

**DEEL 1:
HULPGIDS**



Gendertransitie op het werk

Deel 1: een hulpgids voor
(arbeids)artsen

Deze gids is tot stand gekomen dankzij de steun van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de samenwerking met Universiteit Gent, Transgender Infopunt, Face à Toi Même en Universitair Ziekenhuis Gent.

Hartelijke dank aan alle TGD personen, artsen en werkgevers die hun ervaringen hebben gedeeld en aan de experts die feedback hebben gegeven op de inhoud van deze gids.

Colofon

Gendertransitie op het werk: een hulpgids voor (arbeids)artsen

Auteur: Joy Van de Caeter

Redactie: Joppe De Campeneere

Lay-out: Kraainest

Uitgave van: Universiteit Gent – Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg

Met steun van het Rijksinsituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV)

Il faut de tout pour faire un monde...

Voorwoord

Werkhervatting na ziekte of afwezigheid is voor veel mensen een belangrijke, maar soms complexe stap. Voor transgender en genderdiverse (TGD) personen kan dat traject bijkomende uitdagingen met zich meebrengen. Naast de medische en psychologische aspecten van een transitieproces, spelen ook structurele en sociale factoren een rol, zoals gendernormen, privacy op de werkvloer en de mate van inclusie in de arbeidsgeneeskundige begeleiding.

Deze gids biedt (arbeids)artsen een toegankelijke en wetenschappelijk onderbouwde leidraad om deze complexiteit beter te begrijpen. De nadruk ligt niet op medische transitie op zich, maar op hoe genderdynamieken het functioneren en werkvermogen van TGD personen beïnvloeden, en hoe artsen daarin een rol kunnen opnemen. De gids ondersteunt (arbeids)artsen bij het herkennen van signalen, het voeren van constructieve gesprekken en het formuleren van doordacht advies bij werkhervatting.

De inhoud is gebaseerd op mixed-method doctoraatsonderzoek van de auteur (Joy Van de Cauter, zij/haar), bestaande uit literatuurstudie, casestudies en interviews met TGD personen, artsen en werkgevers. Er wordt gebruik gemaakt van bestaande modellen (zoals het biopsychosociaal model en het Work Disability Prevention Model), én van een nieuw contextueel Return To Work (RTW)-kader dat specifiek ontwikkeld werd voor deze doelgroep.

Deze theoretische gids vormt het eerste deel van een tweeluik. In een afzonderlijke praktijkbundel vindt u concrete tools, ingevulde RTW-templates en casussen die het theoretisch kader aanvullen. Deze gids is niet bedoeld als een voorschrijvende handleiding, maar als een uitnodiging tot reflectie, nuance en (praktijkgerichte) ondersteuning. (Arbeids)artsen worden aangemoedigd om kennis te verbinden met ervaring, en om ruimte te creëren voor genderinclusieve begeleiding in het return-to-work-traject.

1 Inleiding en de basis **6**

- 1.1 Waarom deze gids? 6
- 1.2 Voor wie is deze gids? 6
- 1.3 Hoe kwam deze gids tot stand? 7
- 1.4 Gender en geslacht, wat is het verschil? 9
- 1.5 Woordenlijst 10
- 1.6 Enkele cijfers 14

2 Drempels en kansen: ervaringen van TGD personen op het werk **15**

- 2.1 Werkgerelateerde uitdagingen en drempels 15
- 2.2 Werkgerelateerde kansen en mogelijkheden 19
- 2.3 Gevolgen van (werkgerelateerde) stress 20

3 Gendersensitieve zorg, transitieverloop en de rol van de arbeidsarts **21**

- 3.1 Genderzorg is geen niche 21
- 3.2 Gendertransitie als een individueel, niet-lineair en dynamisch proces 22
- 3.3 De rol van de (arbeids)arts 31

4 Van persoonlijk tot systematisch: factoren die de werkhervatting beïnvloeden 33

4.1 Persoonlijke factoren 34

4.2 Werkgebonden factoren 34

4.3 Factoren binnen het zorgsysteem 35

5 Copingstrategieën: tussen veerkracht en overbelasting 37

5.1 Copingmechanismen opvolgen als (arbeids)arts 38

5.2 Invloed van coping op welzijn en werk(hervatting) 40

6 Gendersensitieve consultaties: een leidraad 41

6.1 Algemeen advies 41

6.2 Gendersensitief taaladvies bij consultaties 43

6.3 Het vlaggensysteem 45

7 Veelgestelde vragen 48

Bronnen

1.1 Waarom deze gids?

Trans en genderdiverse (TGD) personen ervaren bij werkhervatting na ziekte of afwezigheid, zoals iedere persoon met gezondheidsklachten, vaak uitdagingen, maar voor TGD personen zijn deze complexer. Naast medische, sociale en mentale aspecten van een transitieproces, spelen ook nog andere factoren op de werkvloer een rol. Denk maar aan gendernormen en -verwachtingen, privacy of inclusie bij arbeidsgeneeskundige begeleiding.

Deze gids biedt (arbeids)artsen **een theoretische en praktische leidraad** om de ervaringen van TGD personen beter te begrijpen en hen te begeleiden op de werkvloer.

Deze gids is deel van een tweeluik. In de bundel met praktijkvoorbeelden vind je toepassingen van de tools, een blanco én ingevuld Return-to-Work-sjabloon en relevante casussen.

1.2 Voor wie is deze gids?

Deze gids ondersteunt **(arbeids)artsen die meer willen weten over de begeleiding van TGD personen op de werkvloer**. We bieden theoretische en praktische handvatten om signalen te herkennen, constructieve gesprekken te voeren en doordacht advies te formuleren bij de tewerkstelling en werkhervatting van transgender en genderdiverse personen.

1.3 Hoe kwam deze gids tot stand?

Deze gids is een instrument van het onderzoeksproject 'Return to Work of Transgender People'. Dit was een samenwerking van Universiteit Gent, Transgender Infopunt, Face à Toi Môme en Universitair Ziekenhuis Gent, met steun van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Onderzoek en samenwerking

De inhoud van deze gids is gebaseerd op het mixed-method doctoraatsonderzoek 'Understanding gender dynamics in return to work of transgender and gender diverse people' van Joy Van de Cauter (zij/haar) voor de onderzoeksgroep Arbeidsgeneeskunde van Universiteit Gent (2019–2024), in combinatie met aanvullend praktijkonderzoek met zorgprofessionals. Het doel van dit onderzoek was om zicht te krijgen op hoe transgender en genderdiverse (TGD) personen hun terugkeer naar werk ervaren tijdens of na een gendertransitie, en hoe artsen en andere actoren hierbij ondersteunend kunnen optreden.

Het onderzoek vertrekt vanuit een pragmatische en emancipatorische onderzoeksbenadering, wat betekent dat verschillende methodes werden gecombineerd om zowel de beleving van TGD personen als de context en behoeften van professionals te begrijpen. Concreet werd gebruikgemaakt van een mixed-research design, waarbij kwalitatieve en kwantitatieve gegevens samen werden onderzocht en geïntegreerd. Het conceptueel kader was deels gebaseerd op gekende RTW-modellen (zie verder). De onderzoeksopzet omvatte drie pijlers: RTW exploreren, verdieping in duurzame RTW, en percepties van steunactoren.

Onderzoeksopzet in 5 stappen:

1. Een systematisch literatuuronderzoek naar bestaande studies rond werkhervatting bij TGD personen bracht een lacune in de wetenschappelijke kennis aan het licht.
2. Een mixed-method studie met 128 TGD participanten (online survey) en 20 semi-gestructureerde interviews onderzocht het verzuim- en RTW-percentage en factoren die werkhervatting kunnen hinderen of bevorderen.
3. Een longitudinale critical case studie van een trans vrouw, met opvolging over 12 maanden, gaf inzicht in duurzame werkhervatting in een reële werkomgeving.
4. Twee focusgroepen met arbeidsartsen (n=19) onderzochten hun noden, drempels en praktijkervaringen.
5. Aanvullende dagboekstudies bij TGD personen en practice-based onderzoek met huisartsen, verpleegkundigen en bedrijfsfactoren richtten zich op interprofessionele samenwerking.

Interviews focusten op ervaren belemmeringen en facilitatoren in RTW, waaronder de rol van jobcontext, copingstrategieën, gezondheidssystemen en interdisciplinair steun. Het volledige onderzoek werd opgezet met reflexieve aandacht voor de positie van de onderzoeker en in actieve samenwerking met TGD personen en hun zorgnetwerken, zodat wetenschappelijke nauwkeurigheid hand in hand kon gaan met maatschappelijke relevantie.

Validatie en feedback

De inhoud van deze gids werd in de loop van het komend jaar door verschillende groepen stakeholders gevalideerd door TGD personen, (arbeids)artsen en zorgverleners vertrouwd met gendertransitie (Transgender Infopunt).

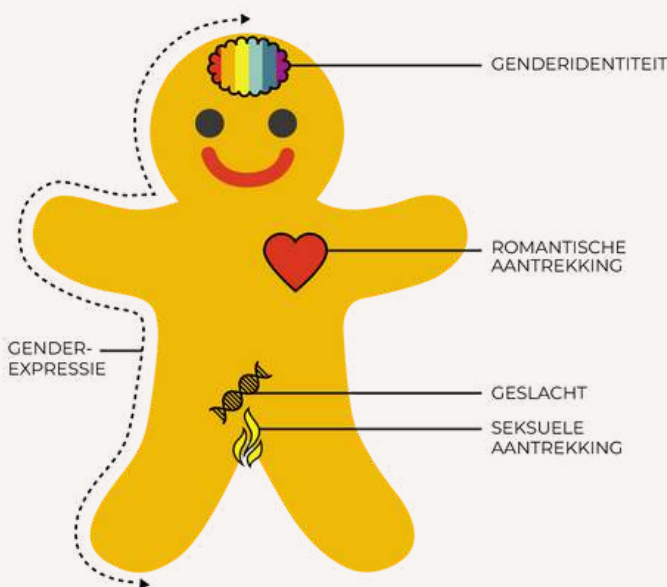
1.4 Gender en geslacht, wat is het verschil?

Alles begint met de juiste woorden om het gesprek aan te kunnen gaan en om TGD personen te ondersteunen. Wat is het verschil tussen sekse en gender, en waarom is het belangrijk? LGBTQIA+ belangenorganisatie Çavaria gebruikt de Genderkoek, een handige illustratie om de verschillende aspecten van gender, geslacht en aantrekking uit te leggen.

Figuur 1. Çavaria (2024), De Genderkoek

DE GENDERKOEK

Genderidentiteit, -expressie, seksuele en romantische oriëntatie... Het is meestal niet zo afgelijnd en vaak variabel. Het is niet binair. Niet of/of. Soms zelfs en/en. Een beetje dit, een beetje dat. Een hele koek kortom, en daarom de moeite waard om er je tanden eens in te zetten!



Honger naar meer? Dit model is gebaseerd op 'The Genderbread Person v3'. Lees het ontstaan en de evolutie ervan op itspronouncedmetrosexual.com.

ALLE COMBINATIES ZIJN MOGELIJK!



1.5 Woordenlijst

De onderstaande tabel is niet alfabetisch gerangschikt, maar opgebouwd volgens de logica van de basisterminologie: we starten met algemene begrippen, gaan vervolgens in op sociale en medische aspecten, en sluiten af met specifieke termen uit de genderzorg. We beginnen daarom met de kernterm 'geslacht/sekse' als basis voor de verdere definities.

Algemeen	
Geslacht/sekse	De biologische en fysiologische kenmerken waarmee een persoon wordt geboren, zoals chromosomen, hormonen en interne en externe geslachtsorganen. Geslacht wordt bij de geboorte toegewezen op basis van uiterlijke kenmerken en wordt vaak als mannelijk (XY), vrouwelijk (XX) of intersexe geclassificeerd.
Gender	De sociale, psychologische en culturele kenmerken die worden geassocieerd met mannelijkheid, vrouwelijkheid of een andere genderidentiteit.
Genderidentiteit	De innerlijke beleving van gender, die overeen kan komen met het bij de geboorte toegewezen geslacht of hiervan kan verschillen.
Genderexpressie	De manier waarop je je genderbeleving naar de buitenwereld toe toont via kleding, kapsel, spraak en gedrag.
Cisgender persoon	Een persoon van wie de genderidentiteit overeenkomt met het geslacht dat bij de geboorte werd toegewezen.
Transgender persoon	Een overkoepelende term voor personen van wie de genderidentiteit verschilt van het toegewezen geboortegeslacht.
Genderdiverse en/of non-binaire persoon	Een genderidentiteit die niet past binnen de binaire categorieën van man of vrouw. Dit kan androgyn of een combinatie van meerdere genders zijn (bijv. agender, bigender) of variërend in de tijd (fluïde). Zie woordenlijst TIP of çavaria .

