

PostCovid syndroom kwalitatief dossier onderzoek

Deel 1: landelijke
uitkomsten

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
1 Inleiding	3
1.1 Introductie en aanleiding	3
1.2 Doel	4
2 Methode	5
2.1 Kwantitatieve analyse	5
2.2 Kwalitatieve analyse	5
2.2.1 Toets elementen in de kwalitatieve analyse	6
2.2.2 Uitvoering van de kwaliteitsanalyse	6
2.2.3 Statistische analyse	7
3 Resultaten	8
3.1 Steekproef	8
3.2 Arbeidsongeschiktheid en re-integratie	9
3.3 Kwaliteitsanalyse	9
3.4 Navolgbaarheid van het dossier	10
3.1 Discussie	12
3.2 Conclusie	14
Literatuurlijst	15
Colofon	16

Samenvatting

Achtergrond Sinds de COVID-19-pandemie ervaart een aanzienlijke groep mensen nog steeds langdurige klachten na een COVID-19-infectie, deze worden gedefinieerd als klachten passend bij het Postcovidsyndroom (PCS). Patiënten die lijden aan het PCS kampen met een uitgebreid scala aan klachten en ervaren vaak veel problemen in het dagelijks functioneren ten aanzien van arbeid. Tot juni 2025 meldden 17.766 mensen met PCS als hoofd- of nevendiagnose zich bij het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) voor een WIA-eindewachttijdbeoordeling (EWT). Door de complexiteit en diversiteit van PCS-klachten is het vaststellen van de belastbaarheid een hele uitdaging voor verzekeringsartsen. Uit eerder pilotonderzoek met dossiers van patiënten die zichzelf gemeld hadden vanwege onvrede rondom de EWT-beoordeling bleek dat er in deze selecte dossiers sprake was van enkele bevindingen in het vaststellen van de belastbaarheid bij PCS. De raad van bestuur en directie van SMZ UWV heeft op basis van dit signaal het Academisch Kenniscentrum Arbeid en Gezondheid ZuidOost Nederland (AKAG-ZON) gevraagd een verdiepend onderzoek te doen naar de kwaliteit van de verzekeringsgeneeskundige beoordelingen bij PCS. Het huidige rapport gaat alleen in op de landelijke resultaten.

Doel Het onderzoek had als doel inzicht te krijgen in de kwaliteit van de verzekeringsgeneeskundige beoordelingen bij cliënten met PCS. Met het huidige onderzoek is beoogd antwoord te verkrijgen op de volgende onderzoeksvraag: *In hoeverre verrichten verzekeringsartsen van UWV een kwalitatief goede EWT-beoordeling bij cliënten met PCS?*

Methode Het onderzoek bestond uit een kwalitatieve analyse (aselecte steekproef van 600 geanonimiseerde dossiers: 300 met PCS als enige diagnose en 300 met dossiers met PCS en nevendiaagnoses. Geïnccludeerde dossiers waren uit de periode 2020 t/m eind 2023, de periode van voor de bijscholing. Zeven onafhankelijke verzekeringsartsen toetsten de dossiers op navolgbaarheid van de medische weging, de gestelde beperkingen op de Functionele Mogelijkhedenlijst (FML), de onderbouwing van de prognose en de kwaliteit van de onderbouwing bij een medische volledige arbeidsongeschiktheid (Geen Benutbare Mogelijkheden; GBM). Verder werd de interobserver-variabiliteit beoordeeld aan de hand van de over getoetste dossiers door drie andere onafhankelijke toetsers. Statistische analyses zijn uitgevoerd binnen R-studio. Een significantiewaarde van $p < 0.05$ werd als statistisch significant beschouwd.

Belangrijkste resultaten

Steekproef: 598 dossiers voldeden aan de inclusiecriteria. In 96% van de PCS-dossiers was PCS de hoofdrede voor beperkingen, tegenover 35,7% in de groep met nevendiaagnoses.

- **Kwaliteit van de beoordeling:**

- **Navolgbaarheid van de beoordeling:** in 84,6% van de dossiers is het eindoordeel door de toetsers als navolgbaar beoordeeld. In de overige 15,4% was de totale uitkomst niet navolgbaar voor de toetsers. Wanneer deze 15,4% wordt uitsplits naar reden van niet navolgbaar zijn, komt dit grotendeels door de onnavolgbaarheid van de opgestelde beperkingen op de FML (72,8%).
- **Weging:** In de getoetste dossiers zijn geen significante verschillen gevonden in de argumentatie/weging van de klachten en belemmeringen tussen de verschillende arbeidsongeschiktheidsklassen. Ook werd er geen significant verschil gevonden in de argumentatie in het wel of niet kunnen volgen van het eindoordeel.
- **Prognose:** De onderbouwing van de prognose was significant minder navolgbaar in de PCS-groep (52,6%) dan in de groep met nevendiaagnoses (66,2%).

Discussie en conclusie Aan de hand van de huidige resultaten kan geconcludeerd worden dat bij de onderzochte dossiers in het merendeel van de gevallen er sprake was van een navolgbare uitkomst van de beoordeling. Wel zijn er vanuit kwalitatief oogpunt nog zeker verbeteringen aan te brengen in de verzekeringsgeneeskundige rapportages die opgesteld worden door de verzekeringsarts. Het meer uniform, vollediger en duidelijker onderbouwen van de weging, de belastbaarheid en o.a. de prognose zou in toekomstige beoordelingen de navolgbaarheid van de uitkomst van de beoordeling voor de toetsers en de cliënt beter navolgbaar kunnen maken, hetgeen onze algemene dienstverlening ten goede komt.

Verder onderzoek is echter noodzakelijk om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de beoordelingen in de verschillende districten en naar de dossiers van de periode na de reeds ingevoerde kwaliteit bevorderende activiteiten (na oktober 2024) in het kader van kwaliteitsverbetering van de dienstverlening.

1 Inleiding

1.1 Introductie en aanleiding

Begin 2020 werd de samenleving geconfronteerd met de eerste golf van een tot op dat moment onbekend virus, COVID-19. De onzekerheid en het gebrek aan kennis over het virus resulteerde in een strenge lockdown en zorgden voor grote maatschappelijke onrust. Bij veel patiënten verliep de ziekte tijdens de eerste golf ernstig. Nadien volgden een tweede en derde golf, met relatief mildere varianten met opnieuw periode van lockdowns en beperkingen, vooral gericht op bescherming van de meest kwetsbare groepen. Er was weinig bekend over de langetermijneffecten. Hoewel het grootste deel op dit moment van de samenleving de turbulente coronaperiode lijkt te hebben afgesloten, worstelt er nog steeds een grote groep mensen met de nasleep van een doorgemaakte COVID-19-infectie (1). Dit betreft de groep mensen die, na een coronabesmetting, aanhoudende klachten langer dan drie maanden ervaren. Deze klachten, die minimaal drie maanden aanhouden na een COVID-infectie en waarbij geen andere onderliggende oorzaak aanwezig is, worden gegroepeerd onder de term Postcovidsyndroom (PCS, in de volksmond ook wel Long COVID genoemd)(2-4).

