

Doctoraatsonderzoek en eindrapport “Understanding Gender Dynamics in Return to Work of Transgender and Gender Diverse People” en de hulpguidsen

Auteur: Dr. Joy Van de Cauter

Promotor: Prof. Dr. Lutgart Braeckman – Universiteit Gent, vakgroep Eerstelijnszorg en Volksgezondheid

Periode: 2019–2024

1. Inleiding

De laatste 20 jaar groeit in België en Europa het bewustzijn dat werk een fundamentele pijler is van gezondheid en maatschappelijke participatie. Tegelijk is er steeds meer aandacht voor genderdiversiteit als realiteit in de samenleving. Transgender en genderdiverse personen (TGD)¹ zijn vandaag aanwezig in zowat elke sector, maar hun trajecten naar en tijdens werk worden nog te vaak gekenmerkt door **onzekerheid, miskennis en gebrek aan structurele ondersteuning**¹⁻⁵.

Gendertransitie (sociaal, medisch en/of juridisch) is een complex proces dat niet alleen het lichaam, maar ook relaties, rollen en identiteit hertekent. Die veranderingen hebben een directe weerslag op werk: sommige mensen vallen tijdelijk uit voor medische ingrepen, anderen nemen afstand om sociale of psychologische redenen, en bijna iedereen ervaart momenten van verhoogde stress en kwetsbaarheid.

Ondanks deze realiteit waren er tot voor kort **geen wetenschappelijke of praktijkbased richtlijnen** over hoe arbeidsgeneeskundige diensten zulke trajecten best begeleiden. Voor veel artsen blijft het onderwerp onontgonnen terrein. Er ontbreekt empirische kennis over de frequentie en duur van werkafwezigheid, over terugkeermodellen, en over de rol die arbeidsartsen en werkgevers daarin kunnen spelen.

Het doctoraatsonderzoek van **Dr. Joy Van de Cauter** (UGent, 2019-2024⁶) bracht hierin verandering. Vanuit de onderzoekseenheid Arbeidsgeneeskunde, in samenwerking met het Transgender Infopunt en de Asbl Face à toi-même werd een meerjarig project opgezet met financiële steun van het **RIZIV**. Het doel was om **genderdynamieken in werkhervatting** te begrijpen op basis van Loisel et al.(2001,2005)^{7,8}, **beleidsaanbevelingen** te formuleren en een **praktisch hulptool** te ontwikkelen voor (arbeids)artsen.

Het onderzoek vertrok vanuit drie centrale onderzoeksvragen:

1. Hoe verlopen **werkafwezigheden** en **werkhervattingstrajecten** bij transgender en genderdiverse personen in België?
2. Welke **sociale, medische en psychologische factoren** bepalen of werkhervatting duurzaam is?
3. Hoe ervaren arbeidsartsen hun **rol en competenties** in dit domein, en wat hebben ze nodig om TGD werknemers beter te ondersteunen?

¹ Zie verklarende woordenlijst pg 10

Het onderzoek beoogde niet enkel beschrijvingen te verzamelen, maar vooral **verbetering van de praktijk en het beleid**. Hoe kan de verworven kennis vertaald worden in **bruikbare instrumenten** voor de arbeidsgeneeskundige praktijk? Hiervoor werd nauw samengewerkt met veldactoren uit de arbeidsgeneeskunde, HR, genderzorg en het RIZIV.

De resultaten werden verwerkt in een tweedelige gids:

- *Deel 1: Gendertransitie op het werk – een hulpgids voor arbeidsartsen (basiskennis communicatie en nuttige informatie/bronnen)*
- *Deel 2: Praktijkvoorbeelden en RTW-tool (vlaggensysteem en casussen)*

Deze publicaties vormen vandaag een pionierskader voor **genderinclusieve arbeidsgeneeskunde** in België.

2. Methodologie en bevindingen

Het onderzoek hanteerde een **mixed research design**², opgebouwd in vier fasen die elkaar versterken:

1. **Een systematische literatuurstudie** (publicatie in PLOS ONE, 2021)⁴ bracht de wereldwijde kennis over arbeidsongeschiktheid en werkhervatting van TGD personen in kaart. Slechts twintig artikelen voldeden aan de inclusie- en kwaliteitscriteria. Van de geïnccludeerde studies behandelden er maar enkele expliciet return-to-work (RTW) en één besprak algemene arbeidsongeschiktheid. De conclusie was duidelijk: er bestond een grote kenniskloof. De meeste literatuur focuste op discriminatie, welzijn of algemene tewerkstelling, maar niet op herstel- en re-integratieprocessen. Er waren tevens geen studies die de rol van arbeidsartsen en preventiediensten in kaart brachten.