<p>Coming-out</p>	<p>Het proces waarbij iemand openlijk spreekt over hun seksuele of genderidentiteit.</p>
<p>Coming-in</p>	<p>Het proces waarbij iemand ervoor kiest om zich aan te sluiten bij een gemeenschap of beweging die hun identiteit erkent. Het legt de focus op verbinding en zelfacceptatie binnen een veilige en gedeelde context. Voor (arbeids)artsen is dit relevant aangezien het belangrijk is om te begrijpen dat coming-out niet altijd het einddoel is van een sociale transitie. Sommige personen kiezen ervoor niet uit de kast te komen op de werkvloer, maar zoeken in plaats daarvan veiligheid en erkenning in coming-in-processen.</p>
<p>Deadname /deadnaming</p>	<p>De geboortenaam van een TGD persoon die niet meer wordt gebruikt. Letterlijk "een dode naam". Als anderen bewust of onbewust de oude naam blijven gebruiken, dan noemen we dit <i>deadnaming</i>. Deadnaming kan kwetsend en een negatieve impact hebben op het welzijn van een TGD persoon.</p>
<p>Voornaamwoorden <i>Engels: pronouns</i></p>	<p>Verwijswoorden die gebruikt worden om over iemand te spreken zonder de naam te gebruiken, zoals hij/hem, zij/haar, die/diens.</p>
<p>Misgenderen</p>	<p>Het onjuist aanduiden van iemands gender door het gebruik van verkeerde voornaamwoorden of geslachtsgebonden verwijswoorden (bijvoorbeeld "meneer/mevrouw").</p>
<p>Microagressies</p>	<p>Subtiele, vaak onbedoelde opmerkingen of gedragingen die kwetsend of discriminerend zijn tegenover (TGD) personen. Vaak zijn dit alledaagse en onbewuste uitingen die negatieve stereotypen bevestigen, iemands identiteit ontkennen of hen reduceren tot 'anders zijn'. Ze lijken klein of onschuldig, maar hebben een cumulatief en schadelijk effect op het welzijn van de persoon die ze ondergaat.</p>
<p>Gendereuforie of gendervreugde <i>Engels: gender euphoria</i></p>	<p>Positieve gevoelens die ervaren worden door bevestiging van iemands gender. Bijvoorbeeld door het dragen van bepaalde kleding, het ontvangen van steun of het gebruik van juiste voornaamwoorden.</p>
<p>Genderdysforie</p>	<p>Psychische/mentale en/of lichamelijke stress die kan ontstaan wanneer iemands ervaren genderidentiteit niet overeenkomt met het geslacht dat bij geboorte werd toegewezen (zie verder kader 'geneeskundig').</p>

Transitie

Emotionele transitie	Het mentale en emotionele proces dat TGD personen doormaken tijdens hun transitie. Dit kan gevoelens van opluchting, vreugde en zelfacceptatie meebrengen, maar ook uitdagingen zoals angst, rouw en stress. Goede psychologische ondersteuning is hierbij cruciaal.
Sociale transitie	Niet-medische aspecten van transitie, zoals het veranderen van naam, voornaamwoorden en genderexpressie. Dit is vaak dynamisch en het meest impactvolle onderdeel van een gendertransitie.
Medische transitie	Het proces waarbij TGD personen hormonale en/of chirurgische behandelingen ondergaan om hun fysieke kenmerken af te stemmen op hun genderidentiteit. Niet elke TGD persoon heeft nood aan medische behandelingen.
Juridische transitie	Het officieel aanpassen van naam en/of geslachtsregistratie op identiteitsdocumenten.

Geneeskundig

Genderincongruentie	Een medische term uit de <u>ICD-11</u> , die verwijst naar een blijvende incongruentie tussen de beleefde genderidentiteit en toegewezen geboortegeslacht. Niet elk TGD persoon lijdt aan genderincongruentie.
Genderdysforie	Een diagnostische term uit de DSM-5. Psychologische en/of lichamelijke stress die ontstaat door de incongruentie tussen iemands genderidentiteit en het toegewezen geslacht bij geboorte. Genderdysforie is voor sommige TGD personen een belangrijk onderdeel van hun ervaring en vormt in veel zorgcontexten een toelatingscriterium tot medische genderbevestigende zorg. Tegelijk is het belangrijk te erkennen dat niet alle TGD personen genderdysforie ervaren.
Genderbevestigende zorg	Zorg die TGD personen kan helpen om hun genderidentiteit te bevestigen, inclusief sociale, medische en psychologische ondersteuning.
Hormoontherapie	Behandeling met testosteron, anti-androgenen of oestrogenen om de secundaire geslachtskenmerken meer in overeenstemming te brengen met de genderidentiteit.

Puberteitsremmers	Medicatie (GnRH-analogen) die de aanmaak van geslachtshormonen onderdrukt door in te spelen op de hypofyse. Lees meer via ‘15 vragen over puberteitsremmers’ .
Testosterontherapie	Hormoontherapie met testosteron waarbij geleidelijk aan vrouwelijke secundaire geslachtskenmerken afnemen en meer mannelijke secundaire geslachtskenmerken ontwikkelen. Het zorgt bv. voor verlaging van de stem, meer lichaamsbehairing, verandering in vet- en spiermassa, enz. Lees verder via Testosteron behandeling.
Oestrogeentherapie	Hormoontherapie met oestrogenen waarbij geleidelijk aan mannelijke secundaire geslachtskenmerken afnemen en meer vrouwelijke secundaire geslachtskenmerken ontwikkelen. Het stimuleert borstgroei, vermindert lichaamsbehairing, enz. Lees verder via Oestrogenen behandeling.
Androgenenblokkers	Medicijnen zoals cyproteronacetaat, spironolacton en GnRH-analogen, die de effecten van testosteron onderdrukken. Lees verder via Anti-androgenen behandeling.
Top surgery	Chirurgische ingreep waarbij borsten worden verwijderd (mastectomie) of vergroot (borstaugmentatie).
Bottom surgery	Bottom surgery verwijst naar genderbevestigende operaties aan de geslachtsorganen. Dit kan gaan om het verwijderen van bestaande organen (hysterectomie: baarmoeder, oöforectomie: eierstokken, orchidectomie: testikels) of om reconstructieve ingrepen (metoïdioplastie: vorming van een penis uit de door testosteron vergrote clitoris, falloplastie: constructie van een penis met huidtransplantaten, vaak met urethraverlenging of prothese, vaginoplastie: constructie van een vagina uit penis- en scrotaal weefsel). Herstelduur en arbeidsongeschiktheid verschillen naargelang de ingreep en de aard van het werk; fysieke belasting kan hierbij een belangrijke factor zijn. Voor arbeidsartsen is een goede afstemming met de behandelende specialisten aangewezen. Meer informatie is te vinden via het Transgender Infopunt

Wil je graag meer termen leren kennen rond seksuele- en genderdiversiteit?
Op de website van Çavaria vind je een uitgebreide en actuele woordenlijst:
cavaria.be/woordenlijst.



Voor extra informatie en bronnen kan je terecht bij:

- World Professional Association for Transgender Health (WPATH), internationale organisatie die geactualiseerde richtlijnen (Standards of Care version 8) opstelt voor genderbevestigende zorg
- Transgender Infopunt (www.transgenderinfo.be), een laagdrempelige, gratis en anonieme plek voor vragen over genderdiversiteit en transgenderthema's
- Çavaria (www.cavaria.be), Vlaamse belangenorganisatie voor LGBTQI+ personen en hun bondgenoten

Geïnteresseerd in het wettelijk kader? Meer informatie vind je bij Transgender Infopunt via www.transgenderinfo.be/rechten.

1.6 Enkele cijfers

Genderdiversiteit krijgt steeds meer een plek in onze wereld. Omdat genderdiversiteit zo'n breed begrip is, is het moeilijk om concrete cijfers te vinden. Men gaat ervan uit dat ongeveer 0,5% van de wereldbevolking transgender en/of genderdivers is. Een recente Vlaamse studie toont dat 3% van een steekproef bij 2000 jongeren zich identificeert als transgender en/of genderdivers.

TGD personen krijgen nog steeds vaker dan gemiddeld te maken met vormen van discriminatie of geweld in hun dagelijkse leven. In een onderzoek (Dierckx et al., 2017) dat peilde naar Vlaamse tolerantie tegenover transgender personen, gaven respondenten gemiddeld een score van 3,99 op 5 op een transfobieschaal.

Drempels en kansen: ervaringen van TGD personen op het werk

In het privéleven, op straat maar ook in de werkomgeving kunnen TGD personen heel wat uitdagingen ervaren als gevolg van sociaal geïnduceerde stress, stigma en discriminatie. In werkcontext zijn zeker momenten van coming-out, (sociale) transitie en eventuele medische interventies potentieel kwetsbaar. Ze kunnen gepaard gaan met (langdurige) afwezigheid.

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van de belangrijkste drempels en uitdagingen maar ook van kansen die de werkhervatting van TGD werknemers kunnen beïnvloeden. We bespreken ook de (mogelijke) effecten op TGD personen.

“Er bestaan eigenlijk geen richtlijnen over afwezigheden in het kader van een gendertransitie, dus behandelen we die zoals eender welk ander medisch verlof. Maar we beseffen dat dat niet altijd de meest aangewezen aanpak is.”

— Manager Telecomsector

2.1 Werkgerelateerde uitdagingen en drempels

Vaak zijn uitdagingen en drempels op de werkvloer een weerspiegeling van de maatschappij waarin we leven. Dat maakt ze structureel of systemisch van aard. De meest voorkomende drempels zijn:

1) Gebrek aan bewustzijn en inconsistent beleid

Werkgevers, HR-diensten en zelfs zorgprofessionals beschikken vaak niet standaard over kennis op het gebied van genderdiversiteit. Dat kan leiden tot uiteenlopende of ontbrekende beleidsmaatregelen rond inclusie, gedragscode, privacy en medische opvolging.

2) Stigma, discriminatie en gendergerelateerde minderheidsstress of gender minority stress (GMS)

Minderheidsstress is de chronische stress die ontstaat uit het leven in een samenleving waarin je identiteit structureel wordt gemarginaliseerd. Het gaat niet om de identiteit op zich, maar om de sociale reacties en systemen van uitsluiting waarmee een persoon geconfronteerd wordt. TGD werknemers ervaren subtiele of openlijke vormen van uitsluiting, miskennis of stereotypering. De opeenstapeling van zulke negatieve sociale ervaringen heeft aantoonbare negatieve gevolgen voor mentaal en fysiek welzijn. Het Gender minority stress model onderscheidt externe (distale) stressoren (bv. discriminatie, afwijzing) en interne (proximale) stressoren (bv. geïnternaliseerde transfobie) (Hendricks 2012, Testa 2015); zie hoofdstuk 5 voor meer informatie over dit model en copingstrategieën door TGD personen.

Bij trans vrouwen

Onderzoek (Drydakis, 2017; Goryunova et al., 2022; Van de Cauter et al., 2021; Yavorsky, 2016) rapporteert dat trans vrouwen op het werk vaker geconfronteerd worden met psychosociale uitdagingen dan trans mannen of genderdiverse personen. Emotionele schommelingen, sociale isolatie en onzekerheid over sociale aanvaarding kunnen een nog grotere negatieve impact hebben op het zelfbeeld en het functioneren.

Tegelijk spelen meer structurele dynamieken een rol. Cisnormativiteit, genderstereotypen en maatschappelijke normen hebben een sterke invloed. Ze uiten zich in misgendering, 'welwillend' seksisme ("je ziet er mooi vrouwelijk uit in dat kledingje", "jij bent goed gelukt"), openlijke transfobie of het niet serieus nemen van iemands genderidentiteit of expressie. Trans vrouwen voelen zich verplicht om hun gedrag aan te passen en zichzelf minder zichtbaar te maken om in het keurslijf van de werkcultuur te passen. Ook de perceptie dat gendertransitie een 'luxeprobleem' zou zijn, belemmert de gepaste ondersteuning.

