Long-COVID postural tachycardia syndrome: an American Autonomic Society statement. *Clin Auton Res* 2021:1–4.
21. Fedorowski A. Postural orthostatic tachycardia syndrome: clinical presentation, aetiology and management. *Journal of Internal Medicine* 2019; 285:352–36.

22. Eldokla AM, Ali ST. Autonomic function testing in long-COVID syndrome patients with orthostatic intolerance. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*. 2022; 241:102977.
23. Dulal D, Maraey A, Elsharnoby H et al. Impact of COVID-19 pandemic on the incidence and prevalence of postural orthostatic tachycardia syndrome. *European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes* 2025;11(5):698–704.
24. Arnold AC, Ng J, Raj SR. Postural tachycardia syndrome - Diagnosis, physiology, and prognosis. *Auton Neurosci*. 2018; 215:3–11.
25. Espinosa-Gonzalez AB, Master H, Gall N, et al. Orthostatic tachycardia after covid-19. *BMJ* 2023; 380:e073488.
26. Raj SR. The Postural Tachycardia Syndrome (POTS): pathophysiology, diagnosis & management. *Indian Pacing Electrophysiol J* 2006; 6(2):84–99.
27. Milani et al. Cardiopulmonary Exercise testing in Post-COVID-19 patients: Where does exercise intolerance come from. *Arq Bras Cardiol* 2023;120.
28. Besson H, Brage S, Jakes RW et al. Estimating physical activity energy expenditure, sedentary time, and physical activity intensity by self-report in adults. *Am J Clin Nutr*. 2010;91:106–14.
29. Jason L. DePaul Symptom Questionnaire - Post-Exertional Malaise short form (DSQ-PEM), 2018.
30. Freeman R, Wieling W, Axelrod FB et al. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, neurally mediated syncope and the postural tachycardia syndrome. *Autonomic Neuroscience: Basic & Clinical* 2011;161(1):46–8.
31. Schatz I, Bannister R, Freeman RL et al. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, pure autonomic failure and multiple system atrophy. *Clinical Autonomic Research* 1996;6(2):125–6.
32. Verveen A, Verfaillie SCJ, Visser D et al. Neuropsychological functioning after COVID-19: minor differences between individuals with and without persistent complaints after SARS-CoV-2 infection. *Neuropsychology, Development and Cognition Section D: The Clinical Neuropsychologist* 2025;39(2):347–62.
33. Arbula S, Pisanu E, Bellavita G et al. Insights into attention and memory difficulties in post-COVID syndrome using standardized neuropsychological tests and experimental cognitive tasks. *Scientific Reports* 2024;14(1):4405.
34. Sobrino-Relaño S, Balboa-Bandeira Y, Peña J, et al. Neuropsychological deficits in patients with persistent COVID-19 symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports* 2023;13(1):10309.
35. Panagea E, Messinis L, Petri MC et al. Neurocognitive impairment in long COVID: A systematic review. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2024;40(1):125–49.
36. Alonso CD, Matias-Guiu JA. Cognitive assessments in post-COVID-19 syndrome: A focus on the neuropsychological tests and protocols. *Linking Neuroscience and Behavior in COVID-19*. Academic Press 2024. p. 441–52.
37. NVVG. Inleiding verzekeringsgeneeskundige beoordeling. 2018.

Hoofdstuk 2. Behandeling van post-COVID syndroom

Bij het post-COVID syndroom (PCS) is sprake van een verzameling van diverse klachten. Op basis van diverse klachten en symptomatologie is sprake van een classificerende, geen verklarende, diagnose zoals beschreven in hoofdstuk 1.⁽¹⁻³⁾

Uitgaande van een classificerende diagnose zijn er dan ook verschillende behandelmogelijkheden, waarvan sommige gericht zijn op afzonderlijke specifieke klachten en waarbij andere behandelingen zich richten op een breder scala aan klachten. Ten behoeve van deze handreiking werd gezocht naar relevante en actuele behandelmogelijkheden vanuit verschillende bronnen, waaronder PubMed, C-support en de richtlijndatabase van de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Er is geen systematische uitgebreide search gedaan zoals bij richtlijnontwikkeling wordt gedaan. Voor dit deel van de handreiking was het doel namelijk om een actueel overzicht te geven over de behandeling van PCS. Belangrijk is dat de verzekeringsarts zelf ook kennis neemt van de actuele stand van zaken met betrekking tot behandelmogelijkheden voor PCS na het verschijnen van deze handreiking.

De NVVG adviseert om uit te zoeken welke klachten er spelen bij een patiënt met PCS én om daarnaast een goed beeld te verkrijgen van eventuele comorbiditeit. Relevante comorbiditeit kan mogelijk van invloed zijn op de klachten die patiënten met PCS ervaren. Daarnaast kan comorbiditeit an sich ook de nodige behandeling behoeven. Voor de verzekeringsarts is het belangrijk om dit goed te kaderen. Het is daarom aan te bevelen om steeds gewag te maken van de vigerende richtlijnen, zodat de verzekeringsarts goed geïnformeerd is over de actuele behandelmogelijkheden.