Binnen de groep PCS-patiënten is er vaak sprake van een heterogene klachtenpresentatie die varieert van weinig klachten tot uitgebreide problematiek bestaande uit cognitieve klachten (hersennest), chronische vermoeidheidsklachten, moeite met concentreren en overprikkeling, maar ook vaak orthostatische hypotensie (met name Posturaal Orthostatisch Tachycardie Syndroom [POTS]) en Post-Exertionele Malaise (PEM) (2, 5-7). De aanwezigheid van deze combinatie van klachten heeft een grote invloed op het functioneren van deze patiënten zowel thuis, als bij het uitvoeren en behouden van werk. Echter, sinds het begin van de pandemie heeft een relatief grote groep mensen met PCS zich na twee jaar ziekte bij het UWV gemeld voor de eindwachttijd (EWT)-beoordeling. Tot en met juni 2025 zijn er in totaal 17.766 gevallen geregistreerd waarbij COVID of PCS de hoofd- of nevendiagnose was bij de WIA-einde-wachttijdbeoordeling. Aanwezigheid van een nevendiagnose wil zeggen, dat er naast PCS ook nog sprake is van een ander ziektebeeld dat mogelijk een rol speelt bij de arbeidsongeschiktheid.

Op basis van het Nederlandse socialezekerheidsstelsel kan een werknemer na twee jaar arbeidsongeschiktheid een WIA-aanvraag indienen bij UWV en komt deze in aanmerking voor een EWT-beoordeling. Tijdens de EWT-beoordeling wordt vervolgens bepaald of de cliënt recht heeft op een WIA-uitkering. Tijdens het medisch deel van de EWT-beoordeling, of te wel tijdens de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, wordt op basis van medisch objectiveerbare klachten/belemmeringen passende bij een onderliggend ziektebeeld door de verzekeringsarts beoordeeld welke beperkingen aangenomen moeten worden ten aanzien van het participeren in arbeid. Deze beperkingen worden vastgelegd in de Functionele Mogelijkhedenlijst (FML). Vervolgens onderzoekt de arbeidsdeskundige aan de hand van de FML en gebaseerd op het opleidings- en ervaringsniveau van cliënt of er functies zijn die met de gestelde beperkingen uitgeoefend kunnen worden. De mate van loonverlies met de geduide functies bepaalt uiteindelijk het percentage van arbeidsongeschiktheid (AO), de hoogte van de uitkering en de indeling in de AO-klasse (8). Vanuit de wet is bepaald dat er pas vanaf 35% arbeidsongeschiktheid het recht op een uitkering bestaat. Zo zijn er uiteindelijk drie AO-categorieën in de WIA:

- Minder dan 35% AO: geen recht op uitkering.
- AO-percentage: 35-80%: recht op een WIA-uitkering, waarbij de inschatting is dat er cliënt nog de mogelijkheid heeft tot werken (restverdiencapaciteit). Dit is een Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsongeschikten (WGA) uitkering.
- AO-percentage 80-100%: recht op een WIA-uitkering, waarbij de inschatting is dat cliënt niet meer in staat is om te werken. Indien de verwachting is dat iemand niet meer kan hervatten in arbeid en volledig en duurzaam arbeidsongeschikt is, dan heeft cliënt recht op een Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten-uitkering (IVA).
 - Een bijzondere vorm is arbeidsongeschiktheid op medische gronden. Dat wil zeggen dat er door de verzekeringsarts is vastgesteld dat cliënt vanwege medische redenen (b.v. opname in een ziekenhuis, een terminale ziekte of ADL-afhankelijkheid) tijdelijk niet kan werken (medisch 80-100% AO, of te wel "Geen Benutbare Mogelijkheden; GBM). Als de verzekeringsarts beoordeelt dat de GBM-situatie blijvend is, dan is er sprake van een IVA op medische gronden.

Bij PCS waren er bij aanvang van de pandemie weinig goede wetenschappelijke literatuur en richtlijnen beschikbaar die gebruikt konden worden als onderbouwing voor het aannemen van beperkingen. Dit maakte het voor de verzekeringsarts, mede door de grote diversiteit aan klachten bij het destijds relatief nieuwe ziektebeeld, lastig om deze klachten te vertalen in beperkingen op de FML.

Uit een eerder pilotdossieronderzoek in samenwerking met Jim Faas, met 46 dossiers van patiënten die zichzelf gemeld hadden vanwege problemen rondom de WIA-beoordeling, bleek dat er in deze dossiers sprake was van enkele bevindingen ten aanzien van het vaststellen van de belastbaarheid bij PCS (9). Zo waren er onder andere aanwijzingen dat er mogelijk sprake was van een onderschatting van de rustbehoefte (urenbeperking) bij cliënten met PCS. Daarnaast was er in een aantal van de onderzochte dossiers sprake van kwalitatief minder goede onderbouwing van de belastbaarheid in de overwegingen. Ondanks de negatieve selectiebias en de kleine omvang van het pilotonderzoek, was er voor de raad van bestuur en de directie van SMZ wel aanleiding om een verder onafhankelijk verdiepend kwalitatief onderzoek uit te laten voeren met EWT-beoordelingen van cliënten met PCS. Gezien het lopende onderzoek vanuit het Academisch Kenniscentrum Arbeid en Gezondheid ZuidOost Nederland (AKAG-ZON) naar de gevolgen van PCS op het toekennen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering binnen Nederland, werd door de raad van bestuur en de directie SMZ aan de hoofdonderzoeker van AKAG-ZON gevraagd om een verdiepend onderzoek uit te voeren naar de kwaliteit van de EWT-beoordelingen bij PCS-cliënten. Het verzoek was om dit onderzoek op zowel landelijk als districtaal niveau uit te voeren. Het huidige rapport zal alleen ingaan op de landelijke kwaliteit. In het tweede deel van het rapport, dat in het voorjaar van 2026 afgerond zal zijn, zullen de districtale bevindingen door AKAG-ZON beschreven worden.

1.2 Doel

Het overkoepelende doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming door de (verzekerings)arts van UWV bij het vaststellen van de belastbaarheid tijdens een eindewachttijdbeoordeling (EWT) bij cliënten met de diagnose PCS. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen cliënten waarbij PCS de belangrijkste reden van ziekmelding was of dat ernaast nog sprake was van andere ziektes (of te wel PCS als hoofd- of nevendiagnose).

De uitkomsten van dit onderzoek kunnen een waardevolle bijdrage leveren aan de verbetering van de primaire dienstverlening aan PCS-patiënten. Om deze inzichten te verkrijgen, zal het dossieronderzoek zich richten op het beantwoorden van de volgende hoofdonderzoeksvraag en deelvragen.

Hoofdonderzoeksvraag:

- In hoeverre verrichten de (verzekerings)artsen van UWV een kwalitatief goede verzekeringsgeneeskundige EWT-beoordeling bij cliënten met PCS?

