

**M@ZL (Medische Advisering
Ziek gemelde Leerling)
op het MBO**

Werkblad beschrijving interventie

Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam	Yvonne Vanneste, GGD West-Brabant
Adres	Doornboslaan 225-227
Postcode	4816 CZ
Plaats	Breda
Email	y.vanneste@ggdwestbrabant.nl
Telefoon	06-10540159
Website van interventie	Klik hier als u tekst wilt invoeren.

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in, wanneer deze afwijkt van de ontwikkelaar of licentiehouder.

Naam	Klik hier als u tekst wilt invoeren.
Adres	Klik hier als u tekst wilt invoeren.
Postcode	Klik hier als u tekst wilt invoeren.
Plaats	Klik hier als u tekst wilt invoeren.
Email	Klik hier als u tekst wilt invoeren.
Telefoon	Klik hier als u tekst wilt invoeren.
Website van interventie	Klik hier als u tekst wilt invoeren.

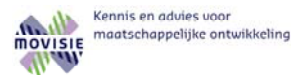
Referentie

Naam auteur	Yvonne Vanneste e.a.
Titel interventie	M@ZL op het MBO
Databank	Klik hier als u tekst wilt invoeren.
Plaats, instituut	Klik hier als u tekst wilt invoeren.
Datum	Klik hier als u tekst wilt invoeren.

Het Werkblad moet een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie zijn en geeft informatie over de interventie die van belang is voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie. Daarnaast is de informatie bedoeld voor bezoekers van de databank(en) van de samenwerkende organisaties.

Het Werkblad is een invulformulier, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. Kijk in de handleiding die bij dit werkblad hoort ter ondersteuning bij het invullen van dit werkblad.

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties:



Inhoud

Colofon	2
Samenvatting.....	4
Uitgebreide beschrijving	6
1. Probleemomschrijving	6
2. Beschrijving interventie	8
3. Onderbouwing.....	18
4. Uitvoering.....	24
5. Onderzoek naar praktijkervaringen.....	28
6. Onderzoek naar de effectiviteit	31
7. Aangehaalde literatuur.....	32

Samenvatting

Doelgroep

De interventie richt zich op de MBO-student, die verzuimt na ziekmelding. De jeugdarts voert de interventie uit, in samenwerking met ouders, schoolleiding, schoolmedewerkers en leerplichtambtenaar of trajectbegeleider.

Doel

Het doel van de interventie is het op korte termijn stabiliseren en op lange termijn verlagen van de ziekteverzuimcijfers, waardoor voortijdig schoolverlaten kan worden voorkomen.

Aanpak

De interventie kent activiteiten op twee niveaus: (1) op schoolniveau het aanscherpen van het ziekteverzuimbeleid, met daarin het opnemen van M@ZL, en (2) op individueel niveau het signaleren en begeleiden van de student met ('zorgwekkend') ziekteverzuim door het organiseren van passende zorg en onderwijs.

Materiaal

Een handboek 'M@ZL op het MBO', inclusief het 'Stappenplan in beeld', een 'Gespreksleidraad voor het gesprek met de student op en door school', een 'Informatiefolder voor de student', een kaartje 'Redenen voor verwijzing naar de jeugdarts', een 'Aanmeldformulier voor een consult bij de jeugdarts', een 'Terugkoppelingsformulier voor de jeugdarts' en een 'Tekst met de aankondiging werkwijze M@ZL'.

Onderbouwing

We sluiten aan bij het beslissingsmodel uit de bedrijfsgeneeskunde. We gebruiken dit model omwille van de herkenbaarheid van de te beïnvloeden factoren. Het beslissingsmodel gaat er van uit dat de beslissing om je bij bepaalde klachten (verzuimnoodzaak) ziek en/of beter te melden (de verzuimbeslissing) wordt beïnvloed door de verzuimbehoefte en de verzuimgelegenheid (het beslissingsmodel). Een afname van het ziekteverzuim wordt bewerkstelligd door het terugdringen van de verzuimgelegenheid, en het beperken van de verzuimnoodzaak en de verzuimbehoefte. Vanwege de verschillen tussen de bedrijfsgeneeskunde en M@ZL is dit model enigszins gemodificeerd.