Om deze lacune op te vangen werd een Belgische studie uitgevoerd.

2. **Een Belgische mixed-methods studie** (publicatie in Journal of Occupational Rehabilitation, 2023⁵) combineerde een online vragenlijst bij 128 TGD werknemers uit diverse sectoren (zorg, onderwijs, overheid, industrie en commerciële dienstverlening) met 20 diepte-interviews. De resultaten toonden dat ziekteverzuim vooral optreedt tijdens de sociale transitie of na genderbevestigende chirurgie. De totale gemiddelde afwezigheidsduur van 2019-2020 was vergelijkbaar met die van de algemene bevolking, maar de psychosociale belasting en stress waren hoger. Het leeuwendeel (90%) hervatte het werk tijdens hun globale transitie. Opvallend veel respondenten (meer dan 70 %) konden terugkeren naar dezelfde werkgever, wat de veerkracht en loyaliteit van deze groep onderstreept.

TGD personen rapporteerden een **lagere gezondheid- en sociale verzekerings-geletterdheid (health literacy)**, wat leidde tot misverstanden over de rol en het nut van preventiediensten/arbeidsartsen, ziekteattesten, recht op uitkeringen. Naast

² Een mixed-methods onderzoeksdesign combineert kwantitatieve en kwalitatieve methoden om complexe fenomenen vanuit meerdere invalshoeken te analyseren en zo een rijker, vollediger beeld te verkrijgen.

onzekerheid over attesten en mutualiteitsprocedures vermeldten verschillende respondenten dat ze niet wisten wie hun arbeidsarts was of hoe ze spontaan een consult konden aanvragen. De rol van de arbeidsarts wordt door veel werknemers als vaag of dubbelzinnig ervaren: sommigen zien de arbeidsarts als controleur voor de werkgever, anderen weten niet dat men een consult mag vragen zonder dat de werkgever hiervan op de hoogte gebracht wordt, terwijl. Dit gebrek aan duidelijkheid vormt een belangrijke drempel om tijdig ondersteuning te zoeken en psychosociale belasting te bespreken. Echter na duiding zagen velen de arbeidsarts als een potentiële mediator binnen gendertransitie op het werk en RTW. **Werkcontext en sociale steun** bleken de essentieel voor een succesvolle re-integratie. Deze bevindingen nuanceren het stereotype beeld dat transitie altijd tot langdurige uitval leidt.

3. **Een longitudinale mixed methods single case/dagboekstudie** (Publicatie in International Journal of Transgender Health, 2025⁹) volgde gedurende een jaar het re-integratie-proces van één transgender vrouw, "Fleur". Deze case-study maakte de innerlijke dynamieken zichtbaar die cijfers alleen niet kunnen vatten: de voortdurende balans tussen fysieke recuperatie, genderdysforie, sociale verwachtingen en het verlangen naar erkenning. Fleur ervoer haar werkplek afwisselend als ondersteunend en als beklemmend, afhankelijk van de houding van collega's en de ruimte voor authenticiteit. De dagboekstudie illustreerde hoe duurzame werkhervatting niet louter een medische, maar ook een existentiële en relationele uitdaging is. Het maakte duidelijk dat duurzame werkhervatting een **continuüm** is, geen eindpunt. Het vereist voortdurende afstemming tussen medische zorg, werkbelasting en sociale steun.
4. **Focusgroepen met arbeidsartsen** (Publicatie in BMJ Open, 2025¹⁰) verkenden de kennis, attitudes en noden binnen het werkveld. De deelnemende artsen (19 Vlaamse arbeidsartsen) gaven aan dat ze zelden of nooit opleiding hadden gekregen over genderdiversiteit en vaak onzeker waren over hoe ze vertrouwelijke of administratieve kwesties (zoals naamwijziging) moesten aanpakken. Veel artsen voelden zich onzeker: "Wat is de juiste professionele houding?", "Hoe noteer ik dit in het dossier?", "Wat mag ik delen met de werkgever?". Ze vroegen expliciet om richtlijnen en een basiskader om basiskennis over genderzorg en zowel medische als psychosociale aspecten te integreren. Deze bevindingen en inzichten vormden de basis voor de ontwikkeling van de hulpgids.