Het lijkt erop dat pacing therapie en pulmonale revalidatie een verbetering van klachten geven ten aanzien van vermoeidheid en conditie.⁽⁴⁾

Verder kwam uit een ‘living systematic review’ naar voren dat cognitieve gedragstherapie en lichamelijke/fysieke revalidatie waarschijnlijk de klachten van PCS verbeteren.⁽⁵⁾

Meer onderzoek is echter nodig om uit te maken of deze behandelmethodes zorgen voor duurzame verbetering van de klachten en/of belastbaarheid. Daarnaast moet rekening gehouden worden dat bepaalde behandelingen mogelijk alleen in selecte groepen effectief kunnen zijn.

Behandelingsmogelijkheden volgens FMS en NHG

Op dit moment kan gebruik gemaakt worden van een tweetal richtlijnen als het gaat om PCS. Dit is de FMS richtlijn uit 2022 “Behandeling van langdurige klachten na COVID-19”⁽⁶⁾ en de richtlijn “Langdurige klachten na COVID-19” van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).⁽⁷⁾ In essentie gaan deze richtlijnen over hetzelfde.

Onder het kopje ‘Behandeling van langdurige klachten’ wordt een uiteenzetting gegeven van diverse behandelingen die zijn ondergebracht in diverse modules:

- Medicamenteuze behandeling
- Behandeling reuk- en smaakstoornissen
- Voedingsinterventies
- Fysiek trainingsprogramma
- Ademhalingsoefeningen, ademspiertraining en interventies gericht op stemklachten
- Energiemanagement
- Behandeling van cognitieve klachten
- Psychologische interventies

- Multidisciplinaire zorg

Enkele hiervan zijn hieronder verder uitgewerkt op basis van de gevonden literatuur. Verder wordt verwezen naar het gebruik van de voorgenoemde richtlijnen.

Medicamenteuze behandeling

De Federatie Medisch Specialisten stelt in de richtlijn “Langdurige klachten na COVID-19” dat de effectiviteit van medicamenteuze therapie (zoals systemische corticosteroiden, inhalatiemedicatie, antitrombotica, pijnstillers, antifibrotische medicatie of vitaminesuppletie) op het bevorderen van herstel bij patiënten met PCS *niet* is aangetoond.⁽⁶⁾ Het is ook onbekend of een COVID-19-vaccinatie enig effect heeft op de bevordering van het herstel van PCS.⁽⁶⁾ Een systematische review uit januari 2023 concludeerde dat enkele studies positieve resultaten lieten zien met medicatie, maar dat de interne en externe validiteit van deze studies beperkt was.⁽⁸⁾

Fysiek trainingsprogramma

Training van de ademhalingsspieren, ademhalingsoefeningen en krachttraining kunnen zorgen voor een significante verbetering van de functionele belastbaarheid bij PCS. Dit vertaalt zich in minder vermoeidheid en dyspnoe en een verhoogde kwaliteit van leven.⁽⁹⁾ Ook blijkt dat longfysiotherapie positieve resultaten heeft ten aanzien van inspanningstolerantie en vermoeidheidsklachten.⁽⁴⁾ Een meta-analyse en systematische review uit 2024 stelt echter dat pulmonale revalidatie wel kan zorgen voor minder dyspnoe, een betere conditie, betere kwaliteit van leven en betere psychologische gesteldheid, maar dat pulmonale revalidatie géén effect heeft op vermoeidheidsklachten.⁽¹⁰⁾ Een goed-gestructureerd longrevalidatieprogramma met zowel conditietraining als krachttraining lijkt het meest effectief.⁽¹¹⁾ Volgens een Cochrane review uit 2023 kan pulmonale revalidatie bijdragen aan minder dyspnoe en een betere conditie, maar door beperkte wetenschappelijke onderbouwing kon deze Cochrane review geen volledige suggesties doen voor de behandeling.⁽¹²⁾ Ook de richtlijn van de FMS geeft aan dat oefentherapie en fysiotherapie ingezet kunnen worden bij patiënten met een doorgemaakte COVID-19 die na ≥ 6 weken nog belemmeringen ervaren in het dagelijks functioneren als gevolg van een verminderde inspanningstolerantie, vermoeidheid of dyspnoe bij fysieke inspanning, balansproblemen en/of een verminderde spierkracht.⁽⁶⁾ Echter, gezien de beperkte wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp is het niet mogelijk om een specifiek trainingsprogramma of een specifieke dosering aan te bevelen.⁽⁶⁾

Behandeling van cognitieve klachten: hersenmist (brain fog)

Helaas is er op dit moment nog niet veel evidence over hersenmist te vinden. Op dit moment zijn onderzoeken nog lopende. De verzekeringsarts dient zelf ook de vigerende richtlijnen in de gaten te houden.