De verschillende deelvragen met betrekking op het vaststellen van de belastbaarheid bij PCS die hierbij zijn beantwoord:

1. Zijn er verschillen te objectiveren in de kwaliteit van de argumentatie die gebruikt wordt in de verzekeringsgeneeskundige onderbouwing van de belastbaarheid bij PCS tussen de verschillende arbeidsongeschiktheids-categorieën (AO-klassen)?
2. Is er een verschil in het vaststellen van de belastbaarheid tussen patiënten met PCS als hoofddiagnose en patiënten met PCS in combinatie met een andere ziekte/ nevendiagnose?
3. Is er sprake van adequate onderbouwing (weging) die terug te lezen is in het dossier bij het vaststellen van de duurbelastbaarheid door de (verzekerings)arts?
4. Is er sprake van adequate onderbouwing door de (verzekerings)arts van de prognose bij PCS?

2 Methode

2.1 Kwantitatieve analyse

Voor de beantwoording van de onderzoeksvraag is het noodzakelijk om de arbeidsongeschiktheidsuitkomsten, die onderdeel zijn van een eerdere uitgevoerde studie door AKAG-ZON, samen te brengen met de resultaten uit het huidige uitgevoerde kwalitatief dossieronderzoek. Alleen op deze manier kan inzicht verkregen worden in de populatie PCS-cliënten, de onderbouwing/argumentatie van de belastbaarheid in relatie tot de correctheid van deze beoordeling. Voor de kwantitatieve analyse is gebruik gemaakt van de reeds in 2024 verkregen gegevens uit het Claim Beoordelings- en Borgingssysteem(CBBS). Deze dataset bestaat uit de eindewachttijdbeoordelingen WIA waarbij gefilterd is op de cascodes R606, longcovid (Postcovidsyndroom/ PCS), zoals ingevuld op het CBBS voorblad, op positie 1, 2 of 3.

De gekozen tijdsperiode voor het totale onderzoek betreft de tijdsperiode maart 2020 t/m eind 2023. Het betreft hier alle zaken met PCS/Long Covid (R606) als hoofd- of nevendiagnose waarvoor data verkregen werd. Alleen WIA-EWT beoordelingen met de diagnosecode PCS en waarvan de verzekeringsgeneeskundige beoordeling als compleet werd gemarkeerd, zijn in de analyse opgenomen. In totaal waren dit 6000 EWT-beoordelingen die meegenomen zijn in de kwantitatieve analyse.

De CBBS-data werden vervolgens door de medewerker van Centraal Expertise Centrum (CEC) afdeling Kennis & Innovatie (K&I) gekoppeld aan het Sociaal Medische Functie (SMF) database om de uitkomsten van de beoordelingen te verkrijgen. Indien er geen SMF-casus beschikbaar was, werd de volledige casus geëxcludeerd van de analyse. De resultaten van deze kwantitatieve analyse zijn geen onderdeel van dit rapport.

2.2 Kwalitatieve analyse

Voor een representatieve steekproef voor de kwaliteitsanalyse is een steekproef van 10% van de totale onderzochte populatie noodzakelijk. In totaal zijn er 600 dossiers (10% van de 6000 dossiers uit de kwantitatieve analyse) middels een aselechte steekproef geselecteerd. Binnen deze selectie is een verdeling gemaakt tussen de groep cliënten waarbij tijdens de EWT-beoordeling alleen sprake was van PCS en een groep cliënten waarbij er naast de diagnose PCS ook sprake was van andere aandoeningen, of te wel nevendiagnoses genaamd, die meewegen in het vaststellen van de belastbaarheid van de client per EWT.

In deze dataset zijn 300 dossiers geselecteerd van cliënten met PCS alleen (dus zonder nevendiagnose) en 300 dossiers van cliënten met PCS met één of meer nevendiagnosen. De selectie van deze dossiers is gedaan door de bevoegde medewerker van K&I conform de wet- en regelgeving van UWV en binnen de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) voor wetenschappelijk onderzoek.

Alleen de bevoegde wetenschappelijke medewerker van SMZ CEC K&I en de collega die de anonimisatie verricht waren in staat om de persoonsgegevens van de cliënt in te zien op het moment dat de dossiers verzameld werden voor het onderzoek.

De medische dossiers zijn geanonimiseerd door een medisch secretaresse die werkzaam was onder taaldelegatie van de districtsadviseur medisch, conform AVG en de geldende regels binnen UWV. Na anonimisatie werden de dossiers met een uniek onderzoeksnummer overgedragen aan de hoofdonderzoeker, die deze dossiers verdeelde onder het onderzoeksteam. Per onderzoeker is er een apart Excelformulier ingevuld met de gevraagde data die verkregen werden uit de afzonderlijke te onderzoeken dossiers.

Alleen de hoofdonderzoeker en de statisticus, verbonden aan de onderzoeksgroep, hadden na afloop van het onderzoek toegang tot de complete geanonimiseerde dataset. Zowel de (hoofd)onderzoeker, de statisticus als de verschillende beoordelaren zijn niet persoonlijk in aanraking gekomen met de BSN's dan wel andere herleidbare persoonsgegevens. Verdere communicatie over de resultaten verliep alleen via de onderzoeksnummers. Op deze manier werd de privacy van de cliënten en de UWV-medewerkers uit de geselecteerde dossiers gewaarborgd en konden de gegevens op een veilige en anonieme manier geanalyseerd worden door het onderzoeksteam.

2.2.1 Toetselementen in de kwalitatieve analyse

Middels het kwalitatieve deel van het onderzoek wordt inzicht verkregen in de argumentatie die de (verzekerings)artsen in de praktijk toepassen om de belastbaarheid te onderbouwen.

De beoordeling van de kwaliteit van de geïncludeerde dossiers heeft plaatsgevonden aan de hand van de kwaliteitskaders en kwaliteitscriteria die gesteld worden binnen UWV aan een verzekeringsgeneeskundige beoordeling (10). De toetsopzet is conform de opzet die ook gebruikt wordt binnen de Meting Operationele Kwaliteit (MOK).

De toetsers hebben voorafgaande aan de start van het onderzoek allemaal een briefing gekregen over de toets elementen en ook over de registratie in het Excel-bestand van de uitkomsten per onderdeel voor de getoetste dossiers. De uitkomsten op de onderstaande vragen met betrekking tot de kwaliteit werden door de toetsers ingevuld in een Excel-bestand. Ten aanzien van het antwoord op de onderstaande vragen werd de toetsers gevraagd deze bij navolgbaarheid met “Ja” of indien het niet navolgbaar was met “Nee” te beantwoorden.

De gestelde vragen betreffende de kwaliteit van het dossiers waren:

1. Is er sprake van een beargumenteerde weging in de beschouwing van het medisch feitencomplex? M.a.w. is uit de beschouwing duidelijk op te maken dat het medisch feitencomplex correct gewogen is en beoordeeld op consistentie en plausibiliteit en samenhang met het ziektebeeld, in dit geval PCS alleen of met een ander ziektebeeld wat meespeelt tijdens de beoordeling?
2. Komen de opgestelde beperkingen (op de FML) overeen met het medisch feitencomplex (klachten en belemmeringen) en de beargumenteerde weging in de beschouwing? Indien er wel een weging gemaakt is, maar deze niet overeenkomt met de beperkingen behorende bij het medisch feitencomplex, dan diende de toetser deze met “Nee” te beantwoorden.
3. Is er door de (verzekerings)arts een navolgbare beargumenteerde weging van de prognose van de beperkingen gemaakt?
4. Indien er sprake is van medische volledige arbeidsongeschiktheid (GBM) is deze navolgbaar beargumenteerd door de (verzekerings)arts?