Samen vormden deze vier luiken³ een **holistisch beeld** van werkhervatting tijdens gendertransitie, bekeken vanuit drie perspectieven: dat van de werknemer, de arts en het gezondheidssysteem.

³ Twee aanvullende case studies (trans vrouw, non-binaire persoon) werden via masterproeven geanalyseerd en verwerkt in de RTW tool. Aanvullende onderzoeksresultaten omvatten interviews door studenten met huisartsen, bedrijfsactoren, chirurgen, verpleegkundigen die werden geanalyseerd onder onze supervisie en werden mee geïntegreerd bij de co-creatie van de RTW tool.

3. Interpretatie en praktijkvertaling

De vier deelstudies in het doctoraat vormen samen een coherent en gelaagd beeld van de uitdagingen en kansen tijdens werkhervatting van TGD personen. Door kwantitatieve en kwalitatieve inzichten te combineren, ontstaat een consistent patroon: **gendertransitie beïnvloedt werk, en de werkcontext beïnvloedt de transitie**. Werkhervatting is geen louter medisch of administratief gebeuren, maar een proces waarin identiteit, gezondheid, relaties en organisatiecultuur voortdurend op elkaar inwerken.

3.1. Genderdynamiek als kernmechanisme

Een centrale bijdrage van het doctoraat⁶ is het concept *genderdynamiek*: de wisselwerking tussen de persoonlijke beleving van genderidentiteit, de sociale spiegeling door collega's en leidinggevers, en de structurele context van beleid, rechten en toegankelijkheid. Deze dynamiek heeft directe gevolgen voor de bereidheid tot open communicatie, de kwaliteit van de relatie met de (arbeids)arts en het vertrouwen in het re-integratieproces. Ze beïnvloedt ook het herstelvermogen: TGD personen functioneren doorgaans beter in een omgeving waarin hun identiteit wordt erkend en waarin gendergerelateerde thema's bespreekbaar zijn zonder stigma.

Genderdynamiek blijkt een transversaal mechanisme dat in alle deelstudies zichtbaar wordt, ongeacht leeftijd, sector of type transitie. Het verwijst naar het voortdurende, niet-lineaire proces waarin werknemers hun genderidentiteit, sociale erkenning en werkcontext op elkaar afstemmen — telkens in hun eigen tempo. Daardoor is het niet alleen een theoretisch concept, maar een praktisch kader om RTW-processen beter te begrijpen en te begeleiden.

3.2. RTW is een gefaseerd traject

De longitudinale mixed dagboekstudie toont dat werkhervatting niet lineair verloopt, maar typische fasen kent die zich ook in interviews en focusgroepen herhalen. De **honeymoon phase** of **wittebroodsweken** (eerste 4–8 weken) worden gekenmerkt door opluchting, steun en voorzichtig optimisme. Daarna volgt de **breekperiode** (ongeveer drie maanden), waarin onzekerheid, toenemende werkdruk, misgendering en micro-agressies zwaarder doorwegen. Tot slot stabiliseert het traject in de **consolidatiefase** (6–12 maanden), waarin de vraag verschuift van “Kan ik dit?” naar “Word ik hierin erkend?” naar “wil ik hier wel blijven?”. Deze driedeling is essentieel voor arbeidsartsen, omdat ze illustreert dat terugvalmomenten geen teken van gebrek aan motivatie zijn, maar van **relationele en contextuele belasting**.

3.3. Copingstrategieën: functioneel maar belastend

TGD werknemers gebruiken vaak copingstrategieën die op het eerste zicht maladaptief^{4,5,9,11} lijken, maar in werkelijkheid **rationele reacties zijn op een potentieel vijandige omgeving**. People-pleasing, perfectionisme en overcontrole helpen op korte termijn om conflictsituaties te vermijden en veiligheid te creëren, maar verhogen op langere termijn het risico op uitputting of depressie. Andere werknemers kiezen voor vermijding of onzichtbaarheid, bijvoorbeeld door sociale transitie uit te stellen of niet aan teamactiviteiten deel te nemen. Deze patronen benadrukken het belang van een

veilige werkplek en van gendersensitieve consultaties waarin coping bespreekbaar wordt gemaakt zonder te medicaliseren.