Multidisciplinaire zorg

Een overzichtsartikel over PCS, gepubliceerd in the Lancet in 2024, laat zien dat multidisciplinaire revalidatie in de eerste 6 maanden na ontstaan van de klachten van PCS een positief effect heeft. De revalidatie kan o.a. bestaan uit pacing, fysiotherapie (vooral ademhalingsoefeningen), psychologische ondersteuning, cognitieve- en spraakrevalidatie, en aandacht voor maatschappelijke zaken zoals terugkeer naar werk. Een gestructureerd pacing protocol kan de frequentie van exacerbaties van PEM verlagen en de belastbaarheid en kwaliteit van leven verhogen. Deze conclusies worden ook getrokken in de systematische review gepubliceerd in JAMA 2023.⁽¹³⁾

Helaas bestaat er nog altijd een ‘kloof’ tussen de curatieve sector en de sociale geneeskunde. Voor PCS patiënten is het belangrijk deze kloof te dichten waar mogelijk. Daarom wordt

geadviseerd om laagdrempelig contact te zoeken met de huisarts (indien toegestaan) en bij twijfel ook de patiënt te adviseren om zaken met diens behandelaar te laten bespreken. Gerichte arbocuratieve samenwerking zou hierin een eerste initiatief kunnen zijn.

Behandeling en duurzaamheid

Op basis van de huidige wetenschappelijke inzichten zijn er dus verschillende behandel mogelijkheden die de belastbaarheid van patiënten met PCS (duurzaam) kunnen vergroten. Het is van belang om te weten welke behandelingen reeds ingezet zijn en wat hiervan het beloop en effect is geweest. Dit kan door medische informatie op te vragen bij de behandelaar vanuit de curatieve sector.

Literatuurlijst hoofdstuk 2

1. Michael J. Peluso SGD. Mechanisms of long COVID and the path toward therapeutics. *Cell* 2024;187(20):5500–29.
2. Greenhalgh T, Sivan M, Perlowski A et al. Long COVID: a clinical update. *Lancet* 2024;404(10453):707–24.
3. Dieren van Q, Vingerhoets AJJM. Medisch onverklaarde somatische symptomen zijn geen onverklaarbare, onbegrepen of vage lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2007;49(11):823–34.
4. Rezende Oliveira M, Hoffman M, Arwel W et al. Effect of pulmonary rehabilitation on exercise capacity, dyspnea, fatigue, and peripheral muscle strength in patients with post-COVID-19 syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2024;105(8):1559–70.
5. Zeraatkar D, Ling M, Kirsh S et al. Interventions for the management of long covid (post-COVID condition): living systematic review. *BMJ* 2024;387:e081318.
6. FMS Richtlijnen database. Richtlijn Behandeling van langdurige klachten na COVID-19, 2022.
7. NHG Richtlijn. Langdurige klachten na COVID-19, 2022.
8. Chee YJ, Fan BE, Young BE et al. Clinical trials on the pharmacological treatment of long COVID: A systematic review. *J Med Virol* 2023;95(1):e28289.
9. Centeno-Cortez AK, Díaz-Chávez B, Santoyo-Saavedra DR et al. Respiratory physiotherapy in post-acute COVID-19 adult patients: Systematic review of literature. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2022;60(1):59–66.
10. Martínez-Pozas O, Meléndez-Oliva E, Rolando LM et al. The pulmonary rehabilitation effect on long covid-19 syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy Research International* 2024;29(2):e2077.
11. Ortiz-Ortigosa L, Gálvez-Álvarez P, Viñolo-Gil MJ et al. Effectiveness of pulmonary rehabilitation programmes and/or respiratory muscle training in patients with post-COVID conditions: a systematic review. *Respiratory Research* 2024;25(248).
12. Arienti C, Lazzarini SG, Andrenelli E et al. Rehabilitation and COVID-19: systematic review by Cochrane Rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med* 2023;59(6):800–18.
13. Pouliopoulou DV, Macdermid JC, Saunders E et al. Rehabilitation interventions for physical capacity and quality of life in adults with Post-COVID-19 condition: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2023;6(9):e2333838.

Hoofdstuk 3. Belastbaarheid en re-integratie

Tijdens de COVID-19 pandemie zijn veel mensen ziek geworden en daardoor al dan niet tijdelijk arbeidsongeschikt geraakt voor hun eigen werk, aangepast werk en arbeid in algemene zin.

Vaststellen van de belastbaarheid bij PCS

Bij PCS gaat het, zoals eerder beschreven, over een classificerende diagnose op basis van klachten en symptomatologie. PCS is een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld zoals in de jurisprudentie ook vermeld wordt. De diagnostiek voor PCS is echter algemeen: ziektespecifieke diagnosemethoden ontbreken. Daarnaast is er geen wetenschappelijk bewijs beschikbaar voor verzekeringsartsen om de belastbaarheid te beoordelen en de vertaalslag naar functioneren (in arbeid) te maken.

Gelet op de aard van PCS met het ontbreken van ziektespecifieke diagnosemethoden, gebrek aan wetenschappelijk bewijs en de analogie met andere moeilijk objectiveerbare aandoeningen, is oordeelsvorming over de belastbaarheid in relatie tot functioneren/arbeid van een patiënt met PCS voor de verzekeringsarts niet altijd eenvoudig. Hierdoor kan interdoktervariatie ontstaan.⁽¹⁻³⁾ Meer onderzoek en eenduidigheid, bijvoorbeeld in de vorm van een multidisciplinaire richtlijn, kan de interdoktervariatie mogelijk verkleinen en ongewenste gevolgen ten gevolge van interdoktervariatie voorkomen.