Als laatste werd, na het beantwoorden van bovenstaande vragen aan de toetsers, gevraagd of zij de uiteindelijke beoordeling kunnen volgen (is deze navolgbaar), dan wel of deze passend is bij de cliënt. De navolgbaarheid van het medisch deel van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, is conform de kwaliteitstoetsen zoals uitgevoerd binnen UWV, het zwaarstwegende onderdeel van de kwaliteitstoets. Hiermee wordt bedoeld, dat ondanks dat de toetser mogelijk bij een of meer van bovenstaande onderdelen aangeeft dat deze op kwalitatief vlak nog beter zou kunnen, er nog steeds sprake kan zijn van een navolgbaar eindoordeel conform de kwaliteitstoetsen uitgevoerd binnen UWV die gesteld worden aan de verzekeringsgeneeskundige beoordeling.

2.2.2 Uitvoering van de kwaliteitsanalyse

Door de hoofdonderzoeker zijn in totaal zeven geregistreerde verzekeringsartsen gevraagd om deel te nemen aan het team van toetsers voor de toetsing van de dossiers. Op voorhand is aan de deelnemende toetsers gevraagd een privacy statement en geheimhoudingsverklaring te ondertekenen, alvorens de briefing plaatsvond. Pas na ontvangst van het ondertekende privacy statement en de geheimhoudingsverklaring en na de briefing werden de geanonimiseerde dossiers aan de deelnemende toetsers gestuurd middels de beveiligde mail binnen de systemen van UWV.

Tijdens de briefing zijn aan de hand van voorbeelden en voorbeelddossiers de bovenstaande vragen doorgenomen. Op deze manier zijn eventuele knelpunten in de scoring van de verschillende items besproken en is beoogd om consensus in het vastleggen van de uitkomsten op de toets items te bewerkstelligen. Verder is afgesproken dat bij vragen de hoofdonderzoeker te allen tijde geraadpleegd kon worden voor overleg.

De beoordelingen werden per toetser in een dataextractie/Excel-bestand ingevuld. Nadat alle dossiers door de afzonderlijke toetser beoordeeld waren, werd het ingevulde Excel-bestand retour gestuurd naar de hoofdonderzoeker. Na ontvangst van alle ingevulde Excelformulieren werd door de hoofdonderzoeker alles samengevoegd tot één document voor analyse. Alleen de hoofdonderzoeker en statisticus van AKAG-ZON hadden toegang tot de data.

Verder werd de interobserver-variabiliteit beoordeeld. Dit vond plaats door middel van het toetsen van 10% van de geselecteerde dossiers door drie onafhankelijk toetsers. Het meten van interobserver-variabiliteit, of de mate van overeenkomst tussen verschillende toetsers, is cruciaal omdat het aantoont of meerdere onderzoekers dezelfde resultaten kunnen verkrijgen bij het uitvoeren van dezelfde metingen. Door deze variabiliteit te kwantificeren, kan de kwaliteit van het onderzoek worden geëvalueerd, hetgeen helpt bij het waarborgen van de objectiviteit en reproduceerbaarheid van de onderzoeksresultaten.

2.2.3 Statistische analyse

Statistische analyses werden uitgevoerd met R-studio. Voor het toetsen van associaties tussen twee categorische variabelen is Pearson's chi-kwadraattest gebruikt. Bij verwachte cel vulling van vijf of minder, de Fisher's Exacttest. Continue variabelen zijn getoetst tussen groepen met de t-test voor onafhankelijke steekproeven. De kans op een type-I fout is voor alle toetsen gelijk gesteld aan 5%, dat wil zeggen dat een significantie level van $p < 0.05$ als afkapwaarde voor statistische significantie werd beschouwd.

3 Resultaten

3.1 Steekproef

Van de 600 geïncludeerde dossiers, bleken 598 dossiers te voldoen aan de selectiecriteria. In de twee geëxcludeerde dossiers was de reden voor exclusie als volgt: in het ene dossier ontbrak de medische rapportage in het elektronisch cliëntendossier en in het andere dossier bleek na bestudering van de rapportage dat er geen sprake was van PCS. Van deze 598 dossiers was bij 300 dossiers naast PCS sprake van een nevendiagnose, dus een andere aandoening die aanwezig was naast PCS bij de cliënt. De basiskarakteristieken van de geïncludeerde dossiers in de steekproef, uitgesplitst in de groepen enkel PCS en PCS met nevendiagnose, staan vermeld in tabel 1.

In de PCS-groep is de gemiddelde leeftijd significant lager dan in de groep PCS met nevendiagnosen. Verder was in de groep met PCS met nevendiagnosen in slechts 35,7% van de gevallen PCS de hoofdrede voor de aanwezige beperkingen bij de EWT-beoordeling. In de groep met PCS alleen was in 96% van de gevallen PCS de hoofdrede van de beperkingen bij de EWT beoordeling.

In de groep met PCS alleen, bleek PCS in 4% van het totale aantal beoordeelde dossiers niet de hoofdrede van de beperkingen te zijn. In deze dossiers (12 in totaal) werd door de toetsers aangegeven dat er bij de desbetreffende cliënten nog andere aandoeningen een rol speelden in de ervaren klachten en uiteindelijke beperkingen voor arbeid. Deze aandoeningen waren door de primaire arts niet meegenomen in de diagnosecodering en ook niet in het toekennen van beperkingen in het belastbaarheidsprofiel. In 1% (n=3) van de onderzochte dossiers was een andere aandoening de hoofdrede van de toegekende beperkingen. In 3% van deze onderzochte dossiers was er sprake van een mengbeeld, dat wil zeggen dat de beperkingen voor arbeid veroorzaakt werden door een combinatie van de onderliggende aandoeningen.

Tabel 1. Basiskarakteristieken van geselecteerde dossiers, uitgesplitst naar enkel PCS en PCS met nevendiagnose

Variabele	PCS (n = 298)	PCS met nevendiagnose (n = 300)	P-waarde (test)
Leeftijd	46,3 (SD 10,2)	50,5 (SD 9,3)	<0,001 (t)
Sekse (vrouw)	213 (71,5%)	214 (71,3%)	1,000 (c)
Uitgevallen door COVID-19	277 (93,3%)	207 (69,7%)	<0,001 (c)
PCS hoofdrede van beperkingen			<0,001 (f)
Ja	286 (96,0%)	107 (35,7%)	
Nee	3 (1,0%)	37 (12,3%)	
Gemengd	9 (3,0%)	156 (52,0%)	
AO klasse			0,085 (c)
geen recht	51 (17,1%)	45 (15,2%)	
WGA 35-80%	79 (26,5%)	73 (24,7%)	
WGA 80-100% medisch (GBM)	21 (7,0 %)	40 (13,5%)	
WGA 80-100% niet-medisch	129 (43,3%)	112 (37,8%)	
IVA medisch (GBM duurzaam)	8 (2,7%)	9 (3,0%)	
IVA niet-medisch	10 (3,4%)	17 (5,7%)	
Aantal uren werkzaam geweest (uren)	30,3 (SD 8,2)	29,6 (SD 8,4)	0,301 (t)
Aantal cliënten dat werkt bij EWT-beoordeling	149 (50,0%)	125 (42,1%)	0,064 (c)
Reïntegratie lopende bij EWT-beoordeling	184 (61,7%)	159 (53,5%)	0,052 (c)
Indien reïntegratie lopende, hoeveel uren weer werkzaam	15,4 (SD 9,3)	14,1 (SD 9,1)	0,224 (t)