3.4. Gezondheidsvaardigheden of health literacy als voorwaarde voor herstel

Een belangrijke vernieuwing in de doctoraatsbevindingen is de rol van health literacy¹² in RTW. TGD personen hebben gemiddeld lagere gezondheidsvaardigheden in het domein *werk en sociale zekerheid*, niet door individueel gebrek aan inzet, maar door de complexiteit van verschillende systemen, eerdere negatieve zorgervaringen en onduidelijke administratieve procedures (bijvoorbeeld rond ziekteattesten, adviserend arts of naamwijzigingen). Hierdoor ontstaan misverstanden, vertraagde communicatie en extra stress.

Een 'health literacy'-stimulerende/bevorderende werkcontext kan deze drempels drastisch verlagen. Dit kan inhouden: informatie over procedures (ziektebriefjes, naamwijziging, HR-contactpunten, vertrouwelijkheidsregels) welke **begrijpelijk, vindbaar en proactief aangeboden** wordt; communicatie die **eenduidig en jargonvrij** verloopt; er **één vast aanspreekpunt** is welke de werknemer doorheen het re-integratieproces begeleidt; HR-documenten en interne systemen zijn **genderinclusief ontworpen**; en dat zowel leidinggevend als HR voorbereid zijn op vragen rond transitie, zodat werknemers niet telkens opnieuw hun verhaal moeten doen.

In zo'n omgeving krijgt de arbeidsarts de ruimte om effectief op te treden als mediator/bemiddelaar/ally op het vlak van health literacy en inclusie: iemand die complexe informatie vertaalt, administratieve stappen verduidelijkt en psychosociale stress vermindert. Dit is een van de meest beleidsrelevante inzichten van het onderzoek: duurzame re-integratie is niet alleen een kwestie van medische begeleiding, maar van **toegankelijke en begrijpelijke systemen**.

3.5. Gender Minority Stress en structurele drempels

TGD werknemers ervaren specifieke stressoren¹³⁻¹⁵ die cumulatief werken: misgendering, deadnaming, onzekerheid over kleedruimtes, subtiele uitsluiting, gebrek aan beleid en structurele kwetsbaarheid in sectoren met tijdelijke contracten. Hoe hoger de minority stress ervaring, hoe lager de kans op een succesvolle RTW. Dit betekent dat een werknemer niet alleen zijn of haar eigen transitie "meedraagt", maar ook de reacties, verwachtingen en tekortkomingen van de omgeving.

3.6. De werkplek als hefboom voor herstel

De studies tonen dat een werkplek niet enkel bron van stress kan zijn, maar ook een krachtige **bron van herstel en identiteit**, op voorwaarde dat er gendercomfort is^{5,9}. Zelfs minimale structurele ingrepen, zoals een aanspreekcultuur, duidelijke communicatie of inclusieve signalisatie (bijv. toegankelijke toiletten, correcte naam- en pronounvermelding, inclusieve formulieren), maken een groot verschil. Positieve voorbeelden tonen dat gender-inclusieve werkplekken leiden tot sneller herstel, minder terugval en grotere werktevredenheid. Wanneer de werkplek echter tekort schiet, is er risico op minder verankering, verzuim en verloop:

"Je komt snel in een fase van tolerantie maar niet van aanvaarding." (trans vrouw)

3.7. De arbeidsarts als sleutelactor

Tot slot blijkt de arbeidsarts een **onmisbare schakel** in duurzame werkhervatting^{5,9,10}. Door hun unieke positie, nl. tussen zorg, werkvloer en sociale zekerheid, kunnen arbeidsartsen stigma detecteren, sociale problemen demedicaliseren, werkcontexten bespreekbaar maken en de werknemer helpen navigeren in een complex systeem. Wanneer arbeidsartsen genderbewust werken, worden zij echte bondgenoten in veerkracht en herstel.

*“Gewoon weten dat er een arbeidsarts was, had al veel voor mij betekend.”
(trans man)*

3.8. Vertaling naar de praktijk: de RTW tool als hulpgids, met een vlaggensysteem

De inzichten uit het onderzoek zijn niet enkel theoretisch, maar werden vertaald naar 2 gidsen die samen een **praktijkgericht kader voor (arbeids)artsen** vormen.