Bij non-binaire personen

Non-binaire personen worden vaker geconfronteerd met onzichtbaarheid of gebrek aan erkenning doordat hun identiteit buiten het klassieke man-vrouwen denken valt (Arijs et al., 2023; Burgwal & Motmans, 2021; Davidson, 2016; Van de Cauter et al., 2023). Verkeerd gebruik van voornaamwoorden, een gebrek aan gendersensitieve infrastructuur of herhaaldelijk moeten uitleggen en verantwoorden van hun identiteit kunnen bijdragen aan chronische stress.

In tegenstelling tot trans vrouwen en mannen, ervaren zij zelden expliciete bevestiging - wat leidt tot een gevoel van "er niet helemaal bij te horen". Ook in medische settings ervaren non-binaire personen vaak dat hun zorgvragen minder ernstig worden genomen of dat ze moeten voldoen aan binaire transitienormen.

3) Beperkte toegang tot genderbevestigende zorg

In sommige sectoren en regio's hebben TGD personen weinig of moeilijk toegang tot goed georganiseerde, werkgerelateerde zorg. Begeleiding bij transitie en ondersteuning bij werkhervatting ontbreekt meestal deels of volledig.

4) Weinig kennis van bestaande ondersteuningsmogelijkheden

Veel TGD werknemers weten niet welke ondersteuning ze kunnen krijgen op de werkvloer. Uit Belgisch onderzoek (Van de Cauter, 2024) blijkt dat TGD personen doorgaans weinig tot geen kennis hebben van de interne of externe dienst voor preventie en bescherming op het werk (IDPBW/EDPBW) of de arbeidsarts. Daarbovenop hebben ze vaak al eerdere ervaringen met discriminatie in medische of professionele contexten.

5) Complexe gezondheidszorg en sociale zekerheid

Het vinden van de juiste zorg en ondersteuning voelt vaak als een doolhof. Een gebrek aan transparante, toegankelijke informatie en begeleiding maakt de toegang tot noodzakelijke zorg en administratie ingewikkeld. Voor TGD personen speelt hierbij ook hun vaak lagere gezondheidsvaardigheden een rol: het vermogen om gezondheidsinformatie te vinden, te begrijpen en toe te passen is gemiddeld lager dan in de Belgische bevolking. Slechts 5 op 10 van onze participanten had voldoende GZ-vaardigheden (Van de Cauter et al. 2023), wat hun precaire positie verder versterkt.



"Ik wilde gewoon weer gaan werken en tonen dat ik het aankon... maar tegelijk voelde ik me fragiel. Alsof ik altijd net iets harder moest bewijzen dat ik erbij hoorde." — Fleur

"De laatste week kreeg ik meer de indruk dat ik meer de minder 'leuke' taken kreeg. Het lijkt wel alsof ze me minder respecteren, mij minder au sérieux nemen, omdat ik (trans) vrouw ben. Dat gevoel krijg ik soms." — Molly

"Ik voelde me constant de uitleggende partij. Alsof ik eerst een mini-lesje moest geven voor ik gewoon kon zeggen wie ik ben. Dat is heel vermoeiend, zeker als je al twijfelt of je wel serieus genomen wordt." — Quinn, non-binaire persoon

"Mijn eerste werkdagen waren eigenlijk heel ontgoochelend. Het leek wel alsof ik nooit weg was geweest. Heel weinig collega's vroegen hoe het was, of zeiden dat ze het leuk vonden dat ik terug was". — Molly

"Weinig mensen lijken mee te groeien met de situatie, terwijl jij zelf snel verandert. Je merkt al gauw dat beelden uit het verleden, meningen en manieren van aanspreken nauwelijks of niet mee evolveren."

— Fleur, zes maanden na werkhervatting

*Ik vond het vreemd dat het genderteam me niet kon verwijzen naar een persoon op het werk die me kon helpen! Dus, ja, ik denk dat er wat meer bruggen gebouwd kunnen worden tussen zorgsectoren/binnen de zorg.
— Nathan, trans man*

2.2 Werkgerelateerde kansen en mogelijkheden



1) Sociale steun en erkenning komen in veel vormen en vragen weinig moeite

- Positieve reacties op iemands transitie
- Medeleven en interesse tonen
- De juiste voornaamwoorden, namen en taal gebruiken (zie 6.2 gendersensitief taaladvies).
- Eventuele fouten corrigeren



Het lijken kleine acties, maar ze dragen sterk bij aan een gevoel van veiligheid en vertrouwen. Bondgenootschap binnen het team zorgt ervoor dat TGD personen zichzelf kunnen zijn op het werk. Dat leidt tot meer spontaniteit en betere prestaties.



2) (Gender)inclusief organisatiebeleid op alle vlakken = structurele steun

- Aangepaste infrastructuur zoals aangepaste toiletten of kleedruimtes
- Flexibele werkafspraken in samenspraak met TGD personen
- Dienstvrijstelling voor transgenderzorg
- Duidelijke HR-richtlijnen, inclusieve jobadvertenties en een gedragen anti-discriminatiebeleid

Deze elementen werken het best wanneer ze ingebed zijn in een structurele aanpak, gedragen door het management en ondersteund door collega's.

2.3 Gevolgen van (werkgerelateerde) stress

1) Emotionele belasting

Een sociale transitie en werkhervatting kunnen emotioneel zeer belastend zijn. TGD personen gebruiken copingmechanismen (zoals overcompenseren of vermijden) die mogelijk niet duurzaam zijn op lange termijn (zie hoofdstuk 4).

2) Mentale gezondheidsproblemen

Chronische sociale stress verhoogt de kans op angststoornissen, depressie, posttraumatische stress en burn-outklachten. Bij TGD personen kan minderheidsstress dit risico verder versterken (Coleman et al., 2022). Onderzoek toont aan dat dit samengaat met klachten zoals verhoogde stressgevoeligheid, suïcidale gedachten, middelengebruik en verminderd zorgzoekend gedrag (Hatzenbuehler et al., 2009; Hatzenbuehler & Pachankis, 2016; Falck & Bränström, 2023; Ross et al., 2023). Tegelijk worden deze symptomen in de zorgverlening soms onvoldoende, of net te sterk, gelinkt aan gendergerelateerde factoren, wat een adequate aanpak kan bemoeilijken (Singh, 2013; Su et al., 2016; Warren et al., 2016).

3) Fysieke gezondheidsproblemen

Langdurige stress kan zich ook uiten in lichamelijke klachten zoals hoofdpijn, spier- en gewrichtspijn, maag- en darmproblemen, slaapproblemen, verhoogde bloeddruk of hartkloppingen (Schneiderman et al., 2005; McEwen, 2004). Bij TGD personen kan minderheidsstress bovendien leiden tot een verergering van hormonale bijwerkingen, vertraagd wondherstel na ingrepen en een verminderde weerstand (Bockting et al., 2013; Hughto et al., 2015).

4) Financiële druk

Door financiële onzekerheid of gebrek aan betaald ziekteverlof of betaalde vakantiedagen keren sommige TGD werknemers te vroeg terug naar het werk, meestal zonder voldoende herstel of begeleiding. Dit verhoogt het risico op herval of langdurige uitval.

Gendersensitieve zorg, transitieverloop en de rol van de arbeidsarts

3.1 Genderzorg is geen niche

Genderbevestiging voor TGD personen gebeurt op verschillende niveaus en is niet beperkt tot medische interventies. Goede ondersteuning bij een transitieproces staat of valt met het opbouwen van vertrouwen, open en eerlijke communicatie en respect voor de zelfbeschikking van TGD personen.

Zoals een huisarts het treffend verwoordde: *“We treden niet enkel op als medisch deskundige, maar ook als vertrouwenspersoon en ally/bondgenoot in het zorgtraject van TGD personen.”* Die rol vraagt om empathie, beschikbaarheid en de bereidheid om mee te groeien met de noden van de cliënt.

Gendersensitieve zorg is geen niche, maar een fundamentele verantwoordelijkheid van elke arts die kwaliteitsvolle, toegankelijke en respectvolle gezondheidszorg nastreeft. Een genderinclusief perspectief hoeft geen aparte expertise te zijn, maar kan juist perfect geïntegreerd worden in bestaande medische praktijken en ethische zorgprincipes.

De volgende opdeling in drie domeinen van genderbevestiging kan helpen om zorg en begeleiding beter af te stemmen:

Belangrijk bij deze tabel is dat alle verschillende elementen op elkaar inwerken en parallel kunnen lopen.

Domein van genderbevestiging	Voorbeelden	Gevolgen voor welzijn
 Sociaal	Gebruik juiste naam en voornaamwoorden, aanvaarding en gezonde interesse van omgeving, zichtbare expressie (zie ook 4.1)	Beïnvloedt zelfvertrouwen, gevoel van veiligheid, en sociale integratie op het werk
 Psychologisch	Erkenning door hulpverleners (zie ook 4.1), emotionele transitie, je eigen erkenning over je genderidentiteit	Ondersteunt (mentale) veerkracht en zelfbeeld
 Medisch	Toegang tot genderbevestigende zorg (psychologische ondersteuning, hormoontherapie, chirurgie, ...)	Heeft impact op fysiek herstel, zelfbeeld en bepaalde administratieve processen (bv. attesten)

Tabel 1. Domeinen van genderbevestiging en gevolgen voor welzijn, gebaseerd op internationale literatuur en ons eigen onderzoek: sociaal domein (McLemore, 2015; Budge et al., 2013; Van de Cauter, Motmans, & T'Sjoen, 2021), psychologisch domein (Testa et al., 2015; Bockting et al., 2013; Tebbe & Budge, 2022; Van de Cauter, 2023), en medisch domein (Murad et al., 2010; Motmans et al., 2019; Van de Cauter et al., 2021, 2023; T'Sjoen & Motmans, 2022).

3.2 Gendertransitie als een individueel, niet-lineair en dynamisch proces

Elke gendertransitie is een uniek, persoonlijk en dynamisch proces. Onderstaande samenvatting biedt een beknopt overzicht van mogelijke praktische stappen. Voor meer uitgebreide informatie verwijzen we graag naar het [overzicht van het zorgtraject](#) van Transgender Infopunt, en naar de [brochure](#) 'Welke stappen mogelijk binnen een transitieproces?'

Kader 1. Transgender Infopunt, Drie routes naar een medische transitie

Route 1

Via een multidisciplinair genderteam in het ziekenhuis

In België zijn meerdere genderteams actief, waaronder [UZ Gent](#), [ZAS Antwerpen](#), [ZOL Genk](#), [Vitz Sint-Niklaas](#), [CeKSS KU Leuven](#), [UZA Edegem](#), het [Erasmusziekenhuis](#) in Brussel en het [CHU Luik](#). Cliënten kunnen zich aanmelden bij één van deze erkende multidisciplinaire teams die doorgaans bestaan uit casemanagers, psychologen, seksuologen, psychiaters, endocrinologen, chirurgen, logopedisten en sociaal werkers.

- Voordelen: geïntegreerde zorg, overleg tussen disciplines, gedeeltelijke terugbetaling van psychosociale begeleiding (psychologen en casemanagers) binnen de de conventie transgenderzorg.
- Aandachtspunt: wachttijden blijven aanzienlijk. In UZ Gent werkt men sinds augustus 2025 met een centraal aanmeldingsformulier en zorgdifferentiatie in twee sporen:
 - Spoor 1: rechtstreekse doorverwijzing via een ander geconventioneerd genderteam.
 - Spoor 2: doorverwijzing via een externe psycholoog of psychiater (met officiële verwijsbrief).

Route 2

Combinatie van externe begeleiding + aansluiting bij genderteam

Cliënten kunnen psychosociale begeleiding opstarten bij een zorgprofessional naar keuze. Het hoeft dus niet via de zorgkaart van het Transgender Infopunt, maar het is wél belangrijk dat de gekozen psycholoog of psychiater ervaring heeft met genderzorg en, indien nodig, een verwijsbrief kan opstellen.

- Belangrijk voor artsen:
 - Niet elke externe zorgprofessional kan doorverwijzen of verwijsbrieven schrijven. Seksuologen bijvoorbeeld hebben niet altijd dezelfde mogelijkheden als klinisch psychologen of psychiaters.
 - Externe begeleiding betekent niet automatisch dat de psychosociale gesprekken binnen het genderteam worden overgeslagen. Vaak blijft een minimum aantal gesprekken verplicht, al kan het proces korter zijn wanneer al veel thema's extern zijn besproken.
- Het UZ Gent startte sinds augustus 2025 met een nieuw doorverwijzingsbeleid waarbij externe hulpverleners in sommige gevallen rechtstreeks kunnen doorverwijzen naar chirurgen of endocrinologen, met een verwijsbrief volgens het uz sjabloon. Voor genitale chirurgie is een psycho-educatief groepstraject (minstens vijf sessies) verplicht.