Data zijn gepresenteerd als gemiddelde met (standaarddeviatie; SD) (leeftijd en uren werk en reïntegratie) of als aantal (percentage; %) bij alle andere karakteristieken. Voor het toetsen van groepsverschillen is gebruik gemaakt van de t-test (t) voor onafhankelijke steekproeven, Pearson's chi-kwadraattest (c) en Fisher's exacttest (f), naar gelang de verdeling. Een afkapwaarde van $p < 0.05$ wordt als statistisch significant beschouwd.

3.2 Arbeidsongeschiktheid en re-integratie

In tabel 1 wordt de verdeling per arbeidsongeschiktheidsklasse van de in totaal 598 geïnccludeerde dossiers per twee hoofdgroepen inzichtelijk gemaakt. Uit de huidige resultaten blijkt dat er geen significante verschillen zijn tussen de groep met PCS alleen en de groep PCS met een nevendiagnose als het gaat over de verdeling per arbeidsongeschiktheidsklasse. In beide groepen kreeg het merendeel van de cliënten een volledige WIA-uitkering (WIA-WGA 80-100%) na de EWT-beoordeling met arbeidsdeskundige toetsing. Verder was er bij een klein aantal cliënten sprake van blijvende arbeidsongeschiktheid op medische gronden (respectievelijk 2,7% in de PCS-groep en 3% in de PCS met nevendiagnosegroep), dan wel na arbeidsdeskundige toetsing (respectievelijk 3,4% in de PCS-groep en 5,7% in de PCS met nevendiagnosegroep).

Na arbeidsdeskundige toetsing was er respectievelijk in 17,1% in de PCS en 15,2% in de PCS met nevendiagnosegroep geen recht op een uitkering. Voor zowel het gemiddeld aantal gewerkte uren vóór uitval als het aantal uren re-integratie bij lopende trajecten werden geen significante verschillen gevonden tussen de groepen. Ook bij het aandeel cliënten dat ten tijde van de EWT-beoordeling werkte, was er geen significant verschil, al leek er een trend zichtbaar waarbij cliënten met een nevendiagnose iets minder werkzaam waren (42,2% versus 50,0%). Een vergelijkbare trend werd gezien bij lopende re-integratie: cliënten met een nevendiagnose namen hier minder vaak aan deel (53,5% versus 61,7%), al bereikte dit verschil net geen statistische significantie ($p = 0,052$).

3.3 Kwaliteitsanalyse

Om inzicht te krijgen in de totale kwaliteit van de beoordeling zijn eerst de afzonderlijke kwaliteitsonderdelen beoordeeld (Zie tabel 2 voor de resultaten uitgesplitst per arbeidsongeschiktheidsklasse).

Allereerst werd gekeken naar de navolgbaarheid van de weging in de beschouwing. Hierbij beantwoordden de toetsers de vraag of het medisch feitencomplex adequaat gewogen was en voldoende beargumenteerd werd in de beschouwing. In de getoetste dossiers werden er geen significante verschillen gevonden in de argumentatie/weging van de klachten en belemmeringen tussen de verschillende AO-klassen.

Ten aanzien van de navolgbaarheid van de vastgestelde beperkingen op de FML in relatie tot het medisch feitencomplex was er een significant verschil tussen de verschillende AO-klassen ($p < 0,001$). Zoals blijkt uit de resultaten gepresenteerd in tabel 2 was er sprake van een lagere navolgbaarheid in de categorie geen recht (51,1%) en de medische IVA-groep (IVA GBM) (46,2%). Hierbij dient opgemerkt te worden dat er maar zes IVA GBM-dossiers in deze aselechte steekproef voorkwamen.

Ten aanzien van de onderbouwing van de prognose, of te wel de weging van het medisch feitencomplex en de relatie tot de daaruit voortvloeiende beperkingen, was er een significant verschil in de navolgbaarheid tussen de verschillende arbeidsongeschiktheidsklassen. Zo was in de AO-klasse WGA 80-100% medisch (GBM) volgens de toetsers maar in 37,5% van de dossiers de prognose van de beperkingen, of te wel of er nog verbetering te verwachten is, adequaat onderbouwd in de rapportage.

Als laatste werd er in de GBM-dossiers, de dossiers waarin de verzekeringsarts op medische gronden oordeelden dat cliënt door zijn ziekte per EWT-beoordeling niet in staat was om arbeid te verrichten, beoordeeld of de oordeelsvorming adequaat onderbouwd was door de verzekeringsarts. Zoals blijkt uit de resultaten werd door de toetsers in 58,9% van de 80-100% (GBM, $n=33$) medisch de onderbouwing als navolgbaar beoordeeld en in 37,5% ($n=6$) van de IVA's op medische gronden. Bij twee dossiers in de WGA 80-100% niet-medisch was er sprake van een laattijdige beoordeling, waardoor de primaire verzekeringsarts twee belastbaarheidsprofielen (FML-en) heeft opgesteld. In de eerste FML, met de belastbaarheid datum rondom de EWT-beoordeling, was er sprake van GBM. Ten aanzien van de actuele belastbaarheid, die werd weergegeven in het tweede belastbaarheidsprofiel (tweede FML) was er sprake van WGA 80-100% niet-medisch. Doordat er binnen het registratiesysteem maar een van deze twee FML-uitkomsten geregistreerd wordt voor onderzoek, maakt dat deze cliënt in een andere AO-klasse gecategoriseerd werd.

Tabel 2. Kwaliteitsanalyse met aantal positief beoordeeld kwaliteitsonderdeel per arbeidsongeschiktheidsklasse

AO-klassen (totaal aantal= n)	Beargumenteerde weging (J)	FML beperkingen conform medisch feitencomplex (J)	Beargumenteerde weging prognose (J)	Onderbouwing correct (indien GBM; J)
Geen recht/ < 35% (96)	66 (68,8%)	48 (51,1%)	45 (48,9%)	
WGA 35-80% (152)	118 (77,6%)	102 (67,1%)	83 (54,6%)	
WGA 80-100% medisch (GBM) (61)	45 (73,8%)	30 (73,1%)	15 (37,5%)	33 (58,9%)
WGA 80-100% niet-medisch (241)	186 (77,2%)	196 (81,3%)	140 (58,1%)	2 (100%)
IVA medisch (GBM duurzaam) (17)	8 (47,1%)	6 (46,2%)	8 (66,7%)	6 (37,5%)
IVA niet-medisch (27)	20 (74,1%)	24 (88,9%)	20 (74,1%)	
Statistisch verschil per groep (test)	$p = 0,071$ (c)	$p = < 0,001$ (c)	$p = 0,036$ (c)	$p = 0,122$ (f)

Data zijn gepresenteerd als absoluut aantal van positief beoordeelde dossiers (percentage van het totaal per AO-klasse) bij alle verschillende kwaliteitsonderdelen van de rapportage (indien van toepassing). Voor het toetsen van groepsverschillen is gebruik gemaakt van de t-test (t) voor onafhankelijke steekproeven, Pearson's chi-kwadraattest (c) en Fisher's exacttest (f), naar gelang de verdeling. Een afkapwaarde van $p < 0.05$ wordt als statistisch significant beschouwd.