Voor het duiden van belastbaarheid bij patiënten met PCS is het in eerste instantie belangrijk om de problematiek van de patiënt goed in kaart te brengen. Vervolgens zal de verzekeringsarts uitgaan van de wettelijke kaders van de beoordeling of de van toepassing zijnde polisvoorwaarden om de belastbaarheid te duiden. Deze scheppen de context waarin beoordeling van de belastbaarheid moet plaatsvinden. Doorgaans komen de sterkste argumenten voort uit de samenhang van consistentie (vanuit de biopsychosociale benadering), plausibiliteit en ziekte of gebrek.⁽²⁾

Verzekeringsartsen kunnen volgens de biopsychosociale benadering de belastbaarheid in kaart brengen aan de hand van een inventarisatie van ziekte-gerelateerde factoren, persoonsgebonden factoren, privé-gebonden factoren en werk-gebonden factoren, en hun onderlinge beïnvloeding, in het licht van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).⁽⁴⁾

Gezien de heterogeniteit en pluriformiteit aan klachten/symptomen waarmee PCS zich kan presenteren, adviseert de NVVG dat de verzekeringsarts bij het adviseren over belastbaarheid (en re-integratie) rekening houdt met beperkingen op persoonlijk, sociaal, fysiek en energetisch vlak alsmede met de context. Deze beperkingen kunnen per persoon met PCS verschillend zijn en daarom is maatwerk vanuit de verzekeringsarts nodig volgens de biopsychosociale benadering.

Omdat gericht onderzoek naar de belastbaarheid van patiënten met PCS op dit moment ontbreekt, is het belangrijk dat nieuwe inzichten in de toekomst aanleiding kunnen geven voor het bijstellen van de huidige visie.

Nader onderzoek naar belastbaarheid van patiënten met PCS en het beloop daarvan over de tijd is nodig om een en ander ook wetenschappelijk te kunnen onderbouwen. Er zijn aanwijzingen dat de belastbaarheid van patiënten met PCS in de tijd fluctueert. Om die reden zou de verzekeringsarts kunnen overwegen om een patiënt in de tijd te vervolgen (of te laten volgen).

Re-integratie

Het beloop van klachten na een doorgemaakte COVID-19 infectie kan sterk variëren en is soms grillig. De klachten kunnen overgaan in PCS, zoals ook al in hoofdstuk 1 is vermeld.

Mensen met PCS hebben uiteenlopende symptomen, die kunnen veranderen in de tijd, dus ook tijdens een re-integratie traject. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van opvlamming van het ziektebeeld of een terugval gedurende en/of na re-integratie.⁽⁵⁾ Eveneens kan er sprake zijn van relevante comorbiditeit, waarbij symptomen elkaar kunnen overlappen en/of beïnvloeden. Hierdoor kunnen wijzigingen optreden in de belastbaarheid en de re-integratiemogelijkheden.⁽⁵⁾ Een verzekeringsarts zal hiermee rekening moeten houden bij zowel het vaststellen van de belastbaarheid, als bij het opstellen en bijstellen van een re-integratie advies.

Vanuit de FMS/NHG richtlijn “Langdurige klachten na COVID-19” wordt aangegeven dat de kans op spontaal herstel <6 maanden groot is waarbij patiënten hun werk kunnen hervatten, al dan niet met enige aanpassing.⁽⁶⁾ Verder adviseert de FMS in de richtlijn om gebruik te maken van arbeidsgerelateerde adviezen zoals ook beschreven in de richtlijn “Chronisch Zieken en Werk” en de multidisciplinaire LCI-richtlijn “Q-koorts”.^(7,8) De NVVG ondersteunt de visie van de FMS en adviseert om waar nodig gebruik te maken van deze richtlijnen.

De dynamische leidraad van de NVAB (2022) over herstel en re-integratie voor werkenden met PCS gaat uit van verschillende soorten van verzuim in relatie tot PCS. De verzekeringsarts kan in dat kader de NVAB leidraad volgen.⁽⁵⁾ Verzuim kan primair het gevolg zijn van de COVID-19 infectie zonder comorbiditeit of het gevolg van (een combinatie van) reeds bestaande problemen. Daarnaast kan sprake zijn van comorbiditeit die ontregeld is door de infectie (denk bijvoorbeeld aan diabetes mellitus of schildklierproblematiek). Verder moet er ook aandacht zijn voor reeds bestaande overbelasting in het werk en/of in de privé situatie; die kan een rol spelen bij ontstaan of in stand houden van het verzuim.