De hulpgids “Gendertransitie op het werk” – Deel 1

Het eerste deel van de gids biedt (arbeids)artsen:

- een overzicht van genderbegrippen;
- een medische samenvatting van overgangstrajecten en herstelverwachtingen;
- een ethisch en communicatief kader voor gendersensitieve consultaties;
- concrete zinnen en gespreksopeners die veiligheid en vertrouwen bevorderen;
- richtlijnen voor het maken van notities in het medisch dossier met respect voor privacy en toestemming.

Deze gids komt tegemoet aan de kennishiaten die in de focusgroep studies naar voren kwamen.

De praktijkbundel – Deel 2

Het tweede deel vertaalt het theoretisch kader in concrete praktijkvoorbeelden en een invulbare tool. Het bevat:

- het kleurgecodeerde vlaggensysteem;
- authentieke casussen gebaseerd op interviews, focusgroepen en dagboeken;
- een genderinclusief formulier voor gezondheidsbeoordeling;
- een invulbaar RTW-plan (eerste versie) met ruimte voor fysieke, psychische, sociale en juridische aspecten.

Het vlaggensysteem als reflectiekader

Het vlaggensysteem (reeds gekend uit de aanpak van lage rugpijn¹⁶) helpt artsen om signalen te herkennen en in een actieplan te vertalen.

- **Rood:** medisch herstel (pijn, infectie, beperkingen)

- **Oranje:** psychische belasting (angst, PTSS, schaamte)
- **Geel:** coping en gedrag (vermoeidheid, overcontrole)
- **Blauw:** werkcontext (veiligheid, misgendering, beleid)
- **Zwart:** structurele factoren (verzekeringen, statuut)
- **Groen:** beschermende factoren (partner, open team, veerkracht)

Het is geen diagnostisch instrument, maar een **gespreks- en reflectiekader** dat de arts ondersteunt in: het herkennen van risico's; het vastleggen van acties; het bepalen van prioriteiten; en het vermijden van medicalisering van sociale drempels.

De RTW-tool is dus een **invulbaar transitieplan** waarin verwachtingen, belastbaarheid, gendergerelateerde elementen, psychosociale signalen, en structurele drempels geïnventariseerd worden. Het is ontwikkeld om multidisciplinair overleg te faciliteren tussen werknemer, arbeidsarts, preventieadviseur, HR en eventueel behandelende artsen.

4. Aanbevelingen en beleidsrelevantie

De synthese van de vier deelstudies toont dat duurzame werkhervatting bij TGD personen enkel haalbaar is wanneer acties op drie niveaus, 'micro, meso en macro', op elkaar worden afgestemd. Deze aanbevelingen moeten worden gelezen binnen een biopsychosociaal én genderbewust kader, waarin niet alleen individuele factoren maar ook werkcontext en beleid bepalend zijn voor re-integratiesucces.

4.1. Microniveau: de individuele begeleiding

Op microniveau is het essentieel dat arbeidsartsen een **gendersensitieve en veilige consultatiecultuur** creëren. Dat betekent consequent gebruik van de gekozen naam en voornaamwoorden, vermijden van deadnaming in communicatie en dossiernotities, en het expliciet bewaken van vertrouwelijkheid. De consultatie moet ruimte geven aan emoties en onzekerheden als normale reacties op sociale spanning, zonder deze te psychologiseren of te medicaliseren.

Duurzame werkhervatting verloopt niet lineair; daarom is het belangrijk dat artsen anticiperen op terugvalmomenten via opvolging rond 1, 3 en 6 maanden. Een open gesprek over werkbelasting, haalbaarheid en energieverdeling helpt om overbelasting te vermijden. Het versterken van gezondheidsvaardigheden, bijvoorbeeld door procedures werkhervatting en steunactoren, van mutualiteit of adviserend arts helder uit te leggen, schriftelijke informatie mee te geven en door te verwijzen naar betrouwbare bronnen, vermindert stress en misverstanden. Het RTW-plan fungeert daarbij als gedeeld document waarin verwachtingen, beperkingen, psychosociale signalen en acties gezamenlijk worden vastgelegd, zodat re-integratie een participatief proces wordt.