Let op: percentages zijn berekend op totaal aantal dossiers waar dit van toepassing was.

3.4 Navolgbaarheid van het dossier

Als laatste stap in de kwaliteitsanalyse van de dossiers werd aan de toetsers gevraagd antwoord te geven op de vraag of zij de uiteindelijke beoordeling passend vonden bij de cliënt (navolgbaarheid van de beoordeling; uitkomst te volgen). Zie tabel 3 voor de schematische weergave van de resultaten per groep en onderverdeling in uitkomst te volgen versus uitkomst van de beoordeling niet te volgen. De interobserver-variabiliteit was hierbij 0,83 (of 83%). Dat wil zeggen dat de tweede toetsers in 83% van de dossiers tot dezelfde conclusie kwamen als de primaire toetsers. In de groep waarvan de uitkomst te volgen was, was er alleen een significant verschil tussen de navolgbaarheid van de prognose tussen de PCS en de PCS met nevendiagnosegroep ($p < 0.002$, respectievelijk 52,6% PCS-groep versus 66,2% in de PCS met nevendiagnose). Ten aanzien van de navolgbaarheid van de beargumenteerde weging, was deze in 76% van de PCS-dossiers te volgen in de PCS-groep in vergelijking met 81,7% in de PCS-groep met nevendiagnose ($p = 0.123$). De navolgbaarheid van de beperkingen op de FML was bij de dossiers waar de uitkomsten van te volgen was voor beide groepen vergelijkbaar (PCS vs. PCS en nevendiagnose, $p = 0,960$).

In totaal was in 84,6% van de dossiers de totale uitkomst van de kwaliteitsanalyse door de toetsers navolgbaar. In 92 dossiers (15,4%) was de totale uitkomst van de kwaliteitsanalyse volgens de toetsers op basis van de onderzochte medische rapportage niet navolgbaar. Het niet kunnen volgen in deze wil zeggen dat de verschillende beschreven stappen van de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming niet te herleiden zijn uit de getoetste rapportage door de toetsers. Dit wil niet automatisch zeggen dat de primaire verzekeringsarts deze stappen van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling niet heeft uitgevoerd, het staat echter niet navolgbaar gedocumenteerd.

Uitgesplitst naar het wel of niet hebben van een nevendiagnose was het aantal dossiers waarvan de uitkomst door de toetsers werd aangegeven dat deze niet te volgen was, 44 (14,8%) in de PCS-groep en 48 (16,0%) in de groep van PCS met een nevendiagnose ($p = 0,760$).

Binnen de groep van het niet kunnen volgen van de totale uitkomst (15,4%, $n = 92$), was er op de verschillende kwaliteitsonderdelen toch nog steeds in de helft van de dossiers sprake van een navolgbare beargumenteerde weging van de beperkingen ($p = 0.843$). De prognose was slechts in 31,8% (PCS) en 37% (PCS met nevendiagnose) van de onderzochte dossiers door de toetsers navolgbaar. Tussen beide groepen bleek er geen significant verschil te zijn in de navolgbaarheid van deze kwaliteitsonderdelen.

De meest voorkomende reden waarom de totale uitkomst van het dossier door de toetsers als niet navolgbaar werd aangegeven (15,4%, $n = 92$), was in het grootste deel van de dossiers op basis van de toegekende beperkingen op de FML (72,8%, $n = 67$). Zoals te zien is in tabel was maar in een klein deel van de getoetste dossiers (waarvan het eindoordeel niet navolgbaar was) het subonderdeel FML wel goed te volgen door de toetsers. Met name een andere inschatting van de ernst van de beperkingen of het ontbreken, dan wel te fors toekennen van beperkingen werden genoemd als veel voorkomende reden. Het niet kunnen volgen van de toegekende urenbeperking (te weinig beperkt of juist te veel) was slechts in tien dossiers (10,9%) de reden van onnavolgbaarheid van de overall kwaliteit van het dossier door de toetsers. In vijf dossiers (5,4%) werd door de toetsers een combinatie van de toegekende beperkingen op de FML en de toegekende urenbeperking als reden van het niet kunnen volgen aangegeven. Verder werd in één dossier het niet goed onderbouwen van de prognose als hoofdreden aangegeven voor de onnavolgbaarheid van de uitkomst (1, 1%). In acht dossiers (8,7%) waar door de toetsers een andere reden voor het niet kunnen volgen

aangegeven, en in één dossier (1,1%) was de reden van onnavolgbaarheid niet vermeld door de toetsers. Binnen de groep met een andere reden werd onder andere door de toetsers aangegeven dat er in vier van de acht dossiers een medische overweging ontbrak en in vier van deze acht dossiers was de redeneerlijn van de primaire verzekeringsarts niet te volgen. In één van deze acht dossiers werd er bijkomend door de primaire verzekeringsarts aangegeven dat er naast de ervaren belemmeringen door PCS ook nog sprake was van een ander ziektebeeld, echter dit werd niet meegenomen in de beperkingen of in de diagnosestelling.

Tabel 3. Navolgbaarheid van het eindoordeel in enkel PCS en PCS met nevendiagnose

Variabele	PCS (n = 298)	PCS met nevendiagnose (n = 300)	P-waarde (test)
Uitkomst navolgbaar			
Beargumenteerde weging (J)	193 (76,0%)	206 (81,7%)	0,123 (c)
FML navolgbaar (J)	211 (84,1%)	192 (83,5%)	0,960 (c)
Prognose beargumenteerd (J)	132 (52,6%)	149 (66,2%)	0,002 (c)
Uitkomst niet navolgbaar			
Beargumenteerde weging (J)	23 (52,3%)	24 (50,0%)	0,843 (c)
FML navolgbaar (J)	4 (9,1%)	1 (2,2%)	0,198 (f)
Prognose beargumenteerd (J)	14 (31,8%)	17 (37,0%)	0,674 (c)

Data zijn gepresenteerd als absoluut aantal van positief beoordeelde dossiers (percentage van het totaal) bij de verschillende kwaliteitsonderdelen van de rapportages (indien van toepassing). Deze zijn onderverdeeld naar de totale navolgbaarheid van het dossier. Voor het toetsen van groepsverschillen is gebruik gemaakt van Pearson's chi-kwadraattest (c) en Fisher's exacttest (f), naar gelang de verdeling. Een afkapwaarde van $p < 0.05$ wordt als statistisch significant beschouwd.

Let op: percentages zijn berekend op totaal aantal dossiers waar dit van toepassing was.