Interventies tijdens de re-integratie

Wetenschappelijk bewijs voor effectieve interventies bij PCS is beperkt. Interventies voor het vergroten van de belastbaarheid bij PCS worden gebaseerd op ziektespecifieke, persoonsgebonden en werkgerelateerde factoren en daarbij de privéomstandigheden. Dit is in analogie met het inzetten van diverse behandelmogelijkheden zoals beschreven in hoofdstuk 2. Welke interventies ingezet moeten worden, is onder andere afhankelijk van de eventuele aanwezigheid van een combinatie van ziektespecifieke en niet-ziektespecifieke factoren. Dit kan per individu verschillend zijn. Zie ook de richtlijn “Chronisch ziek en werk” uit 2018. Volgens deze richtlijn is het belangrijk om na te gaan of er sprake is van belemmerende factoren die verholpen kunnen worden of waar invloed op uitgeoefend kan worden. Voor de verzekeringsarts is het belangrijk om daar ook aandacht aan te geven en ook te letten op meer begeleiding aan risicogroepen/ kwetsbare groepen.⁽⁵⁾

Verder is van belang om onder andere de snelheid van het herstel, het beloop van de verschillende symptomen van PCS, de klachten en ervaren belemmeringen als gevolg van comorbide aandoeningen en factoren in het werk en in de privé situatie hierin mee te wegen.⁽⁵⁾

Conform de Leidraad Post-COVID Syndroom vanuit de NVAB wordt overwogen om de terugkeer naar werk procescontingent uit te voeren. Het gaat dan om de volgende drie fases:⁽⁵⁾

- 1) Fase 1: basisniveau principe. Focus op hervinden van balans in dagelijkse activiteiten in de privé situatie.
- 2) Fase 2: werkactiviteiten in kleine stapjes uitbreiden met begeleiding van terugvalmomenten en zo nodig bijstellen van activiteiten.

- 3) Fase 3: geleidelijk toewerken naar normaal functioneren op alle levensdomeinen met daarbij oog voor werk als doel. In deze fase kan gekeken worden naar tijdcontingente opbouw van werkzaamheden.

Het is belangrijk dat alle disciplines die betrokken zijn bij het herstel en de re-integratie vanuit de eigen deskundigheid een bijdrage leveren.

Literatuurlijst hoofdstuk 3

1. van Zitteren M, van Boreen MC, Spanjer J. Adequate beoordeling van long covid. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde. 2022;30(3):36-40.
2. Spanjer J. Urenbeperking bij SOLK: welke argumenten gebruiken verzekeringsartsen? Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde. 2016;24:200-5.
3. Schellart T, Besseling J, Steenbeek R et al. Onderzoek naar interdoktervariatie bij beoordelingen van verzekeringsartsen. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde. 2013;21(2):61-7.
4. RIVM. Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'. 2002.
5. NVAB. Herstel en re-integratie van werkenden met het Post-COVID Syndroom. Leidraad voor bedrijfsartsen. 2022.
6. FMS Richtlijnen database. Richtlijn Behandeling van langdurige klachten na COVID-19. 2022.
7. Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid. Richtlijn Chronisch Zieken en Werk. 2016.
8. RIVM. LCI-richtlijn Q-koorts. 2018.

Hoofdstuk 4. Prognose van post-COVID syndroom

Na de eerste COVID-19 besmetting in 2020, volgden er vele. Een groot deel van de besmette patiënten knapte op, maar uiteindelijk bleek ook een groep patiënten aanhoudende klachten te ontwikkelen die geduid worden als post-COVID syndroom (PCS). Medici trachten patiënten doorgaans te behandelen met curatie als hoofdzakelijk behandeldoel. In sommige gevallen is curatie niet mogelijk en moeten patiënten leren leven met restklachten als gevolg van hun medische aandoening. De inzichten voor behandeling worden doorgaans verkregen uit langlopend wetenschappelijk onderzoek dat meermaals gereproduceerd is.

In het geval van PCS is de pandemie inmiddels achter de rug, maar de eerste patiënten met PCS dienden zich ongeveer 6 jaar geleden aan. Om die reden heeft langlopend wetenschappelijk onderzoek naar het natuurlijk verloop en de lange termijneffecten van PCS (>5, 10, 20 jaar etc.) nog niet kunnen plaatsvinden. Ook is er onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor werkzame behandelingen voor PCS zoals reeds besproken in hoofdstuk 2. Juist om die reden is het lastig om een zorgvuldige prognose op de lange termijn af te kunnen geven voor PCS, zowel voor medici in de curatieve sector als voor de sociaal geneeskundigen. Vanuit de NVVG wordt de noodzaak ondersteund om gericht wetenschappelijk onderzoek te verrichten naar het natuurlijk verloop, de lange termijneffecten van patiënten met PCS (zowel in de curatieve sector als daarbuiten) en in welke mate uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat behandelingen een invloed hebben op het verloop van de klachten, de ervaren beperkingen, het functioneren en de participatie.

Als verzekeringsarts is het belangrijk om een goed beeld te hebben van de prognose van een medische aandoening (ziekte/gebrek) om patiënten goed te kunnen begeleiden in re-integratie, maar ook om verwachtingen te scheppen ten aanzien van het al dan niet verbeteren van de belastbaarheid en daarmee de duurzaamheid. Ondanks de zeer beperkte beschikbaarheid van wetenschappelijke onderzoeksresultaten worden hieronder enkele handvatten voor de verzekeringsarts gegeven om advisering omtrent de prognose te ondersteunen.