4.2. Mesoniveau: organisaties, preventiediensten en arbeidsgeneeskunde

Op mesoniveau vraagt duurzame RTW om een **duidelijk en structureel transitiebeleid** binnen organisaties – ingebet in een algemeen welzijnsbeleid-, met afspraken over communicatie, "pronouns", naamgebruik en aanspreekpunten. Een herkenbaar

centraal aanspreekpunt in HR, een vertrouwenspersoon of de preventiedienst verhoogt voorspelbaarheid en veiligheid. Preventiediensten kunnen het vlaggensysteem inzetten tijdens bezoek voorafgaan aan RTW, tijdens opvolging en in multidisciplinair overleg, zodat psychosociale risico's vroegtijdig worden herkend en sociale problemen niet onnodig worden gemedicaliseerd.

Kwalitatieve RTW-begeleiding vereist ook **multidisciplinaire samenwerking** tussen arbeidsarts, genderteam, huisarts, psycholoog en HR, bij voorkeur volgens een helder communicatieprotocol. Interne expertise kan groeien via opleiding rond genderdiversiteit, peer review van complexe dossiers en het aanstellen van genderreferenten binnen preventiediensten.

4.3. Macroniveau: beleid, opleiding en RIZIV

Op macroniveau is het noodzakelijk dat genderdiversiteit expliciet wordt opgenomen in **re-integratierichtlijnen, regelgeving en beleidsdocumenten**. Dit omvat duidelijke procedures rond naam- en geslachtswijzigingen en erkenning van psychosociale risico's zoals minority stress. Het RIZIV kan structurele samenwerking faciliteren tussen universiteiten, preventiediensten, de curatieve sector, Transgender Infopunt (en andere genderteams), mutualiteiten en werkgevers via een centraal informatiepunt en geharmoniseerde communicatie.

Tot slot vraagt dit domein om **meer opleiding** in (arbeids)geneeskunde over genderdiversiteit, inclusief gebruik van het vlaggensysteem en RTW-tool. De inzichten uit dit onderzoek kunnen rechtstreeks worden geïntegreerd in FEDRIS- en FOD WASO-richtlijnen en (Vlaamse) programma's rond welzijn op het werk, waarbij het Kenniscentrum Arbeidsongeschiktheid binnen het RIZIV een essentiële rol speelt als motor van praktijkverandering.

5. Slotconclusie en Reflectie

Deze samenvatting bundelt de belangrijkste inzichten uit het onderzoek '*Understanding Gender Dynamics in Return to Work of Transgender and Gender Diverse People*', het eindrapport en de praktijkgerichte hulpgidsen. Het onderzoek biedt het eerste systematische kader in België, en één van de eerste internationaal, over werkhervatting tijdens gendertransitie binnen de arbeidsgeneeskunde. De resultaten tonen hoe re-integratie van TGD personen niet los kan worden gezien van de bredere context waarin gezondheid, identiteit, werkdruk, sociale veiligheid en organisatiecultuur elkaar beïnvloeden.

Een belangrijke conclusie is dat **duurzame werkhervatting nooit uitsluitend een medische kwestie is**. Het verloop van RTW tijdens gendertransitie wordt vormgegeven door een combinatie van fysieke, psychosociale en contextuele factoren. Dat geldt overigens niet enkel voor TGD personen. Het onderzoek bevestigt dat er **opvallende gelijkenissen zijn met de uitdagingen waarmee cisgender werknemers geconfronteerd worden** bij langdurige afwezigheid: onzekerheid over belastbaarheid, spanning tussen verwachtingen en realiteit, behoefte aan erkenning, en de impact van werkklimaat en leidinggevenden. Het onderscheid zit niet in "andere noden", maar in **extra lagen van kwetsbaarheid** door stigma, onveiligheid of gebrek aan taal en kennis in organisaties.

Daarom geldt ook hier: **re-integratie is altijd maatwerk**. Er bestaat geen “one size fits all”-traject, niet voor TGD werknemers en evenmin voor cisgender werknemers. Wat TGD personen nodig hebben, verschilt niet in soort, maar in intensiteit en in de mate waarin gender een rol speelt in herstel, communicatie en werkrelaties. Het onderzoek biedt dus niet enkel inzichten voor een specifieke doelgroep, maar verrijkt de arbeidsgeneeskunde in haar geheel met principes die voor álle re-integratieprocessen relevant zijn: veiligheid, dialoog, voorspelbaarheid, geleidelijke opbouw en samenwerking.