Zelf samengesteld traject met individuele zorgprofessionals

Sommige cliënten bouwen hun traject op met losse zorgverlening (psycholoog, endocrinoloog, chirurg, logopedist...).

- Klinisch belangrijk: endocrinologen en chirurgen vragen meestal een verwijsbrief van een psychosociaal professional met ervaring in genderzorg. Niet elke begeleider (v/m/x) schrijft zulke brieven: dit moet tijdig nagekeken worden.
- In de praktijk blijkt een individueel samengesteld traject vaak complexer dan het klinkt, omdat veel stappen toch via een genderteam verlopen. Voor medische stappen in UZ Gent loopt dit traject altijd via spoor 1 of 2 van de nieuwe procedure.
- Het Transgender Infopunt blijft een betrouwbare bron van informatie en doorverwijzing. Bij twijfel kan rechtstreeks contact worden opgenomen voor verduidelijking.

Voetnoot: UZ Gent wordt hier meer in detail besproken omdat het historisch het grootste en oudste genderteam in België is, en omdat de recente veranderingen in hun aanmeldingsprocedure (2025) belangrijke gevolgen hebben voor doorverwijzing en samenwerking met andere zorgverleners. Andere genderteams hebben elk hun eigen aanmeldingsprocedure en aanbod.



Franstalige Belgen

Cliënten die Franstalig zijn, worden in eerste instantie doorverwezen naar de geconventioneerde teams in het **CHU Luik** en het **Erasmusziekenhuis in Brussel**. Deze teams bieden psychosociale en medische begeleiding in het Frans en verwijzen door naar UZ Gent voor gespecialiseerde chirurgische behandelingen die ze zelf niet aanbieden.

Aandachtspunten voor arbeidsgeneeskunde

- **Zorgpad checken:** vraag of de TGD werknemer via een genderteam of externe begeleiding instroomt. Dit helpt wachttijden en trajecten beter te begrijpen.
- **Wachttijd & werk:** lange wachttijden en parallelle zorgtrajecten kunnen invloed hebben op belastbaarheid en werkhervatting.
- **Verwachtingen bevragen:** peil of de TGD werknemer duidelijke informatie heeft over het zorgtraject en verwijs zo nodig door naar genderteam of Transgender Infopunt voor correcte duiding.
- **Taal & doorverwijzing:** Franstalige cliënten worden vaak opgevolgd in Luik of Brussel, maar kunnen voor chirurgie in Gent terecht komen → extra impact op afwezigheden en planning.

Een gendertransitie kan gepaard gaan met stress, maatschappelijke obstakels en psychologische belasting. Verschillende empowerment-strategieën kunnen helpen: denk aan psychische begeleiding, contact met LGBTQAI+ gemeenschappen en voldoende zelfzorg. Bij gebrek aan gepaste zorg en steun kan psychosociale kwetsbaarheid een hoge tol eisen.

1) Emotionele transitie: verkenning en psychologische ondersteuning

Een gendertransitie start met een periode van zelfreflectie en informeren door de cliënt. Velen zoeken hierbij ondersteuning van een psycholoog of een andere zorgprofessional met ervaring in genderzorg. Begeleiding kan binnen een geconventioneerd multidisciplinair genderteam of bij een individuele zorgprofessional zoals een therapeut, een seksuoloog, een psychiater of klinisch psycholoog.



Een overzicht van zorgprofessionals vind je op de zorgkaart van het Transgender Infopunt. Als arts kunt u een belangrijke signaalfunctie vervullen en gericht doorverwijzen via deze zorgkaart.

Tijdens de emotionele transitie is het aangewezen om alert te zijn voor mogelijke bijkomende mentale uitdagingen, zoals angststoornissen, depressieve klachten of traumagerelateerde problematieken, die een impact kunnen hebben op werkhervatting. Iemand's genderidentiteit erkennen en respectvol en open communiceren, draagt bij aan een veilige zorgrelatie.

2) Sociale transitie: leven als jezelf

Bij een sociale transitie verandert iemand de manier hoe die zich presenteert aan de buitenwereld. Dat kan gaan over een naamswijziging, het gebruik van andere voornaamwoorden of bepaalde zichtbare expressie (haar, kledij). Dit roept mogelijks reactie op in sociale contacten. Artsen kunnen cliënten ondersteunen in dit proces door respectvol om te gaan met gekozen namen en voornaamwoorden, en deze ook correct te documenteren in medische dossiers. Gebruik genderinclusieve taal, zowel in medische dossiers als in gesprekken, en corrigeer jezelf als je fouten maakt. In hoofdstuk 6 vind je concrete, gendersensitieve taaladviezen.



Inzichten uit ons onderzoek bij 128 Belgische TGD personen (Van de Cauter et al., 2023): 86,2% van de TGD respondenten doorliep een sociale transitie ondanks percepties van (verwachte) discriminatie. Dit is een belangrijk gegeven aangezien de sociale transitie en genderbevestiging de belangrijkste aspecten zijn binnen de gendertransitie en duurzaam werk(hervatting) op basis van de globale doctoraatsresultaten.

3) Juridische transitie: gelijk voor de wet

In België verloopt een wijziging van de juridische geslachtsregistratie via een louter administratieve procedure bij de burgerlijke stand, en dus zonder medische voorwaarden. Dat betekent dat iemand geen hormoontherapie of andere medische interventies moet ondergaan om hun geslachtsregistratie administratief te wijzigen. Meer informatie: [Transgenderinfo.be](https://www.transgenderinfo.be)

4) Medische transitie

Een medische transitie bestaat uit hormonale en/of chirurgische interventies. Een overzicht kan je hieronder vinden in tabel 2. Voor toegang tot deze zorg is doorgaans een verwijfsbrief nodig van een psycholoog, psychotherapeut of seksuoloog. Een formeel vastgestelde diagnose is daarvoor niet vereist, al kan een vermelding van genderincongruentie (conform ICD-11) wel een meerwaarde bieden bij het aanvragen van financiële tussenkomst of terugbetaling via de verzekering. Voor logopedie, epilatie en fertiliteitszorg is geen verwijzing nodig.

Realistisch inzicht in wachttijden helpt cliënten beter plannen en voorkomt teleurstellingen. De wachttijden bij genderteams verschillen en veranderen regelmatig. Psychosociale begeleiding kan vaak al tijdens die wachttijd opgestart worden. Verwijs cliënten voor de meest actuele informatie naar het Transgender Infopunt of rechtstreeks naar het genderteam. Zo beschikken zij altijd over correcte en recente gegevens.

Niet alle zorg komt in aanmerking voor terugbetaling; bepaalde ingrepen vallen (gedeeltelijk) buiten de nomenclatuur (cf. zie Conventie Transgenderzorg). Daarnaast kun je informatie meegeven over mogelijke risico's, hersteltijd, littekens, complicaties en de verwachte tijd tot werkhervatting (zie tabel 2).

GENDERSENSITIEVE ZORG, TRANSITIEVERLOOP EN DE ROL VAN DE ARBEIDSARTS

Tabel 2. Van de Cauter et al. (2023), Complicaties en arbeidsongeschiktheid na heekunde versus Belgische zelfgerapporteerde gegevens

Transitiestap / Ingreep	Opnameduur (klinisch)	Verwachte AO (klinisch)	Complicaties (klinisch)	Ziekteverzuim in dagen*	RTW* (%)
Coming out en Sociale transitie	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	45	84,6
Psychosociale counseling	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	180	85,7
Metadoioplastie	±7 dagen	±6 weken (zwaar fysiek werk)	40% kans; fistels, straalproblemen, infecties	75	100
Falloplastie	7-10 dagen	tot 2 maanden (voorheen 3 mnd)	40% kans; ernstige complicaties, necrose	84	100
Orchidectomie	8-9 dagen	6-8 weken	milde wondproblemen, soms aanvullende heekunde	60	77,8
Vaginoplastie	7-10 dagen	6-8 weken	fistels, dilatatiemoeilijkheden	60	78,6
Hysterectomie + ovariectomie	3-5 dagen	2-4 weken	nabloeding, herstelproblemen	45	100
Borstchirurgie (verwijdering)	n.v.t.	±4-6 weken	wondzorg, pijn	30	93,3
Borstchirurgie (vergroting)	n.v.t.	±4-6 weken	lichte complicaties	14	78,6
Gelaatschirurgie (fem)	n.v.t.	±2-4 weken	zwellings, pijn	29	100
Stemchirurgie (tracheal shaving)	n.v.t.	±1-2 weken	stemvermoeidheid, nood aan rust	7	100

*Zelfrapportage in eerste Belgische mixed methods studie (Van de Cauter et al., 2023). Hormonale therapie werd, hoewel frequent aangegeven, niet opgenomen in deze tabel aangezien het verzuim hierbij laag was. Echter geïnterviewden benadrukten het belang van genderbevestigende hormoontherapie voor hun eigen zelfbeeld en emotionele veranderingen en impact op het beroepsmatig functioneren. Meer onderzoek is nodig om de langetermijneffecten van hormonale behandelingen op sustainable workability te begrijpen voor zowel cisgender als transgender personen ook wat betreft beroepsblootstellingen .

Wist je dat?

Empirisch onderzoek (Aldridge et al., 2021; D'hoore & T'Sjoen 2022) wijst uit dat genderbevestigende hormoontherapie leidt tot een significante vermindering van angst, depressie, psychische stress en suïcidaliteit, en draagt bij aan een verhoogde levenskwaliteit en zelfbeeld. Ook genderbevestigende chirurgie blijkt geassocieerd met verbeterd mentaal welzijn, lagere niveaus van genderdysforie en een positiever lichaamsbeeld. Psychologische ondersteuning neemt een centrale plaats in binnen zowel de voorbereiding als de opvolging van een gendertransitie.

In ons Belgisch mixed methods onderzoek (Van de Cauter et al., 2023, 2025) werd het belang van hormonale behandeling én psychosociale ondersteuning ook benadrukt door de geïnterviewde TGD personen. Deze ondersteuning blijkt niet alleen relevant binnen de zorgcontext, maar ook op de werkvloer, onder andere via collega's, leidinggevenden en vertrouwenspersonen. Steun vanwege arbeidsartsen werd als potentieel zeer waardevol ervaren, al gaven verschillende deelnemers aan dat de toegang tot de arbeidsgeneeskundige dienst vaak moeizaam verliep.

5) Het honeymoon-effect bij werkhervatting

RTW-trajecten van TGD personen verlopen zelden lineair. Onderzoek toont aan dat verschillende emotionele fases elkaar kunnen opvolgen, met bijbehorende risico's en noden (zie kader 2 'Honeymoon-effect' hieronder). Bij terugkeer lijkt het alsof alles vlot loopt, maar dat is soms enkel tijdelijk zo. Na enkele weken kunnen fricties ontstaan: vermoeidheid, sociale spanning, teleurstelling of een hernieuwd besef van structurele barrières. Deze emotionele fluctuaties vragen om een proactieve en gefaseerde opvolging.

We zien drie belangrijke momenten voor opvolging:

- 0-4 weken: Honeymoonfase (cfr kader 2) – TGD personen ervaren veel energie, er is risico op overschatting & behaagdrang;
- ± 3 maanden: optreden van eerste spanningsmomenten – confrontatie met de realiteit, optreden van frictie, ontgoocheling;
- ± 6 maanden: ervaren van een cognitieve-emotionele dip – nood aan herstel door stress, zoeken naar stabiliteit

Het is een goed idee om op die ijkpunten een extra moment in te plannen om op te volgen hoe de TGD persoon zich voelt. Deze opvolging omvat het erkennen en ondersteunen van het positieve momentum, zonder dit te ondermijnen, aangezien het kan bijdragen aan veerkracht en werkmotivatie. Tegelijk is het belangrijk realistische verwachtingen te scheppen, alert te blijven voor eventuele latente kwetsbaarheid en maskering, en voorzichtig te anticiperen op mogelijke latere fluctuaties in welzijn en werkbaarheid.