4 Discussie

Het doel van het onderzoek was om inzicht te krijgen in de landelijke kwaliteit van de EWT-beoordelingen door de (verzekerings)artsen bij cliënten met PCS. In deze discussie voor het huidig rapport zal alleen ingegaan worden op de kwaliteitsaspecten van de onderzochte dossiers, aangezien deze relevant zijn voor de verzekeringsgeneeskundige beoordelingen binnen UWV. Ten aanzien van de groepsomvang is gekozen voor een aselechte steekproef van 10% van de totale populatie van EWT-beoordelingen waarbij PCS een rol speelt bij de gestelde beperkingen voor het verrichten tot arbeid in de onderzochte tijdsperiode. De huidige steekproefomvang kan gezien worden als een representatieve afspiegeling van de totale populatie van de beoordeelde dossiers uit deze periode. De conclusies van het huidige onderzoek kunnen dan ook geëxtrapoleerd worden op de totale EWT-beoordelingen met PCS uit de desbetreffende periode.

Om antwoord te geven op de hoofdvraag werden verschillende kwaliteitsonderdelen van de rapportage door de onafhankelijke toetsers beoordeeld. Zoals de resultaten van dit onderzoek laten zien werd in het merendeel van de dossiers de totale navolgbaarheid in 84,6% door de toetsers als positief beoordeeld. Slechts in 15,4% van de totaal beoordeelde dossiers gaven de toetsers aan dat de uitkomst moeilijk navolgbaar was. Hierbij werd er geen statistisch verschil gezien tussen de groep met PCS alleen of de groep PCS met een nevensymptoom. Ook op de verschillende kwaliteitsonderdelen werd in het merendeel van de getoetste dossiers door de toetsers aangegeven dat de navolgbaarheid voldoende was. Hierbij werden geen verschillen gevonden tussen de navolgbaarheid van de beargumenteerde weging in de beschouwing tussen de PCS-groep en de PCS met nevensymptoomgroep. Ook werd er geen relatie gevonden met het wel of niet kunnen volgen van de totale uitkomst van de beoordeling tussen beide groepen.

Verder inzoomend op de dossiers waarvan het eindoordeel niet goed navolgbaar was voor de toetsers (15,4%, totaal 92 dossiers van de 598), toonden aan dat dit in het merendeel van de gevallen kwam door het niet goed kunnen volgen van de aangenomen beperkingen op de FML (in 69,7%). Ten aanzien van de navolgbaarheid van de prognose, of te wel de duurzaamheid van de beperkingen was deze navolgbaarheid significant minder in de PCS-groep in vergelijking met de PCS-groep met een nevensymptoom. De totale uitkomst van de desbetreffende beoordelingen werd daarbij wel navolgbaar geacht. Voor de dossiers waarbij de toetsers aangaven dat de einduitkomst niet navolgbaar was (totaal 92) werd er geen verschil in de onderbouwing van de prognose tussen de beide groepen gevonden.

Uit de eerste resultaten van de 598 onderzochte dossiers blijkt dat de eindoordeel over het algemeen goed te volgen zijn. Dit suggereert dat het merendeel van de cliënten in deze dossiers waarschijnlijk ook een uitkering heeft ontvangen waar ze wettelijk recht op hadden, na een arbeidsdeskundige of medische beoordeling alleen. Het feit dat het medische deel van de beoordeling goed te volgen is, betekent niet automatisch dat een cliënt ook daadwerkelijk een uitkering of de juiste hoogte van de uitkering ontvangt. Dit omdat bij het bepalen van het uiteindelijke arbeidsongeschiktheidspercentage nog meerdere factoren een rol spelen zoals de arbeidsdeskundige beoordeling (indien van toepassing). Na het medische deel van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling zijn er twee vervolgstappen mogelijk.

De eerste mogelijkheid is dat er na de medische beoordeling door de verzekeringsarts (die de belastbaarheid heeft vastgelegd in de FML) een arbeidsdeskundig onderzoek ingezet wordt. De arbeidsdeskundige gebruikt naast de ingevulde FML ook gegevens over het opleidings- en ervaringsniveau die meegenomen worden in de bepaling van het arbeidsongeschiktheidspercentage. Het arbeidsongeschiktheidspercentage wordt vervolgens berekend aan de hand van de restverdien capaciteit (wat iemand nog kan verdienen met de huidige beperkingen) en de eerdere verdien capaciteit (wat iemand verdiende voor de arbeidsongeschiktheid). Het verschil tussen deze twee bepaalt uiteindelijk het arbeidsongeschiktheidspercentage. De tweede mogelijkheid is dat de verzekeringsarts tijdens het medisch deel van de beoordeling geoordeeld heeft dat er bij cliënt sprake is van volledige arbeidsongeschiktheid (GBM) op medische gronden. Bij deze beoordeling vindt er geen arbeidsdeskundige beoordeling plaats en wordt het arbeidsongeschiktheidspercentage (80-100% op medische gronden) volledig door de verzekeringsarts bepaald. Alleen in dit laatste geval kan, als de uitkomst niet te volgen is, worden aangenomen dat dit alleen aan de medische beoordeling door de verzekeringsarts ligt. In alle andere gevallen kan er nog steeds sprake zijn van een juiste indeling in de arbeidsongeschiktheidsklasse, zelfs als de medische beoordeling door de toetsers niet volledig te volgen was. Verder betekent het niet kunnen volgen van de overwegingen in de rapportage, bijvoorbeeld doordat er geen onderbouwing beschreven is, of doordat de medische beschouwing ontbreekt, niet automatisch dat de primaire

verzekeringsarts deze onderdelen van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling niet heeft uitgevoerd of dat het uiteindelijke oordeel niet plausibel is. Het niet kunnen volgen in deze wil alleen maar zeggen dat de verschillende stappen van de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming niet te herleiden zijn voor de toetsers en daardoor waarschijnlijk ook niet voor de cliënt zelf.

Zo werd er in de 15,4% van de dossiers waarin de toetsers aangaven dat het eindoordeel moeilijk navolgbaar was in het merendeel door de toetsers aangegeven dat dit kwam door het niet goed kunnen volgen van de aangenomen beperkingen op de FML (in 72.8%, n=67). Bij het niet kunnen volgen van de beperkingen op de FML werd er slechts in een klein aantal van de onderzochte dossiers (n=8) aangegeven dat dit mede toe te schrijven was aan het niet kunnen volgen van de toegekende urenbeperking (duurbelastbaarheid). Ten aanzien van het niet kunnen volgen van de toegekende urenbeperking alleen, was dit maar in tien van de 598 dossiers aan de orde. Verder was er in vijf dossiers sprake van een combinatie van het niet kunnen volgen van de urenbeperking en de beperkingen op de FML. De huidige resultaten zijn hiermee niet in lijn met het eerdere pilotonderzoek van Faas et al (9). In het desbetreffende pilotonderzoek met 46 dossiers van cliënten die zich gemeld hebben vanwege ervaren onvrede rondom de EWT was juist onvoldoende onderbouwing van de beperkingen en urenbeperking één van de hoofdredenen van de onnavolgbaarheid. Zoals reeds werd beschreven door Faas et al, was er sprake van een selectiebias (negatieve selectie) waardoor de resultaten meest waarschijnlijk geen representatieve afspiegeling van de algehele populatie waren. De huidige bevindingen gebaseerd op een representatieve afspiegeling van de totale populatie met EWT-beoordelingen van UWV tot eind 2023 bij cliënten met PCS bevestigen dat er inderdaad sprake was van een negatieve selectie in het eerdere pilot-onderzoek.