Uit recente studies blijkt dat mensen in de loop der tijd soms slechter worden en soms worden ze ook na een aantal jaren 'beter' qua functioneren. De werkgroep adviseert om mensen vaker te beoordelen in de tijd, indien mogelijk. Het is niet goed voorspelbaar wie afglijdt of beter wordt. Wel is bekend de aanwezigheid van PEM prognostisch ongunstiger is.

Recente cijfers

Uit cijfers van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB)⁽¹⁾ blijkt dat 11% van de werknemers met PCS langer dan 6 maanden verzuimt. De kans op spontaan herstel, en daardoor terugkeer naar werk binnen 6 maanden na een COVID-19 infectie is dus aanzienlijk (> 90%). Cijfers uit 2022 laten zien dat het aantal meldingen van PCS bij het NCvB toenam. Bij bijna 60% was er sprake van tijdelijke arbeidsongeschiktheid, maar met verzuim langer dan 6 maanden. Blijvende arbeidsongeschiktheid kwam naar voren in 15-50%.⁽¹⁾

In een Franse cohortstudie is na 12 maanden slechts 8.7% van de patiënten met PCS in complete remissie. Meer dan 60% rapporteert geen of geen significante verbetering van de klachten. Meer dan 60% stopte met werken en slechts 32.5% heeft de fulltime werkzaamheden weer opgepakt.⁽²⁾ Uit een Nederlandse studie (samenwerking Erasmus MC en C-support) blijkt dat na twee jaar post-covid onderzoek minder dan 10% helemaal hersteld is, een kwart niet hersteld is en de rest gedeeltelijk hersteld.⁽³⁾

Hieruit komt ook naar voren dat de gemiddelde gezondheid van patiënten in de tijd per uitkomstmaat verschilt. Zo verandert de gemiddelde kwaliteit van leven vrijwel niet, maar dat betekent niet dat er op individueel niveau geen verandering plaats kan vinden. De onderzoekers concluderen dat het verloop van post-COVID over de tijd variabel lijkt. Ze geven aan dat het een heterogene aandoening is met veel variatie in de ontwikkeling van klachten over de tijd. Ook om die reden zou het ideaal zijn als de verzekeringsarts iemand kan opvolgen in de tijd.

Re-integratie in relatie tot prognose

Als het gaat om re-integratie adviseert de NVAB in de leidraad een proces contingente opbouw (zie ook hoofdstuk 3).⁽⁴⁾ Kern daarin is dat met een trage opbouw vanuit het basisniveau overbelasting en terugval voorkomen worden waarna in een latere fase tijdcontingent opgebouwd kan worden op alle levensgebieden, waaronder werk.

COVID-19 update RI&E

De pandemie is weliswaar voorbij maar in het algemeen geldt dat een eventueel risico op (her)besmetting op het werk moet worden vermeden of geëlimineerd. Dit houdt in dat bij de risico-inventarisatie en-evaluatie (RI&E) als onderdeel van het arbobeleid in Nederland waar nodig een COVID-19 gerelateerde update moet plaatsvinden.⁽⁴⁻⁶⁾ Vroegtijdige signalering en advisering over mogelijke interventies zou ondersteunend kunnen zijn bij het beperken van de gevolgen.⁽⁴⁾ Denk bijvoorbeeld aan vaccinaties bij risicoprofielen, voldoende tijd om te herstellen in de acute fase en aandacht voor de pre-existente gevoeligheid.

Herstelvertragende of herstelbelemmerende factoren

Uit beschikbare literatuur komt naar voren dat er voor PCS mogelijk ook sprake kan zijn van herstelvertragende of herstelbelemmerende factoren. Hierbij kan gedacht worden aan diverse factoren – ziektespecifiek en niet ziektespecifiek - waaronder:^(4,7)

Ziekte en comorbiditeit

- Ernstiger beloop van de klachten tijdens de acute fase.^(8,9)
- Aanwezigheid van PEM (geassocieerd met ernstigere klachten).^(8,9)
- Aanwezigheid van relevante comorbiditeit voorafgaand aan de initiële COVID-19 infectie (o.a. diabetes mellitus, astma).
- Psychische kwetsbaarheid (geassocieerd met meer klachten van vermoeidheid).⁽¹⁰⁾

Persoonsgebonden

- Copingstijl en eigen gezondheidsvaardigheden (interactie aanhoudende klachten en symptomen).
- Psychologische factoren (o.a. herstelverwachting, coping, verstoord emotioneel evenwicht).
- Angst voor uitlokking van klachten of angst voor risico op her-besmetting (hierdoor instandhouding van klachten).
- Lager opleidingsniveau (o.a. geassocieerd met meer klachten van vermoeidheid).⁽¹⁰⁻¹²⁾
- Belangen (bijvoorbeeld het behoud van inkomen kan een rol spelen in herstel en resultaat van de behandeling; uit onderzoek bij psychiatrische ziektebeelden blijkt dat secundaire winst/belangen invloed kunnen hebben op behandeluitkomst; dit wordt meestal niet verteld aan behandelaar).⁽⁹⁾
- Daarnaast kan bij de patiënt ook angst meespelen dat de verzekeringsarts de klachten niet serieus zou nemen vanwege het feit dat PCS nog niet duidelijk geobjectiveerd kan worden en een diagnose per exclusionem is. Het is belangrijk dat de verzekeringsarts zich daarvan bewust is en patiënten serieus neemt.