In dit onderzoek worden arbeidsartsen zichtbaar als **brugfiguren** tussen werknemer, werkvloer en sociale zekerheid. Zij hebben de positie én het mandaat om psychosociale signalen te herkennen, sociale problemen te demedicaliseren en complexe administratieve trajecten te verduidelijken. Veel artsen gaven echter aan dat genderdiversiteit nog “onontgonnen terrein” is. De praktijkgids, het vlaggensysteem en de RTW-tool reiken hopelijk de instrumenten aan die nodig zijn om die onzekerheid te vertalen naar deskundige en genderbewuste praktijk.

Het onderzoek onderstreept daarnaast dat copingstrategieën zoals perfectionisme, overcontrole of people-pleasing geen individuele tekortkomingen zijn, maar **logische antwoorden op onvoorspelbare of onveilige werkomgevingen**. Wie duurzame re-integratie wil ondersteunen, moet dus niet enkel kijken naar individuele belasting, maar ook naar structurele en sociale context. Het versterken van gezondheidsvaardigheden en het creëren van een health-literacy-vriendelijke werkplek zijn hierbij cruciale hefbomen.

De beleidsimplicatie is helder: **genderinclusieve arbeidsgeneeskunde is geen niche, maar een noodzakelijke pijler van duurzame tewerkstelling**, vergelijkbaar met elke andere persoonsgerichte RTW-aanpak. Het RIZIV en het Kenniscentrum Arbeidsongeschiktheid kunnen hierin een belangrijke rol spelen door richtlijnen, samenwerking en opleiding structureel te verankeren, zijnde opnemen in richtlijnen, opnemen in opleiding, opnemen in kwaliteitskaders en systematisch verspreiden via beroepsverenigingen en sectororganisaties).

De kernboodschap is eenvoudig en toekomstgericht:

Werkhervatting tijdens gendertransitie is haalbaar en duurzaam wanneer erkenning, psychosociale veiligheid, informatieve en ondersteunde omgeving en samenwerking centraal staan. Het onderzoek en de hulptools bieden de bouwstenen om dat waar te maken: voor TGD werknemers én voor elke werknemer die nood heeft aan een traject op maat.

Verklarende woordenlijst

Genderidentiteit: De innerlijke beleving van gender (bijv. vrouw, man, non-binair), die niet noodzakelijk overeenkomt met het geboortegeslacht.

Transgender en genderdiverse (TGD) personen: Parapluterm voor personen bij wie genderidentiteit of -expressie verschilt van het geboortegeslacht. Omvat o.a. trans vrouwen, trans mannen en non-binaire personen, genderfluide personen, etc..

Gendertransitie: Het proces waarbij iemand zijn/haar/hun genderidentiteit tot uiting brengt. Kan sociaal (naam, pronouns), juridisch (M/V/X op documenten) en/of medisch (hormonale therapie, chirurgie, etc.). Niet elke TGD persoon doorloopt alle domeinen.

Sociale transitie: Het proces waarbij iemand zich in sociale situaties toont volgens hun genderidentiteit: gebruik van gekozen naam, pronouns, kleding, communicatie op het werk.

Gendercomfort: De mate waarin iemand zich op de werkvloer veilig, erkend en correct aangesproken voelt in zijn/haar/hun genderidentiteit. Een belangrijke rol bij duurzame werkhervatting.

Gender Minority stress of minderheidsstress: Extra stress die ontstaat door discriminatie, misgendering, micro-agressies of structurele uitsluiting. Verhoogt de kwetsbaarheid tijdens werkhervatting.

Health literacy (gezondheidsvaardigheden): Health literacy verwijst naar het vermogen van individuen om informatie over gezondheid, ziekte, zorg en preventie te vinden, te begrijpen, te beoordelen en toe te passen om beslissingen te nemen in het dagelijks leven die hun gezondheid ondersteunen en behouden. (HL-EU) In lijn met de HL-EU-definitie omvat health literacy tijdens werkhervatting het vermogen van werknemers om informatie over gezondheid, administratieve procedures (attesten, mutualiteit, adviserend arts) en werkgerelateerde beslissingen te vinden, te begrijpen, te beoordelen en toe te passen. Een werknemer met hogere health literacy kan dus beter navigeren tussen zorg, sociale zekerheid en werk

Health-literacy-vriendelijke werkplek: Een organisatie die informatie duidelijk, vindbaar en begrijpelijk maakt, met een vast aanspreekpunt en heldere procedures. Belangrijk voor TGD werknemers tijdens re-integratie.