Kader 2. Het Honeymoon-effect

Honeymoon-effect

Op basis van het doctoraatsonderzoek (single-case study) verwijst het **honeymoon-effect** in de context van werkhervatting (RTW) bij TGD personen die een gendertransitie doormaken, naar een **initiële periode – meestal gaande van de eerste week tot enkele maanden na de terugkeer naar het werk – gekenmerkt door een golf van positieve emoties, motivatie en een verhoogd gevoel van welzijn.**

Kenmerkende aspecten van dit honeymoon-effect zijn:

- **Toegenomen positieve gevoelens**, zoals enthousiasme en energie.
- **Sterke motivatie** om terug aan het werk te gaan en te blijven werken.
- **Een verhoogde perceptie van genderbevestiging op de werkvloer.**
- **Tijdelijk betere sociale contacten en een positief zelfbeeld.**
- Een neiging om een **“people pleaser”** te zijn en **overproductief gedrag** te vertonen, mogelijk gedreven door de drang om hun authenticiteit en beroepswaarde te bewijzen.
- Gevoelens van **“onoverwinnelijkheid”** en een verminderde angst, wat leidt tot meer openheid en zelfvertrouwen. Dit kan echter ook resulteren in **roekeloos gedrag** op vlak van arbeidsveiligheid of het negeren van fysieke grenzen.
- Een mogelijke **“weerstand tegen voorgestelde aanpassingen”**, doordat de persoon tijdens deze fase zijn of haar fysieke belastbaarheid overschat.

Uit onderzoek blijkt dat hoewel deze fase initieel een vlotte terugkeer naar werk kan suggereren, er doorgaans **een terugval optreedt na drie tot zes maanden**. Deze periode wordt soms omschreven als **“the honeymoon is over”**. Tijdens deze fase kunnen ontgoocheling in de werkomgeving, fysieke uitputting, cognitieve en emotionele moeilijkheden, en een verminderd gevoel van genderbevestiging de kop opsteken.

Het honeymoon-effect is dus **een dynamische, maar mogelijk kortstondige periode** waar arbeidsartsen en werkgevers aandacht voor moeten hebben bij de ondersteuning van TGD werknemers tijdens hun werkhervatting. Opvolgplannen en transitiebegeleiding dienen niet alleen deze initiële positieve fase te erkennen, maar ook voorbereid te zijn op een mogelijke daling in welzijn en werkbaarheid. De aanvankelijke positieve gevoelens kunnen onderliggende moeilijkheden maskeren of leiden tot een onhoudbaar werkpatroon.

3.3 De rol van de (arbeids)arts

De (arbeids)arts kan een belangrijke rol spelen bij duurzame werkhervatting. Gestructureerde opvolging, bijvoorbeeld met een RTW-plan, is essentieel voor, tijdens en na afwezigheid en werkhervatting. Een blanco en uitgewerkt RTW-plan is te vinden in [de bundel met praktijkvoorbeelden](#).

Empowerment van cliënten staat centraal in elke interactie. Je kan daar als arts een rol in opnemen door realistische verwachtingen te schetsen en cliënten te motiveren in hun RTW. In een interview gaf een huisarts bijvoorbeeld aan: “Ik heb geprobeerd de cliënt te overtuigen, zo van: het is niet door thuis te blijven dat de zaken vanzelf opgelost geraken.”



Ben je op zoek naar manieren om respectvol ruimte te maken voor genderdiversiteit binnen je praktijk? Domus Medica heeft hiervoor handige tools. Bij de FAQ in hoofdstuk 4 vind je meer informatie!

1) De arbeidsarts als brugfiguur

De (arbeids)arts kan een brug vormen tussen (behandelende) zorgverleners en de werkvloer. Een empathische, toegankelijke en deskundige houding maakt werkhervatting niet alleen mogelijk, maar draagt bij tot een inclusieve werkomgeving waarin TGD personen zich welkom voelen.

De begeleiding houdt ook in dat je patiënten op weg helpt bij het verwerven van kennis over het zorgsysteem en hen wegwijs maakt in beschikbare hulpbronnen. Ga daarbij niet uit van voorkennis, en formuleer informatie helder en laagdrempelig zoals eerder besproken bij de uitdagingen rond complexe gezondheidszorg ([zie 2.1 Werkgerelateerde uitdagingen en drempels](#)).

Enkele aandachtspunten

- Maak jezelf kenbaar. Niet iedereen weet dat hun bedrijf een arbeidsarts voorziet
- Respecteer beroepsgeheim
- Wees voorzichtig met schriftelijke adviezen
- Verken tijdens consultaties het aanwezige steunnetwerk en de verwachtingen op werkvlak
- Stem indien nodig af met andere betrokken zorgverleners

Je kan ook in samenspraak met TGD personen HR-verantwoordelijken of leidinggevendenden suggesties doen voor eenvoudige aanpassingen op het werk:

- Tijdelijke toegang tot eerste hulp of rustruimtes
- Gendersensitieve voorzieningen zoals toiletten of aangepaste kleedruimtes
- Opties om te telewerken
- Ergonomische hulp bij postoperatief herstel of gebruik van kledingstukken die de borst plat drukken
- Uniform/werkkledij: zorg voor genderneutrale opties en keuzevrijheid in pasvorm



Voor meer praktische richtlijnen kan er binnenkort ook verwezen worden naar de Çavaria-brochure "Trans-inclusief werkgeven. Een HR-modelbeleid voor genderdiversiteit op de werkvloer" (nog niet gepubliceerd bij publicatie van deze gids).

2) Doorverwijzen

Je kan als arts niet alles weten of kunnen. Daarom is het belangrijk om indien nodig door te verwijzen naar eerstelijns-, tweedelijns- en derdelijnszorg, genderklinieken of geestelijke gezondheidszorg.

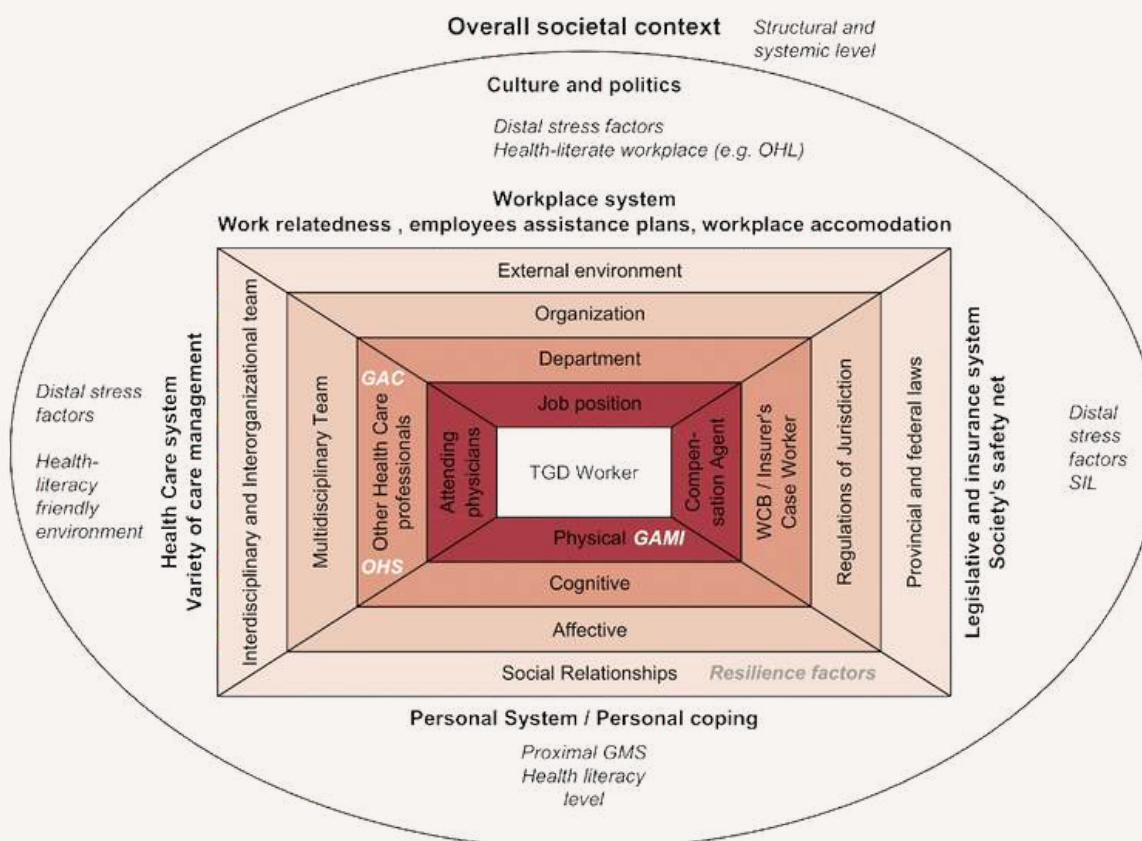
Interdisciplinaire samenwerking is een cruciaal onderdeel van kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Een goede samenwerking tussen de behandelende arts(en), de arbeidsarts, HR-verantwoordelijken en leidinggevendenden is noodzakelijk om de kwaliteit van de zorg en werkhervatting te waarborgen. Binnen zo'n netwerk is het cruciaal dat elke actor zijn rol kent en vanuit wederzijds respect en gedeelde doelen handelt, met aandacht voor de autonomie van de TGD persoon.

Van persoonlijk tot systematisch: factoren die de werkhervatting beïnvloeden

Het traject naar duurzame werkhervatting kan er voor elke TGD persoon anders uitzien. Verschillende medische, culturele, juridische en (psycho)sociale factoren spelen een rol binnen een bredere maatschappelijke context. Ook persoonlijke veerkracht, de mate van genderbevestiging, de werkcontext en ervaring met zorg zijn belangrijk.

Om al die elementen goed te stroomlijnen, zijn overleg, erkenning en timing cruciaal. Om de interactie van die elementen te verbeelden, ontwikkelden we het volgende schema. Dit kader bouwt voort op het werkhervattingsmodel van Loisel et al. (2005), maar met bijkomende elementen specifiek uit het onderzoek bij TGD-personen.

Figuur 2. Loisel et al. (2005), Genderdynamische conceptualisatie van het RTW-model



4.1 Persoonlijke factoren

- **Gezondheidsvaardigheden** zijn essentieel voor TGD personen om hun transitie te navigeren. Wie gezondheidsvaardigheden mist, kan moeite hebben om gepaste zorg en ondersteuning te vinden. Een werkomgeving die gezondheidsvaardigheden stimuleert en zelf ook vertrouwd is met het zorglandschap, is zeer belangrijk.
- **Gender(bevestiging)**: Als je het gevoel hebt dat je je genderbeleving op het werk moet verbergen, raakt dat aan je zelfbeeld en zelfvertrouwen. Authentiek jezelf kunnen zijn op het werk is essentieel om te kunnen floreren.
- **Discriminatie en minderheidsstress** (gender minority stress, [zie hoofdstuk 5](#)): Gendergerelateerde discriminatie, (geïnternaliseerde) transfobie, microagressies en stigma leiden tot chronische stress. Die stress brengt vaak fysieke en mentale gezondheidsklachten mee, wat de werkhervatting bemoeilijkt.
- **Mentaal welzijn en veerkracht**: de uitdagingen die gepaard gaan met sociale transitie en minderheidsstress kunnen leiden tot (tijdelijke) werkonderbrekingen. Daarom zijn positieve copingstrategieën ([zie 5.1](#)), empowerment en veerkracht belangrijk om te stimuleren.

4.2 Werkgebonden factoren

- **Ondersteunende werkomgeving en beleid**: een ondersteunend beleid en empathische collega's met ruimte voor flexibiliteit, een centraal aanspreekpunt en duidelijke, inclusieve richtlijnen zijn belangrijk voor een duurzame transitie op het werk.
- **Inclusieve taal en cultuur**: onderzoek (Perales et al., 2022) toont dat een inclusieve werkcultuur bijdraagt tot het welzijn van TGD werknemers. Een inclusieve werkplek creëren, vraagt inzet en gedeelde verantwoordelijkheid. Denk bijvoorbeeld aan het gebruik van inclusieve taal of het voorzien van gendersensitief sanitair.

- **Bekwame leidinggevenden:** ondersteuning van managers die vertrouwd zijn met RTW-strategieën en basiskennis hebben van (gender)diversiteit zijn sleutelfiguren voor een succesvolle en duurzame werkhervatting.
- **Werkaanpassingen:** dat kan gaan van een geleidelijke terugkeer of flexibele uren tot een (tijdelijk) minder belastend takenpakket.
- **Beroepskenmerken/functie:** De aard van het werk, de anciënniteit, het statuut en arbeidscontract van de persoon kunnen hun ervaring met werkhervatting beïnvloeden. Volgens ons onderzoek (Van de Cauter et al., 2023) worden sommige statuten of contracttypes gelinkt met meer of minder vrijheden en respect. Bijv. iemand met een hogere positie heeft meer flexibiliteit om een afspraak tijdens de werkuren te plannen dan iemand in een ondergeschikte job.