Extern

- Onvoldoende aandacht voor psychosociale aspecten van PCS in werkomgeving; sociale steun is ook van belang om aan het werk te kunnen blijven of het werk te hervatten.⁽¹³⁾
- Werkgerelateerde factoren (o.a. zwaar fysiek werk, weinig regelmogelijkheden, onvoldoende sociale steun van collegae/leidinggevenden en/of privé, meerdere banen of alleenstaand zijn).
- Geen vergoeding re-integratietraject of (multidisciplinaire) behandeling.
- Korting uitkering bij bijverdiensten.
- Onvoldoende kennis over wet- en regelgeving; dit kan leiden tot angst voor verlies inkomen of uitkering.
- Niet hebben van een fulltime dienstverband.^(8,9)

Participatie

- Consequenties die patiënten ervaren voor participatie in privé en maatschappelijk domein.

Belastbaarheid en duurzame arbeidsbeperkingen

Uitgaande van het biopsychosociale model spelen niet alleen het te verwachten beloop en de mogelijke c.q. resterende behandelopties een rol bij het herstel van functie en/of klachten, activiteiten/beperkingen en participatie, maar ook externe en persoonlijke factoren. Deze zijn hierboven weergegeven. Er bestaat heden onvoldoende wetenschappelijk bewijs over de te verwachten effecten van behandelingen voor PCS.

Het beoordelen van de belastbaarheid en de re-integratiemogelijkheden is al een complex geheel, maar het inschatten van de prognose van de belastbaarheid is daardoor nóg ingewikkelder. Toch wordt van een verzekeringsarts verwacht een uitspraak te doen over de prognose en/of de duurzaamheid van arbeidsbeperkingen.

Naast het beperkte wetenschappelijk bewijs over behandelingen is er op dit moment in de mediprudentie database slechts één casus over PCS beschikbaar. Deze casus gaat over het al dan niet duurzaam beschouwen van de arbeidsbeperkingen bij een vrouw van middelbare leeftijd die uitgevallen is wegens PCS en bij het UWV komt voor een WIA-beoordeling (casus N65). In deze specifieke casus wordt benoemd dat er weinig tot geen wetenschappelijk bewijs bestaat over behandelingen voor PCS en het natuurlijke beloop. Dit maakt het moeilijk om te stellen dat verbetering van de belastbaarheid te verwachten is in een casus waarin iemand langdurig geen verbetering van het functioneren ervaart. In deze casus werd wegens het niet verbeteren van functioneren geconcludeerd dat de beperkingen duurzaam zijn. In het geval dat iemand wel verbetering in het functioneren ervaart, had dit oordeel anders kunnen zijn. De conclusie van deze mediprudentiecasi is dat het hebben van PCS dus niet tot gevolg heeft dat er altijd sprake is van duurzaamheid van de beperkingen.⁽¹⁴⁾ Uit deze mediprudentiecasi komt verder het volgende naar voren: er kan sprake zijn van duurzaamheid van beperkingen bij PCS als iemand langdurig geen verbetering van de beperkingen laat zien tenzij er feitelijk sprake is van geleidelijke verbetering van de belastbaarheid in de eerste twee ziektejaren. Verder kan er bij onvoldoende kennis over een ziektebeeld geen positieve herstellpresumptie worden toegepast voor de Wet WIA, omdat er sprake moet zijn van een goed onderbouwde redelijke of goede verwachting dat verbetering van de belastbaarheid op zal treden. Het beoordelingskader waarin de verzekeringsarts werkt is dus ook van invloed. Algemene beweringen over herstellkansen doen niet altijd recht aan de individuele situatie van een cliënt. Bij een op het individu afgestemd oordeel over de prognose is het nodig om ook persoonlijke en externe factoren mee te wegen. Eveneens kan comorbiditeit van invloed zijn op het functioneren en de prognosestelling.

Terug vertaald naar de bredere verzekeringsgeneeskundige praktijk betekent dit dat duurzame arbeidsbeperkingen aangenomen kunnen worden op het moment dat iemand geen hersteltendens laat zien ondanks het volgen van de door de behandelend arts geadviseerde behandelingen voor de aanwezige klachten (en comorbiditeit) en er dus gesproken kan worden over een medische eindsituatie dan wel ‘maximum medical improvement’ (MMI).