M@ZL grijpt aan op een aantal deelaspecten van bovengenoemde factoren. De verzuimgelegenheid wordt teruggedrongen door meer controle uit te voeren op ziekteverzuim. Dit gebeurt door regelgeving en monitoring. De verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte worden allereerst beperkt door aandacht voor de student bij ziekmelding, waardoor onder andere de binding met school wordt bevorderd. Bij 'zorgwekkend' ziekteverzuim moet door signalering van achterliggende problematiek, na adequate probleemanalyse door de school en zo nodig de jeugdarts, duidelijkheid komen over de noodzaak en behoefte, waarna de (psychosociale en/of medische) zorg van de student geoptimaliseerd kan worden en de verzuimbehoefte kan worden teruggedrongen (bijvoorbeeld het signaleren van en adviseren over motivatieproblemen, relationele problemen op school, en de noodzaak van passend onderwijs). De jeugdarts ondersteunt dit door het opstellen van een plan van aanpak / re-integratieadvies.

Onderzoek

In Nederland zijn tot nu toe geen onderzoeken bekend die inzicht geven in de effectiviteit van werkwijzen ter preventie van schoolverzuim of voortijdig schoolverlaten. Uit Nederlands onderzoek is wel bekend dat bij het tegengaan van ongeoorloofd schoolverzuim, het analyseren van achterliggende problematiek, het betrekken van ouders en sanctioneren en monitoren, effectief blijken. Zo weten we ook uit onderzoek dat het vergroten van ouderbetrokkenheid de kans op schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten verkleint. Er is reden om te veronderstellen dat deze maatregelen ook bij de aanpak van ziekteverzuim effectief zijn.

Binnen de bedrijfsgeneeskunde zijn interventies die ziekteverzuim moeten terugdringen, en die

aangrijpen op de verzuimgelegenheid, verzuimnoodzaak en –behoefte, effectief gebleken.

Uitgebreide beschrijving

1. Probleemomschrijving

Probleem

Er is sprake van schoolverzuim wanneer een leerling niet op school aanwezig is op momenten dat hij aanwezig moet zijn. Het schoolverzuim is ongeoorloofd als de school geen toestemming heeft gegeven voor het verzuim. We spreken dan van spijbelen. Als de ouders of student een geldige reden voor het verzuim hebben opgegeven spreken we van geoorloofd schoolverzuim. Een geldige reden is bijvoorbeeld ziekte. Ziekteverzuim is de meest voorkomende vorm van geoorloofd schoolverzuim.

Door het missen van onderwijs, en door de achterliggende problematiek van het verzuim, kan omvangrijk schoolverzuim (in de literatuur wordt hiervoor veelal een percentage gemiste lessen van meer dan 20% aangehouden) de omgang met klasgenoten, en de zelfstandigheid en het oplossend vermogen van de jongere negatief beïnvloeden, en leiden tot een stagnerende (leer)ontwikkeling, met als mogelijk gevolg uitstroom naar een lager onderwijsniveau of voortijdig schoolverlaten: het niet behalen van een schooldiploma (Battin-Pearson; 2000; Kearney, 2008). In Nederland spreken we van voortijdig schoolverlaten (VSV) als een jongere tussen de 12 en 23 jaar zonder startkwalificatieniveau (een havo-, vwo- of mbo- diploma niveau 2) het onderwijs verlaat.

De laatste jaren is veel actie ondernomen met betrekking tot het terugdringen van voortijdig schoolverlaten ('Aanval op Schooluitval'), onder andere door middel van een consequent en eenduidig spijbelbeleid. Echter, doordat schoolverzuim door ziekte geoorloofd is, wordt deze vorm van schoolverzuim met dit spijbelbeleid niet aangepakt. Een structurele en integrale aanpak van ziekteverzuim ontbreekt als onderdeel van de verzuimaanpak, terwijl schoolverzuim wegens ziekte ook veel voorkomt. Sterker nog, door het aangescherpte spijbelbeleid vermoedt men dat het ziekteverzuim onder scholieren de laatste jaren zelfs is toegenomen. Om deze reden richt deze interventie zich op ziekteverzuim, als reden van schoolverzuim. Schoolverzuim snel in beeld krijgen en effectief aanpakken is noodzakelijk om te zorgen dat de onderwijskansen van jongeren worden geoptimaliseerd en zoveel mogelijk jongeren een startkwalificatie halen. Ook in de literatuur wordt het belang van vroegtijdige signalering onderstreept (WRR, 2009; Allen, 2010)