4.3 Factoren binnen het zorgsysteem

- **Onvoldoende kennis van trajecten en procedures:** TGD personen weten niet altijd welke ondersteuning ze kunnen krijgen of welke zorgtrajecten er bestaan. Ook de administratieve procedures rond ziekteverzekering en sociale zekerheid na (langdurige) afwezigheid zijn vaak complex.
- **Beschikbaarheid van informatie en hulpmiddelen:** er is nood aan toegankelijke en gecentraliseerde informatie over werkonderbrekingen en RTW-processen in verband met gendersensitieve zorg. Arbeidsartsen kunnen hierbij een signaalfunctie opnemen door cliënten gericht door te verwijzen naar ondersteunende diensten (bijv. de I/EDPBW).
- **Rol van arbeidsartsen:** arbeidsartsen kunnen TGD personen ondersteunen tijdens transitie en werkhervatting, door informatie en begeleiding te bieden en communicatie tussen werknemer en werkgever te faciliteren. Er is echter nood aan meer bewustwording en opleiding over gendertransitie en gendersensitieve zorg. Een centraal aanspreekpunt of liaison binnen de arbeidsgeneeskundige diensten kan hierbij helpen.

- **Multidisciplinaire samenwerking:** een holistische aanpak met betrokkenheid van verschillende zorgprofessionals en stakeholders is nodig voor een goed herstel en duurzame terugkeer naar werk. De TGD persoon staat daarbij centraal. Een vlotte samenwerking tussen genderklinieken, RTW-coördinatoren, I/EDPBW's en arbeidsartsen is dus essentieel.

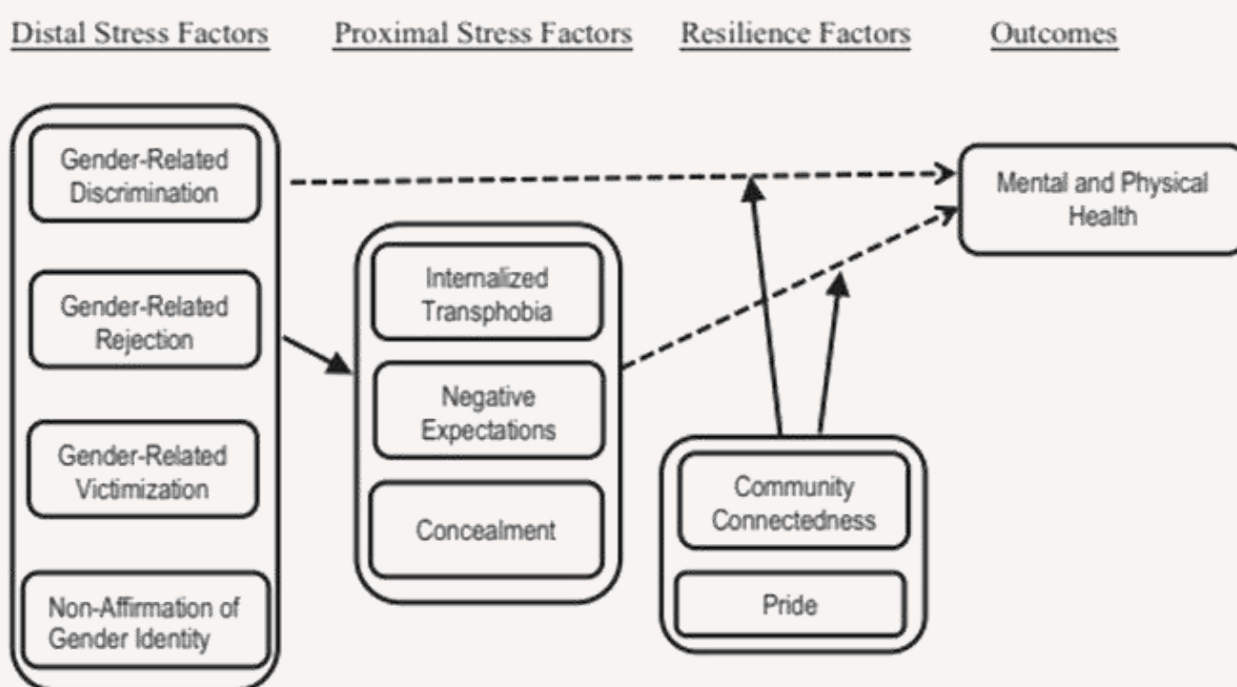


De interactie tussen de verschillende factoren en actoren bepaalt hoe succesvol het herstel en de werkhervatting van TGD personen verloopt.

Een TGD persoon met goede gezondheidsvaardigheden die werkt in een ondersteunende en inclusieve context én toegang heeft tot genderbevestigende zorg én tot een goed geïnformeerde arbeidsarts, zal hoogstwaarschijnlijk vlotter opnieuw aan het werk raken dan iemand die één of meerdere van die bouwstenen mist.

Copingstrategieën: tussen veerkracht en overbelasting

Figuur 3. Testa et al. (2015), Factors in the gender minority stress framework
(Dashed line = inverse relationships)



Tijdens de gendertransitie en werkhervatting maken TGD personen gebruik van verschillende copingmechanismen om zich staande te houden in een vaak onzekere en niet-inclusieve context. Het Gender Minority Stress model (Hendricks & Testa, 2012; Testa et al., 2015) beschouwt copingstrategieën als cruciale interne hulpmiddelen die de negatieve effecten van minderheidsstress kunnen dempen. Ook RTW-onderzoek in andere contexten (medisch, psychosociaal) benadrukt het belang van copingstrategieën. Het gerapporteerde copinggedrag bij TGD personen tijdens RTW komt ook overeen met bevindingen uit breder onderzoek over copinggedrag bij cisgender personen.

Het gerapporteerde copinggedrag bij TGD personen tijdens RTW (zie tabel 3) sluit aan bij bevindingen uit de algemene literatuur over coping bij werkhervatting, waar gelijkaardige strategieën beschreven worden bij cisgender personen (Loisel et al., 2005; Wadell et al., 2004, 2006; Stewart et al., 2012).

Copingmechanismen kunnen veranderen onder invloed van tijd, context en genderbevestiging. Zo kan iemand die in eerste instantie overcompenseert door harder te werken en extreem sociaal te zijn, zich later juist afzonderen.

Soms bieden die strategieën tijdelijk houvast, maar op langere termijn dragen ze niet altijd bij aan het welzijn of aan duurzame werkhervatting.

5.1 Copingmechanismen opvolgen als (arbeids)arts

De copingstrategieën die TGD personen hanteren, ontwikkelen zich in interactie met hun sociale context, ook in hun zorgrelaties met artsen. Inzicht in het dynamische karakter van coping en de specifieke uitdagingen van TGD personen is essentieel om ondersteuning te bieden.

Wist je dat?

Recent Belgisch onderzoek (Van de Cauter et al., 2021, 2023, 2025) toont dat TGD personen doorgaans proberen om zich aan te passen aan de werkomgeving. Ze streven naar acceptatie en erkenning en zetten zich in om anderen tevreden te stellen ter bevordering van sociale steun en jobzekerheid, vaak ten koste van hun eigen welzijn.

Welke copingstrategieën mensen gebruiken, wordt onder andere beïnvloed door ervaringen uit de kindertijd en verdere levensloop. Ook de invloed van ouders en andere persoonlijkheidskenmerken spelen een rol. Tabel 3 biedt een overzicht.

Tabel 3. Van de Cauter et al. (2021, 2023, 2025), Overzicht gerapporteerde copingstijlen door TGD personen voor, tijdens en na transitie

Type coping	Beschrijving	Voorbeeld
Constructieve coping	Proactieve zelfzorg, zoeken van steun, open communicatie.	Gesprek met vertrouwenspersoon, vragen om aangepaste planning.
Emotionele coping	Emoties beheren en reguleren in reactie op stressfactoren. Zoals hierboven beschreven kan ook emotieregulatie (mal)adaptief toegepast worden. Rationaliseren en gebruik van humor werden ook gerapporteerd en kunnen bijdragen tot veerkracht.	Adaptief: zelfzorg en 'mood repair' via rationaliseren en gebruik van humor.
Overcompenseren	Zich extra hard inzetten om negatieve verwachtingen te weerleggen en te compenseren, bijvoorbeeld voor afwezigheid door genderbevestigende zorg.	Maladaptief: piekeren, catastroferen en emoties onderdrukken.
Vermijden	Proberen stress te negeren of tijdelijk te verlichten. Kan zowel adaptief/effectief als maladaptief uitdraaien.	Maladaptief: Geen vragen stellen over rechten, vermijden van contact met leidinggevende, emotioneel of sociaal terugtrekken, confrontatie vermijden, middelenmisbruik. Adaptief: zorgvuldig 'timen' van moeilijke gesprekken; negatieve collega's ontwijken om escalatie te vermijden; ontspanning zoeken via bijv. yoga of sport; geleidelijke coming-out toepassen.
"People pleasing"	Gedrag afstemmen op vermeende verwachtingen van anderen, uit angst voor afwijzing.	Altijd instemmen met voorstellen van werkgever, ook als ze niet haalbaar zijn.

Wist je dat?

De perceptie van transitie is zeer individueel: voor sommige geïnterviewden is dit oneindig (vooral sociale transitie) terwijl anderen dit beschouwen als eindig na bepaalde stappen. Zo beschouwde 72,6% van onze vragenlijst-respondenten hun transitie als 'nog niet voltooid' (Van de Caeter et al., 2023).

5.2 Invloed van coping op welzijn en werk(hervatting)

De keuze en effectiviteit van copingstrategieën hebben een grote invloed op het welzijn en de werkhervatting van TGD personen. Factoren op de werkvloer, zoals de reacties van collega's en de werkcultuur, beïnvloeden hun copingstrategieën. Negatieve werkervaringen kunnen leiden tot onaangepaste coping. Die kunnen op hun beurt bijdragen aan problemen zoals het overwegen van ontslag of gevoelens van vervreemding.

Op basis van het doctoraatsonderzoek (Van de Caeter, 2024) raden wij arbeidsartsen aan om de copingstijlen van TGD werknemers te evalueren tijdens formele en informele consultaties. Dat kan in samenwerking met psychosociale preventieadviseurs om passende interventies te ontwikkelen. Ook kan je copingmechanismen registreren wanneer je het vlaggensysteem toepast dat we in het volgende hoofdstuk bespreken.

Gendersensitieve consultaties: een leidraad

Wat doe je nu best wanneer je in contact komt met TGD werknemers die zich voorbereiden op of bezig zijn met een transitie of werkhervatting? Hoe ziet zo'n consult eruit, en welke tools kan je gebruiken? In dit hoofdstuk geven we je enkele algemene principes mee, net als concreet taal- en communicatieadvies. We leggen ook uit wat het vlaggensysteem is en hoe je dat kan gebruiken in de praktijk.

“Ik vraag mij af, zowel van het perspectief van werkgever, collega, werknemer, als arbeidsarts. Wat is de houding die dat je best kunt aannemen in zulke situaties?”

— arbeidsarts, focusgroepstudie

6.1 Algemeen advies



1) Voorbereiding en het eerste contact

De manier waarop je als arts het eerste contact aangaat, zet de toon voor het hele gesprek en de verdere begeleiding/opvolging. Probeer vertrouwen op te bouwen: TGD personen voelen zich vaker dan cis personen kwetsbaar in medische en professionele contexten. Stel je open en aanspreekbaar op: je kan een bondgenoot zijn. Houd de communicatie professioneel en respectvol, zonder te medicaliseren, te problematiseren of onnodige vragen te stellen uit ongezonde nieuwsgierigheid.

Probeer ruimte te maken voor zelfreflectie. Stel jezelf de vraag: welke (impliciete) overtuigingen neem je zelf mee in het gesprek? En welke informatie/thema's zijn belangrijk voor de kwaliteit van mijn zorgverlening?



2) Informatie verzamelen en de context verkennen

Een goede inschatting van de situatie begint met vragen stellen: hoe ervaart de werknemer de terugkeer? Wat is de link met eventuele genderbevestigende zorg? Heeft de werknemer al een overleg gehad met de werkgever? Dit is ook een goed moment om mee te geven wat jouw rol als arbeidsarts is, of bij welke andere diensten of personen de werknemer terecht kan.