De huidige onderzochte dossiers zijn de EWT-beoordelingen vanaf eind 2021 t/m eind 2023, van cliënten die uitgevallen zijn in de eerste twee jaar van de covid-pandemie. Zoals reeds in de introductie beschreven was er in die periode veel onbekend over de langetermijneffecten en de mogelijke blijvende klachten en daaruit voortvloeiende beperkingen voor arbeid. Deze onduidelijkheid maakt het voor artsen in het algemeen lastig om een uitspraak te doen met betrekking tot afname dan wel toename van de klachten en bijkomende beperkingen over de tijd (de prognose). Echter van de verzekeringsarts wordt verwacht dat deze een inschatting maakt over de huidige mogelijkheden tot het verrichten van arbeid. Daarnaast dient de verzekeringsarts ook een inschatting te geven over eventuele verbetering van de belastbaarheid door mogelijke behandelingen of eventueel natuurlijk herstel. De destijds nog grote onbekendheid van PCS en de onduidelijkheid over de langetermijneffecten maakt het voor de verzekeringsarts moeilijk om in deze een accurate uitspraak te doen over de langetermijneffecten ten aanzien van het participeren in arbeid. Dit is ook terug te zien in de huidige resultaten.

De prognose opgesteld door de primaire verzekeringsarts was voor de toetsers moeilijker navolgbaar in de PCS-groep alleen in vergelijking met de PCS-groep met een nevendiagnose. Deze bevinding zou kunnen betekenen dat deze onduidelijkheid over de lange termijn effecten inderdaad een rol heeft gespeeld in het niet kunnen volgen van de uitkomst op dit subonderdeel van de kwaliteitstoets. De bevinding dat er in de dossiers waarin de totale uitkomst volgens de toetsers niet navolgbaar er in beide groepen maar in enkele dossiers een navolgbare prognose werd beschreven ondersteunt deze observatie. De vraag die overblijft is of er met de toegenomen wetenschappelijke kennis over PCS en de langetermijneffecten, (11) de duurzaamheid van de beperkingen (prognose) nu beter te onderbouwen zal zijn. Voor meer uniformiteit in de verzekeringsgeneeskundige beoordeling en verbreding van de kennis over PCS te bewerkstellingen werden in 2024 landelijke symposia georganiseerd. Om de effectiviteit van deze symposia op de dienstverlening te evalueren is echter een vervolgstudie noodzakelijk. Immers, de onderzochte dossiers zijn voor de datum van deze nascholingen die eind 2024 gegeven werden. De huidige resultaten kunnen dan ook niet geëxtrapoleerd worden naar de EWT-beoordelingen bij cliënten met PCS die uitgevoerd zijn in de afgelopen periode. Om inzicht te krijgen in de huidige, meer recentere kwaliteit van de EWT-beoordelingen bij PCS-clieënten dienstverlening is het van belang om aanvullend onderzoek te verrichten met dossiers van eind 2024 of een meer recentere datum zodat hier uitsluitel over kunnen geven kan worden. Dit vervolgonderzoek moet duidelijk maken of de genomen stappen hebben geleid tot een betere onderbouwing van de belastbaarheid en een nog accuratere beoordeling van cliënten met PCS.

4.1 Conclusie

De huidige resultaten geeft de raad van bestuur en de directie van SMV van het UWV inzicht in de kwaliteit van de verzekeringsgeneeskundige beoordelingen zoals uitgevoerd door de (verzekerings)artsen bij cliënten met PCS. Aan de hand van de huidige resultaten kan geconcludeerd worden dat bij de onderzochte dossiers in het merendeel van de gevallen er sprake was van een navolgbare uitkomst van de beoordeling. Wel zijn er vanuit kwalitatief oogpunt nog zeker verbeteringen aan te brengen in de verzekeringsgeneeskundige rapportages die opgesteld worden door de verzekeringsarts. Het meer uniform, vollediger en duidelijker onderbouwen van de weging, belastbaarheid en o.a. de prognose in toekomstige beoordelingen maakt het voor de toetsers en de cliënt beter om de uitkomst van de beoordeling te kunnen volgen, hetgeen onze algemene dienstverlening ten goede komt.

Verder onderzoek is echter noodzakelijk om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de beoordelingen in de verschillende districten en in de dossiers van na de reeds ingevoerde kwaliteit bevorderende activiteiten.

Literatuurlijst

1. Website: <https://www.rivm.nl/corona/postcovid#:~:text=Sommige%20mensen%20houden%20na%20een,%2C%20heet%20dit%20post%2Dcovid>. Geraadpleegd 10-10-2025.
2. WHO, 'Post COVID-19 condition (Long COVID)', gepubliceerd op 7 december 2022 via www.who.int.
3. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2024. A Long COVID Definition: A Chronic, Systemic Disease State with Profound Consequences. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/27768>
4. Soriano JB., 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 - ScienceDirect. Lancet Infect Dis 2022; 22: e102–07. [doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00703](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00703)
5. C-support. C-support [Available from: <https://www.c-support.nu/>]. Geraadpleegd op 10-10-2025.
6. Dankers M. et al. Kennisbundeling post-COVID. Utrecht: C-support, IVM; 2023 Juli 2023.
7. NVAB. Herstel en re-integratie van werkenden met het Post-COVID Syndroom. Leidraad voor bedrijfsartsen. 2022.
8. Website: <https://www.uwv.nl/nl/wia/wia-beoordeling>. Geraadpleegd op 10-10-2025.
9. Faas W.A. et al. Resultaten vooronderzoek medische rapportages LONGCOVID – met aanbevelingen voor verder onderzoek, 22 mei 2024
10. Onderzoeksmethoden standaard. Landelijk instituut sociale verzekeringen, oktober 2000.
11. De Decker K. et al. Uniforme beoordeling duurzaamheid bij long-covid/ Post-COVID syndroom in het kader van de WIA. UWV juli 2025; 1-25.

Colofon

Uitgave

AKAG-ZON

Auteurs

Dr. Nina Wijnands, onderzoeker bij het Academisch Kenniscentrum Arbeid en Gezondheid ZuidOost Nederland (AKAG-ZON), vakgroep lid Sociale Geneeskunde, Universiteit Maastricht. Daarnaast werkzaam als aangesteld als districtsadviseur Medisch en verzekeringsarts taakdelegatie, SMZ

Dr. Thomas Teunissen, kennisadviseur, Centraal Expertise Centrum (CEC) afdeling kennis & innovatie (K&I),

Dr. S van Kuijk, statisticus en epidemioloog verbonden aan AKAG-ZON.

Disclaimer

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm, of enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van UWV

AKAG-ZON © 2025