Uit een internationaal reviewonderzoek van Kearney (2008) blijkt dat schoolverzuim, met inbegrip van ziekteverzuim, gerelateerd is aan talloze medische aandoeningen, zoals bijvoorbeeld astma en depressie, en lichamelijke klachten, zoals bijvoorbeeld moeheid en buikpijn (Eaton, 2008; Jones, 2009; Vanneste, 2012; Pan, 2009). De klachten blijken vaak triviaal en stress gerelateerd, ten gevolge van een onrustige thuissituatie of leer- en motivatieproblemen. Ook worden lichamelijke klachten regelmatig ten onrechte gebruikt als reden om zich ziek te melden. Daarnaast is schoolverzuim gerelateerd aan een ongezonde leefstijl (Eaton, 2008) en omgevingsfactoren. Bij deze omgevingsfactoren spelen vooral gezinsgerelateerde factoren, zoals een lagere sociaaleconomische status en psychische problemen van de ouders, en schoolgerelateerde factoren, zoals schoolbinding en ouderbetrokkenheid bij school, een rol (Stoep, 2002; Zhang, 2003; Avvisati, 2010; Duckett, 2010; Baxter, 2011; Rappaport, 2011; Shute, 2011; Mittendorfer-Rutz, 2013). De laatste jaren zijn meerdere rapporten verschenen, waaruit telkens blijkt dat de voornaamste redenen voor thuiszitten psychische, psychiatrische en gedragsproblematiek zijn (Eekelen, 2010). Jongeren geven zelf aan naar school te willen, ook als zij onder behandeling staan vanwege genoemde problematiek. Het naar school gaan wordt veelal bemoeilijkt door onbegrip van de docenten voor en het ontbreken van de noodzakelijke onderwijsaanpassingen aan hun specifieke (gezondheids)situatie. Uit de literatuur is eveneens bekend dat jongeren met onbegrepen lichamelijke of psychische klachten de huisarts vaak niet consulteren (Kataoka, 2002; Kessler, 2005; Theil, 2007, Jones, 2009). Bovengenoemde onderzoeken betreffen leerplichtige leerlingen tot 18 jaar. Onderzoek naar determinanten van ziekteverzuim op het middelbaar beroepsonderwijs (MBO) is niet voorhanden. Er is mogelijk een verschil tussen MBO-studenten en middelbare scholieren, vandaar deze nieuwe vorm van de interventie M@ZL.

Spreiding

Onderzoek op het voortgezet onderwijs wijst uit dat het totale schoolverzuimpercentage 7,9 % bedraagt (bij 'tellen in de klas' is 7,9% van de leerlingen op het moment van de telling afwezig). Bij bijna de helft (49%) van deze leerlingen is ziekte de opgegeven reden van afwezigheid (NIPO, 2002). Afwezigheid na ziekmelding blijkt de meest voorkomende vorm van geoorloofd schoolverzuim. Recentere onderzoekscijfers met betrekking tot (ziekte)verzuim zijn niet bekend. Er is geen onderzoek gedaan naar de omvang van (ziekte)verzuim op het MBO. Wel is in 2008 onderzoek gedaan naar het verzuimgedrag van MBO-studenten. Bijna 40% van de studenten meldt afwezigheid niet, bijna 20% meldt de echte reden van verzuim niet, en 45% van de deelnemers vindt het heel of tamelijk makkelijk onopgemerkt weg te blijven (Derriks, 2008).

Verzuimcijfers in DUO (Dienst Uitvoering Onderwijs) zijn niet bruikbaar voor een studie naar de omvang van ziekteverzuim, omdat ze niets zeggen over de werkelijke verzuimomvang op schoolniveau. Onderwijsinstellingen zijn enkel verplicht het (vermoeden van) ongeoorloofd schoolverzuim te melden, en dan nog alleen wanneer dit voldoet aan een door de wet vastgestelde omvang.

Het probleem voortijdig schoolverlaten doet zich vooral voor op het MBO. In het schooljaar 2011-2012 waren er in totaal 41.490 (3,2% van het totaal aantal onderwijsdeelnemers) nieuwe voortijdig schoolverlaters (vsv-ers); 29.671 (71,5%) van hen waren MBO-studenten. Van deze MBO-studenten was 22.374 (75,4%) BOL-student (Beroepsopleidende Leerweg), 25.206 (60,7%) man, 31.421 (75,7%) ouder dan 18 jaar en 26.350 (63,5%) autochtoon. Het aantal vsv-ers is het grootst in de RMC-regio's (Regionaal meld- en Coördinatie) Amsterdam en Rijnmond en het laagst in Noordoost Nederland (www.cijfers.minocw.nl).