3) Een plan voor werkhervatting opstellen in overleg

Samen met de werknemer kan je een Return-to-Work-plan opstellen. Vertrek hierbij zo veel mogelijk vanuit de noden en mogelijkheden van de werknemer. Soms kadert zo'n plan binnen een breder transitieplan op de werkvloer, maar dat hoeft niet altijd. Een gefaseerde opbouw van werkuren of taken kan helpen, zeker na medische ingrepen of bij verhoogde psychische belasting. Ook afspraken over infrastructuur of over communicatie met collega's kunnen deel uitmaken van het gesprek. Het is daarbij aangewezen om af te stemmen op eventuele afspraken die de werknemer al met de leidinggevende of HR maakte, zodat het plan coherent blijft en dubbele belastingen vermeden worden.

In de bundel met [praktijkvoorbeelden](#) vind je een blanco sjabloon om een Return-to-Work-plan op te stellen en een toepassing van zo een plan uit de realiteit.

Probeer tijdens het opstellen van een plan alert te blijven voor subtiele aannames over wat zogenaamd 'licht' of 'passend' werk zou zijn. Wat haalbaar is, verschilt immers van persoon tot persoon en hangt ook af van de werkcontext. Sommigen vinden het fijn om tijdelijk te focussen op administratieve of autonome taken, anderen hebben net nood aan sociaal contact of herkenning.

In overleg en met toestemming van de cliënt, kan het waardevol zijn om andere betrokkenen zoals HR, een behandelend arts of iemand uit het genderzorgteam in het traject te betrekken.



4) Opvolging op lange termijn

Opvolging blijft ook na effectieve werkhervatting cruciaal. Regelmatige consultaties om op te volgen kunnen helpen om signalen van overbelasting, stagnerend herstel of psychosociale uitputting tijdig op te vangen. Je kan deze consultaties ook een plekje geven in het Return-to-Work-plan dat je samen opstelt. In complexere situaties – zoals bij terugkerende conflicten of jobonzekerheid – kunnen trajecten rond jobcrafting, coaching of bijscholing aangewezen zijn.



5) Blijf bijleren en deel kennis

Tot slot: leren omgaan met genderdiversiteit is een voortdurend proces. Regelmatige bijscholing en kennis delen met collega's binnen en buiten de arbeidsgeneeskundige sector, zorgt voor meer consistente en kwaliteitsvolle ondersteuning van TGD werknemers.

6.2 Gendersensitief taaladvies bij consultaties

Taal is een krachtig instrument. Door bewuste keuzes te maken in hoe je aanspreekt, luistert en noteert, draag je als arts bij aan een zorgomgeving waar elke persoon – cisgender of transgender – zich erkend en veilig voelt. Ook wanneer genderidentiteit niet expliciet ter sprake komt, maakt een kleine aanpassing in taalgebruik een groot verschil. Met deze taaladviezen kom je al een heel eind.

Deel spontaan je eigen voornaamwoorden



Door spontaan je voornaamwoorden te benoemen, normaliseer je genderdiversiteit en creëer je een veilige ruimte voor alle cliënten. Je toont respect en openheid, zonder iemand te labelen. Dat doe je best bij elk consult, ongeacht je vermoeden over iemands genderidentiteit.

- Voorbeeldzinnen: "Hallo, ik ben dokter Verbeke, zij/haar. Hoe mag ik jou aanspreken?" "Ik gebruik zelf 'zij/haar' als voornaamwoorden. Laat gerust weten wat jij verkiest."
- Wees voorbereid om toe te lichten waarom je je voornaamwoorden deelt. Bijvoorbeeld: "Ik geef mijn voornaamwoorden mee omdat ik vind dat iedereen zich veilig en erkend mag voelen, los van genderidentiteit."



Wees voorzichtig met veronderstellingen



Vermoed je dat iemand een TGD persoon is? Wees dan extra bewust van je taalgebruik, maar vermijd directe vragen of veronderstellingen. De persoon bepaalt zelf of en wanneer die hierover iets deelt. Gebruik "die persoon" in plaats van "die man/vrouw" als je iemands genderbeleving niet zeker weet. Spreek over "partner" en niet over "man/vrouw" in relatievragen. Verkiest de term 'ouderschapsverlof' boven moeder/vaderschapsverlof.

Respecteer de privacy



Informatie over genderidentiteit mag nooit gedeeld worden met de werkgever zonder expliciete toestemming van de werknemer.

Noteer genderidentiteit en voorkeuren enkel in het medisch dossier indien relevant voor de begeleiding, en met toestemming.

Corrigeer misgendering op een respectvolle manier



Een fout maken is menselijk. Het belangrijkste is hoe je reageert: Herstel kort en correct: "Sorry, ik bedoelde zij." Ga niet uitgebreid in op je fout: hou de focus op de persoon.

6.3 Het vlaggensysteem

1) Wat is het vlaggensysteem?

Het vlaggensysteem is een tool die helpt om snel zicht te krijgen op factoren die het RTW-traject van TGD personen kunnen beïnvloeden. Het model is geïnspireerd op bestaande RTW-benaderingen bij musculoskeletale en mentale aandoeningen, maar aangepast aan de specifieke context van gendertransitie. Waar traditionele vlaggensystemen vooral focussen op psychosociale risico's, voegt dit systeem ook gendergerelateerde en institutionele signalen toe — zoals stigmatisering, deadnaming of genderdysforie op de werkvloer. Elke vlag verwijst naar een type signaal dat relevant kan zijn tijdens een werkhervattingstraject.

Tabel 4. Principles of the color-coded flag system to identify risk factors during clinical assessment (Kendall et al., 1998; Main, 2008; Shaw et al., 2009; Van Wambeke et al., 2019; Nicholas et al., 2011)

Kleur	Type signaal	Voorbeelden
Rood	Medisch	Pijn, infecties, postoperatieve beperkingen
Oranje	Psychologisch/psychiatrisch	Angst, depressie, suïcidaliteit, PTSS
Geel	Cognitief/gedrag patronen	Vermijdingsgedrag, piekeren, overcontrole, perfectionisme
Groen	Beschermende factoren	Steun van partner, open werkklimaat, proactieve coping
Blauw	Werkcontext	Onveilige werksfeer, deadnaming, afwezig beleid rond transitie
Zwart	Systeem/structureel	Geen ziekteverzekering, weigering mutualiteit, onduidelijk juridisch statuut



- De kleuren zijn niet bedoeld als oordeel, maar als houvast bij het inschatten van risico's en ondersteuningsnaden.
- Je hoeft niet systematisch alle vlaggen af te vinken, maar het kader helpt je wel om verder te denken dan enkel de medische dimensie.

2) Wanneer gebruik je het vlaggensysteem?

- **Bij een intakegesprek of eerste contact rond transitie / afwezigheid:** om het volledige plaatje in kaart te brengen.
- **Tijdens de werkhervatting of bij een opvolgend gesprek:** om te monitoren hoe de signalen evolueren
- **Bij terugval, stagnatie of twijfel over arbeidsgeschiktheid:** om na te gaan welke drempels nog spelen.

3) Hoe gebruik je het vlaggensysteem stap voor stap?


Het vlaggensysteem helpt niet alleen om signalen te detecteren, maar ook om deze systematisch te koppelen aan mogelijke acties. Zo wordt duidelijk wat binnen de rol van de arts valt en wat beter doorverwezen wordt

STAP 1

SIGNALEN DETECTEREN



Luister breed, niet alleen medisch. Gebruik open vragen zoals: "Hoe ervaar je momenteel je werk?", "Zijn er dingen die het moeilijk maken om terug te keren?"

 Vraag niet alleen naar hindernissen, maar ook naar ondersteunende factoren (bv. steun van collega's, positieve ervaringen, persoonlijke veerkracht). Dit helpt om een volledig beeld te krijgen van de situatie en de beschikbare hulpbronnen.

STAP 2

DEFINIEER DE SIGNALEN AAN DE HAND VAN DE VLAGGEN



Welke vlag past bij welke signalen? Herken je elementen die wijzen op psychische, sociale of structurele drempels?

STAP 3

KOPPEL VLAGGEN AAN MOGELIJKE ACTIES



Bepaal je rol als arts. Kan je begeleiden of moet je doorverwijzen? Bespreek volgende stappen met de cliënt en/of andere actoren. Bespreek samen wat haalbaar is.

Bijvoorbeeld:

- **Rood** → extra wondzorg / pijncontrole / overleg chirurg - kinesitherapie
- **Geel** → psycho-educatie of cognitieve ondersteuning
- **Blauw** → overleg met arbeidsarts over werkomgeving

STAP 4

NOTEER DE VLAGGEN EN ACTIES IN HET (MEDISCH - ELEKTRONISCH) DOSSIER



In de bundel met praktijkvoorbeelden vind je deze uitleg mét toepassingen van het vlaggensysteem op verschillende casussen uit de realiteit.

Veelgestelde vragen

Hier vind je het antwoord op enkele veelgestelde vragen die betrekking hebben op de begeleiding van TGD personen in een arbeidsgeneeskundige context.

1) Hoe weet ik of een werknemer/cliënt een TGD persoon is?

Je kunt níét zien of iemand een transgender of genderdivers persoon is. Het is goed mogelijk dat je een TGD werknemer/cliënt begeleidt zonder dat je dat weet. Je kan iemands genderbeleving nooit bepalen puur op basis van iemands naam, uiterlijk of gedrag.

Een coming-out is een persoonlijke beslissing: je kenbaar maken als TGD persoon is niet vanzelfsprekend, zeker niet in een werkomgeving. Of, wanneer en hoe iemand wil delen dat die transgender of genderdivers is, kan die persoon enkel zelf bepalen. Als arbeidsarts kun je daar natuurlijk wel bij ondersteunen of begeleiden indien gewenst.

Wist je dat?

In een Belgische bevraging (Cramers, 2021) uit 2019 gaf ongeveer één op drie TGD personen aan hun genderidentiteit níét openlijk te uiten op het werk. Toch bleek uit ons eigen onderzoek (Van de Cauter et al., 2023) bij 128 Belgische TGD personen dat net die sociale transitie, inclusief coming-out, een positieve invloed kan hebben op werktevredenheid.

2) Hoe communiceer ik met andere zorgprofessionals over een TGD cliënt?

Het spreekt ondertussen misschien voor zich: gebruik de gekozen naam en correcte voornaamwoorden. Zorg er ook voor dat je de cliënt steeds betreft en informeert wanneer je informatie deelt met derden

Checklist: Communicatie met andere zorgprofessionals

Vragen voor jezelf	✓ / X	Acties
Heeft de cliënt een gekozen naam en voornaamwoorden geuit?		Noteer deze info in het medisch dossier op een zichtbare maar vertrouwelijke manier.
Heeft de cliënt toestemming gegeven om deze naam/voornaamwoorden te gebruiken bij derden?		Vraag expliciet toestemming (bv. "Mag ik jouw gekozen naam ook gebruiken bij collega's of andere artsen?")
Is het voor de communicatie met deze derde noodzakelijk om de niet-gekozen, 'officiële' naam te gebruiken (bv. administratief/verzekering)?		Overweeg dubbele vermelding: "Gekozen naam (officieel: officiële naam)" enkel indien wettelijk vereist.
Weet de andere zorgprofessional al van de gendertransitie?		Bij twijfel: gebruik met toestemming van de cliënt de gekozen naam met korte duiding, bv. "A (gewenste naam, gebruikt hij/hem)."
Wordt de cliënt correct benoemd door deze zorgprofessional?		Indien niet: corrigeer discreet en collegiaal: "Ter info, gebruikt de naam [gekozen naam] en de voornaamwoorden [die/diens]."
Is er een sociaal of medisch transitieplan opgemaakt?		Verwijs ernaar in de communicatie of voeg het toe als bijlage (mits toestemming).
Is het risico op 'outen' in de communicatie aanwezig?		Indien ja: overleg met de cliënt hoe dit veilig en correct kan gebeuren.

3) Hoe spreek je een werknemer aan zonder hen te outen bij de werkgever?

Bij een oproep in de wachtzaal:

Gebruik enkel de achternaam of een algemene oproep: "Volgende, alstublieft".

In vertrouwelijk contact met de werknemer (onder vier ogen):

Informeer op een respectvolle manier naar de gewenste aanspreekvormen. Vragen zoals "Hoe mag ik u aanspreken?" of "Welke voornaam en voornaamwoorden gebruikt u graag op de werkvloer?" zijn nuttig.

Je kan de voorkeuren van de werknemer noteren in persoonlijke notities, maar probeer discreet te zijn. Niet alle informatie moet formeel geregistreerd worden.