Kennislacunes

Concluderend is het evident dat er sprake is van diverse kennislacunes als het gaat om PCS in de Nederlandse situatie. Er is nauwelijks bewijs over effectieve behandelingen en/of (re-integratie)bevorderende interventies, over de vertaalslag naar belastbaarheid en re-integratiemogelijkheden en geen wetenschappelijk bewijs over de lange termijn. Evenmin beschikt de mediprudentie database van de NVVG over uitgebreide PCS casuïstiek. Verder is er geen centrale registratie van PCS in Nederland. Wat wél wordt geregistreerd zijn patiënten met PCS die bij de bedrijfsarts of het UWV terecht komen, of degenen die zich vrijwillig hebben gemeld bij C-support. De NVVG onderstreept daarom het belang van verder onderzoek om handvatten te vergaren voor de dagelijkse praktijk van verzekeringsartsen voor evidence-based beoordelingen en begeleiding van mensen met PCS.

Literatuurlijst hoofdstuk 4.

1. NCvB. Beroepsziekten in cijfers. 2022 [Available from: <https://www.beroepsziekten.nl/sites/default/files/documents/Beroepsziekten-in-cijfers-2022.pdf>]. Geraadpleegd 01-09-2025.
2. Salmon D, Slama D, Linard F et al. Patients with Long COVID continue to experience significant symptoms at 12 months and factors associated with improvement: A prospective cohort study in France (PERSICOR). *International Journal of Infectious Diseases* 2024;140:9–16.
3. Brus I, Biere-Rafi S, ter Wolbeek M et al. Post-COVID: Impact op gezondheid, het dagelijks leven en zorggebruik. Uitkomsten van 2 jaar onderzoek. 2024.
4. NVAB. Herstel en re-integratie van werkenden met het Post-COVID Syndroom. Leidraad voor bedrijfsartsen. 2022.
5. Spagnolo L, Vimercati L, Caputi A.; Benevento, M.; De Maria, L.; et al et al. Role and Tasks of the Occupational Physician during the COVID-19 Pandemic. *Medicina*. 2021;57:479.
6. NVAB. Leidraad SMB van werkenden met gezondheidsklachten of behorende tot de hoog risicogroep (populatie at risk) tijdens de Covid-19 tijdperk die terug willen of moeten naar hun werkomgeving & werkactiviteiten. Op basis van best-practice. 2020.
7. Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid. Richtlijn Chronisch Zieken en Werk. 2016.
8. Mateu L, Tebe C, Loste C et al. Determinants of the onset and prognosis of the post-COVID-19 condition: a 2-year prospective observational cohort study. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2023;33.
9. Peter RS, Nieters A, Göpel S et al. Persistent symptoms and clinical findings in adults with post-acute sequelae of COVID-19/post-COVID-19 syndrome in the second year after acute infection: A population-based, nested case-control study. *PLoS Med*. 2025;22.
10. König BH, van Jaarsveld CH, Bischoff EW et al. Prognostic factors for persistent fatigue after COVID-19: a prospective matched cohort study in primary care. *Br J Gen Pract*. 2023;73(730):e340–7.
12. Mateu L, Tebe C, Loste C et al. Determinants of the onset and prognosis of the post-COVID-19 condition: a 2-year prospective observational cohort study. *Lancet Reg Health Eur*. 2023 Sep 5;33:100724.

13. Centrum Werk Gezondheid. Werkhervatting bij post-COVID-syndroom: tien factoren en vijf werknemersprofielen die het verschil kunnen maken. 2022.
14. NVVG. Mediprudentiedatabase NVVG. N65 Duurzame beperkingen bij post-COVID-syndroom. 2024.

Hoofdstuk 5. Patiëntperspectief en ervaringen

In de voorliggende handreiking zijn het patiëntperspectief en de patiëntervaringen niet expliciet meegenomen. De handreiking is bedoeld om het beschikbare wetenschappelijke bewijs samen te vatten zodat deze op korte termijn bruikbaar is voor de verzekeringsarts in de dagelijkse praktijk, in afwachting van ontwikkeling van een toekomstige richtlijn.

Wel is het belangrijk dat de verzekeringsarts zich in de dagelijkse praktijk bewust is van de uitdagingen waarmee mensen met het PCS te maken krijgen in het dagelijkse leven, zowel in werk, sociaal als privé. PCS valt zoals eerder aangegeven onder de zogenoemde ‘moeilijk objectiveerbare aandoeningen’. Subjectief ervaren belemmeringen laten zich daarbij niet altijd eenduidig vertalen naar objectief vast te stellen beperkingen. Dit kan leiden tot een discrepantie tussen wat mensen met PCS ervaren en wat de verzekeringsarts objectief kan vaststellen in termen van belastbaarheid.

Dat betekent echter niet dat de klachten niet reëel zijn. Het is daarom van groot belang dat de verzekeringsarts de klachten serieus neemt en (h)erkent, zodat de patiënt met PCS zich serieus genomen en gehoord voelt. In het verlengde daarvan is het belangrijk om het patiëntenperspectief in de toekomstige richtlijnontwikkeling expliciet te betrekken.

**NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
VERZEKERINGSGENEESKUNDE NNVG**

Postbus 24095
3502MB Utrecht
030 - 6868764

Secertariaat@nvg.nl
www.nvg.nl