Deadnaming: Het gebruik van de vroegere naam van een TGD persoon. Dit wordt als kwetsend en ontwrichtend ervaren en beïnvloedt werkcomfort en re-integratie negatief.

Referenties

Full bibliography Joy Van de Cauter : <https://biblio.ugent.be/publication?text=Joy+Van+de+Cauter>

1. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. International Journal of Transgender Health . 2022 Aug 19;23(sup1):S1–259. Available from: <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
2. T'Sjoen G, Motmans J. Integrating transgender care into mainstream medicine—an essay by Guy T'Sjoen and Joz Motmans. BMJ . 2022 Oct 3 [cited 2023 Sept 12];379:o1949. Available from: <https://www.bmj.com/content/379/bmj.o1949>
3. Burgwal A, Motmans J. Trans and gender diverse people's experiences and evaluations with general and trans-specific healthcare services: a cross-sectional survey. Int J Impot Res . 2021 Apr 14 [cited 2021 July 19];1–8. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41443-021-00432-9>

4. Van de Cauter J, Van Schoorisse H, Van de Velde D, Motmans J, Braeckman L. Return to work of transgender people: A systematic review through the blender of occupational health. *PLOS ONE* . 2021 Nov 1;16(11):e0259206. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259206>
5. Van de Cauter J, Van de Velde D, Motmans J, Clays E, Braeckman L. 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* . 2023 Oct 21;Online First. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10926-023-10139-x>
6. Van de Cauter J. Understanding gender dynamics in return to work of transgender and gender diverse people. . [Ghent]: Ghent University; 2024. Available from: <http://hdl.handle.net/1854/LU-01J1VTXG04HTBRV7BT143DQTC4>
7. Loisel P, Durand MJ, Berthelette D, Vézina N, Baril R, Gagnon D, et al. Disability Prevention. *Dis- Manage-Health-Outcomes* . 2001 July 1 [cited 2023 Aug 27];9(7):351–60. Available from: <https://doi.org/10.2165/00115677-200109070-00001>
8. Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, Tulder M van, et al. Prevention of Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of Implementing Evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation* . 2005 Dec [cited 2023 Oct 5];15(4):507–24. Available from: <https://www.proquest.com/docview/232169717/abstract/39A27FCCF4D845A7PQ/1>
9. Van de Cauter J, Motmans J, Van de Velde D, Braeckman L. 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. Available from: <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2447754>
10. Van de Cauter J, Motmans J, Van de Velde D, Bernaers L, Braeckman L. Perceptions of occupational physicians in supporting transgender and gender-diverse people (returning) at work—a focus group study: The uncharted territory of gender-diverse occupational healthcare. *BMJ open*. 2025;15(3):e083604.
11. Budge SL, Chin MY, Minero LP. Trans individuals' facilitative coping: An analysis of internal and external processes. *Journal of Counseling Psychology* . 2017 Jan [cited 2024 Feb 29];64(1):12–25. Available from: <https://www.proquest.com/docview/1856674970/abstract/D88BC7DD7EE641C1PQ/1>
12. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012 Jan 25;12:80.
13. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*. 2003;129(5):674.
14. Hendricks M, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research & Practice* . 2012;43(5):460–7. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=108107131&site=ehost-live>
15. Testa RJ, Habarth J, Peta J, Balsam K, Bockting W. Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity* . 2015 Mar [cited 2024 Feb 13];2(1):65–77. Available from: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/sgd0000081>
16. Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Dumoulin C, Depreitere B, et al. Richtlijn rond lage rugpijn en radiculair pijn – Samenvatting. *Good Clinical Practice (GCP)*. . Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019 [cited 2024 Jan 13]. Available from: <https://kce.fgov.be/nl/publicaties/newsletter/kce-en-huisarts-07/een-klinische-richtlijn-rond-lage-rugpijn>