In aanwezigheid van de werkgever:

Je gebruikt doorgaans best de naam die bij de werkgever bekend is. Tenzij de werknemer op voorhand expliciet toestemming heeft gegeven om een andere naam te gebruiken. In situaties waarin je twijfelt, kan je kiezen voor neutrale aanduidingen zoals "de werknemer" of "de collega", of eventueel voor initialen of een roepnaam.

In dossiers of communicatie:

Gebruik zo veel mogelijk functionele beschrijvingen en neutrale formuleringen in attesten of adviezen. Bijvoorbeeld: "Deze werknemer kan het werk hervatten mits volgende aanpassingen...". Vermijd verwijzingen naar transitie, genderbevestigende zorg en voorgeschiedenis, tenzij absoluut noodzakelijk én met toestemming.



Digitale systemen: Het is nuttig om na te gaan of uw medisch softwarepakket van de I/EDPBW een apart veld toelaat voor roepnaam / sociale naam.

Overweeg waar relevant om een discrete notitie toe te voegen. Bijvoorbeeld: "Deze werknemer vraagt om met X aangesproken te worden." Verifieer of attesten en brieven de correcte naam dragen.

4) Wat doe ik met het Formulier voor Gezondheidsbeoordeling?

Veel standaardformulieren nemen de naam en het geslacht automatisch over uit het Rijksregister. Dat kan leiden tot deadnaming of foutieve aanduidingen wanneer de werknemer juridisch nog geen aanpassing heeft doorgevoerd.

In de bundel met praktijkvoorbeelden vind je een sjabloon voor een Formulier voor Gezondheidsbeoordeling dat we genderinclusief maakten. Dit kan je voor al je cliënten gebruiken, zo creëer je een genderinclusieve cultuur.

5) Hoe breng ik het gesprek over genderinclusie aan bij een werkgever?

Arbeidsartsen kunnen een waardevolle rol spelen in het bespreekbaar maken van genderinclusieve werkplekken. Weet dat je er niet alleen voor staat: je kan leunen op bestaande juridische kaders en inzichten over werkhervatting en inclusie.

Mogelijke ingangen voor een gesprek zijn:

- Verwijs naar het preventiebeleid, waaronder ook psychosociaal welzijn en non-discriminatie vallen (cfr. Codex Welzijn op het Werk).
- Benadruk dat een duidelijk en inclusief beleid het gevoel van veiligheid en ondersteuning op de werkvloer versterkt. Dat is positief voor het welzijn en de werkcontinuïteit van alle werknemers.
- Kader het onderwerp binnen bredere thema's zoals psychosociaal welzijn, burn-outpreventie en werkbaar werk.

Literatuur

Arijs, Q., Burgwal, A., Van Wiele, J., & Motmans, J. (2023). The Price to Pay for Being Yourself: Experiences of Microaggressions among Non-Binary and Genderqueer (NBGQ) Youth. *Healthcare*, 11(5), 742. <https://doi.org/10.3390/healthcare11050742>

Bockting, W. O., Miner, M. H., Romine, R. E. S., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103*(5), 943–951. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>

Burgwal, A., & Motmans, J. (2021). Trans and gender diverse people's experiences and evaluations with general and trans-specific healthcare services: A cross-sectional survey. *International Journal of Impotence Research*, 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00432-9>

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., ... & Winter, S. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23*(Suppl. 1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644> [<https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>]

Cramers, K. (2021). 4 in 10 of Belgian transgender employees have quit their job due to an unwelcoming environment. Stepstone.Be. <https://www.stepstone.be/about-us/press-room/4-10-belgian-transgender-employees-quit-job-due-unwelcoming-environment/>

Davidson, S. (2016). Gender inequality: Nonbinary transgender people in the workplace. *Cogent Social Sciences*, 2(1). Scopus. <https://doi.org/10.1080/23311886.2016.1236511>

Dierckx, M., Meier, P., & Motmans, J. (2017). Beyond the box: A comprehensive study of sexist, homophobic, and transphobic attitudes among the Belgian population.

Drydakis, N. (2017). Trans employees, transitioning, and job satisfaction. *Journal of Vocational Behavior*, 98, 1–16

Falck, F., & Bränström, R. (2023). Disparities in health-seeking behavior between transgender and cisgender populations: A population-based study. *BMC Public Health*, 23*(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15102-2>(<https://doi.org/10.1186/s12889-023-15102-2>)

Goryunova, E., Schwartz, A. K., & Turesky, E. F. (2022). Exploring workplace experiences of transgender individuals in the USA. *Gender in Management: An International Journal*, 37(6), 732–750. <https://doi.org/10.1108/GM-02-2020-0055>

Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: A prospective study. *American Journal of Public Health*, 100*(3), 452–459. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.164681>(<https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.164681>)

Hatzenbuehler, M. L., & Pachankis, J. E. (2016). Stigma and minority stress as social determinants of health among sexual minority youth: Research evidence and clinical implications. *Pediatric Clinics of North America*, 63*(6), 985–997. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.003>

Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>

Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., Van Tulder, M., & Webster, B. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 507–524. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8031-2>

Hughto, J. M. W., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, 147*, 222–231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>

McEwen, B. S. (2004). Protection and damage from acute and chronic stress: Allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1196/annals.1314.001>

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129*(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

Ross, M. W., Choi, K. H., & Danilenko, G. (2023). Health disparities among transgender individuals: Risk factors and resilience. *Social Science & Medicine*, 317*, 115597. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115597>

Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: Psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1*(1), 607–628. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>

Singh, A. A. (2013). Transgender youth of color and resilience: Negotiating oppression and finding support. *Sex Roles*, 68*(11–12), 690–702. <https://doi.org/10.1007/s11199-012-0149-z> (<https://doi.org/10.1007/s11199-012-0149-z>)

Su, D., Irwin, J. A., Fisher, C., Ramos, A., Kelley, M., Mendoza, D. A. R., & Coleman, J. D. (2016). Mental health disparities within the LGBT population: A comparison between transgender and nontransgender individuals. *Transgender Health*, 1*(1), 12–20. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0001>(<https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0001>)

Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>

Van de Cauter, J. (2024). Understanding gender dynamics in return to work of transgender and gender diverse people [Doctoral dissertation, Ghent University]. <https://hdl.handle.net/1854/LU-01J1VTXG04HTBRV7BT143DQTC4>

Van de Cauter, J., Motmans, J., Van de Velde, D., & Braeckman, L. (2025). Understanding sustainable return to work during gender transition, a (mixed method) diary-based single-case study of a transgender woman: Spiegel im spiegel. *International Journal of Transgender Health*, 1–28. <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2447754>

Van de Cauter, J., Van de Velde, D., Motmans, J., Clays, E., & Braeckman, L. (2023). Exploring work absences and return to work during social transition and following gender-affirming care, a mixed-methods approach: 'Bridging support actors through literacy.' *Journal of Occupational Rehabilitation*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10926-023-10139-x>

Van de Cauter, J., Van Schoorisse, H., Van de Velde, D., Motmans, J., & Braeckman, L. (2021). Return to work of transgender people: A systematic review through the blender of occupational health. PLOS ONE, 16(11), e0259206. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259206>

Yavorsky, J. E. (2016). Cisgendered organizations: Trans women and inequality in the workplace. Sociological Forum, 31(4), 948–969. <https://doi.org/10.1111/socf.12291>

Warren, J. C., Smalley, K. B., & Barefoot, K. N. (2016). Perceived LGBTQ-specific microaggressions in healthcare and their relationship to mental health. *LGBT Health, 3*(6), 379–384. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0151>

Figuur, kader, tabel

Figuur 1. De Genderkoek. Çavaria. (2024). Geraadpleegd van https://cavaria.be/sites/default/files/bijlagen/genderkoek_2024.pdf

Figuur 2. Genderdynamische conceptualisatie van het RTW-model. Loisel, P., et al. (2005). Gebaseerd op het project RTW of TGD people.

Figuur 3. Factors in the gender minority stress framework. Testa, R. J., et al. (2015). Reprinted with permission (n° 501887078).

Kader 1. Drie routes naar een medische transitie. Transgender Infopunt. (z.j.). Geraadpleegd van <https://www.transgenderinfo.be/nl/transgenderzorg/volwassenen/overzicht-zorgtraject-volwassenen>

Kader 2. Het Honeymoon-effect. Van de Cauter, J., Motmans, J., Van de Velde, D., & Braeckman, L. (2025). Understanding sustainable return to work during gender transition, a (mixed method) diary-based single-case study of a transgender woman: Spiegel im spiegel. International Journal of Transgender Health, 1–28. <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2447754>

Tabel 1. Domeinen van genderbevestiging en gevolgen voor welzijn.

Sociaal domein

Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. S. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 545–557. <https://doi.org/10.1037/a0031774>

McLemore, K. A. (2015). Experiences with misgendering: Identity misclassification of transgender spectrum individuals. *Self and Identity*, 14(1), 51–74. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.950691>

Van de Cauter, J., Motmans, J., & T'sjoen, G. (2021). Transgender and gender diverse persons' experiences of return to work after medical transition in Belgium: A qualitative study. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 447–463. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841059>

Psychologisch domein

Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943–951. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301140>

Tebbe, E. A., & Budge, S. L. (2022). Factors that drive mental health disparities and promote well-being in transgender and nonbinary people. *Nature Reviews Psychology*, 1(12), Article 12. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00109-0>

Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(1), 65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>

Van de Cauter, J. (2023). Understanding gender dynamics in return to work of transgender and gender diverse people (Doctoraatsthesis, Universiteit Gent). Universiteit Gent.

Medisch domein

Motmans, J., Wyverkens, E., Dierckx, M., Defreyne, J., Van Caenegem, E., Wierckx, K., & T'Sjoen, G. (2019). Healthcare and wellbeing of transgender people in Belgium: Results from the Transgender Survey. Ghent University & Institute for the Equality of Women and Men

Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214–231. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x>

T'Sjoen, G., & Motmans, J. (2022). Integrating transgender care into mainstream medicine—An essay by Guy T'Sjoen and Joz Motmans. *BMJ*, 379, o1949. <https://doi.org/10.1136/bmj.o1949>

Van de Caeter, J., Van Schoorisse, H., Van de Velde, D., Motmans, J., & Braeckman, L. (2021). Return to work of transgender people: A systematic review through the blender of occupational health. *PLOS ONE*, 16(11), e0259206. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259206>

Van de Caeter, J., Van de Velde, D., Motmans, J., Clays, E., & Braeckman, L. (2023). Exploring work absences and return to work during social transition and following gender-affirming care, a mixed-methods approach: 'Bridging support actors through literacy.' *Journal of Occupational Rehabilitation*. Advance online publication.

Tabel 2. Complicaties en arbeidsongeschiktheid na heelkunde gebaseerd op klinische informatie versus Belgische zelfgerapporteerde gegevens. *Transgender Infopunt (2017–2024)*, Universitair Medisch Centrum Amsterdam (2024); Van de Caeter, J., et al. (2023).

Tabel 3. Overzicht gerapporteerde copingstijlen door TGD personen voor, tijdens en na transitie. Van de Caeter, J., et al. (2021, 2023, 2025).

Tabel 4. Het vlaggensysteem.

Kendall, N. A. S., Linton, S. J., & Main, C. (1998). Psychosocial yellow flags for acute low back pain: 'Yellow flags' as an analogue to 'Red Flags.' *European Journal of Pain*, 2(1), 87–89. [https://doi.org/10.1016/S1090-3801\(98\)90050-7](https://doi.org/10.1016/S1090-3801(98)90050-7)

Shaw, W. S., van der Windt, D. A., Main, C. J., Loisel, P., Linton, S. J., & the "Decade of the Flags" Working Group. (2009). Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors ("Blue Flags") in back disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(1), 64–80. <https://doi.org/10.1007/s10926-008-9159-7>

Van Wambeke, P., Desomer, A., Ailliet, L., Berquin, A., Dumoulin, C., Depreitere, B., Dewachter, J., Dolphens, M., & Jonckheer, P. (2019, March 5). Richtlijn rond lage rugpijn en radiculare pijn – Samenvatting. Good Clinical Practice (GCP). Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). <https://kce.fgov.be/nl/publicaties/newsletter/kce-en-huisarts-07/een-klinische-richtlijn-rond-lage-rugpijn>

Nicholas, M. K., Linton, S. J., Watson, P. J., Main, C. J., & the “Decade of the Flags” Working Group. (2011). Early identification and management of psychological risk factors (“Yellow Flags”) in patients with low back pain: A reappraisal. *Physical Therapy*, 91(5), 737–753. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100224>