Gevolgen

Omvangrijk schoolverzuim kan leiden tot een stagnerende (leer)ontwikkeling, met als mogelijk gevolg voortijdig schoolverlaten. In de literatuur wordt gewezen op zowel de individuele, als de maatschappelijke en de economische belangen van het voorkomen van voortijdig schoolverlaten en het optimaliseren van onderwijskansen (Rumberger, 2001; CBS, 2009). Voortijdig schoolverlaten kan vergaande gevolgen hebben voor het sociale leven van jongeren en het verwerven van een zelfstandige plek in de samenleving. Het behalen van een startkwalificatie geeft een beter perspectief op de arbeidsmarkt en een eigen plek in de samenleving: meer kans op het krijgen van duurzaam geschoold werk, en minder kans op sociale uitsluiting (Beckers, 2005; Thrane, 2006; Traag, 2010). Van de voortijdige schoolverlaters (vsv-ers) die werk hebben gevonden zijn de baankenmerken (zoals 'tijdelijke aanstelling' en 'weinig carrièremogelijkheden') in veel gevallen verre van gunstig. Daarnaast verkeert ruim een kwart van de vsv-ers anderhalf jaar later in een kwetsbare situatie. Ze hebben geen werk, volgen geen opleiding en zoeken niet naar werk. Onder hen vooral jongeren die vanwege zorgtaken of (geestelijke) gezondheidsproblemen hebben moeten stoppen met de opleiding (Eimers, 2006; Allen, 2010). Het voorkomen van voortijdig schoolverlaten is niet alleen goed voor de jongere zelf, maar ook voor de maatschappij en de economie. Voortijdig schoolverlaten brengt hoge maatschappelijke kosten met zich mee. Niet alleen ten gevolge van uitkeringen bij ziekte, arbeidsongeschiktheid of werkloosheid, maar ook vanwege kosten ten gevolge van gezondheidsproblemen en criminaliteit (Junger-Tas, 2002).

Opleiding is een goede voorspeller van gezondheid (Thrane Christer, 2006; Cutler, 2006; Freudenberg, 2007; Lundborg, 2008). Een lager opleidingsniveau is sterk geassocieerd met hogere sterfecijfers, verhoogd risicogedrag (roken, overgewicht, bewegingsarmoede) en een hogere prevalentie van chronische gezondheidsproblemen en van de meeste psychische problemen (Mackenbach, 2006). Deze belangen maken het optimaliseren van onderwijskansen voor alle jongeren tot een maatschappelijk relevante verantwoordelijkheid van de publieke gezondheidszorg. In de literatuur wordt gesuggereerd dat het investeren in het verbeteren van opleidingsniveau meer levens kan sparen dan de medische vooruitgang (Woolf, 2007). Daarnaast eist onze kenniseconomie een optimale benutting van ons leerkapitaal.

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De doelgroep van deze interventie zijn de MBO-studenten, die verzuimen na ziekmelding.

Intermediaire doelgroep

De interventie richt zich niet alleen op de individuele studenten. De jeugdarts voert de interventie uit als expert, in samenwerking met intermediaire groepen waaronder de ouders, de schoolleiding, schoolmedewerkers en de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider.

Selectie van doelgroepen

Er zijn geen contra-indicaties voor deelname aan de interventie.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van de interventie is het op korte termijn stabiliseren en op lange termijn verlagen van de ziekteverzuimcijfers, waardoor het aantal voortijdig schoolverlaters vermindert.

Te verwachten is dat door een beperking van verzuimgelegenheid en verzuimbehoefte het *aantal* verzuimmeldingen na een aanvankelijke stabilisering zal afnemen, en dat door beperking van de verzuimnoodzaak (zie 'onderbouwing' voor een uitleg van de begrippen verzuimgelegenheid, verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte), ook de *duur* van het ziekteverzuim na een aanvankelijke stabilisering zal afnemen.

- Na 3 jaar:
 - Is er een stabilisering van het aantal verzuimmeldingen in frequentie op schoolniveau.
 - Is er een stabilisering van de duur van het ziekteverzuim op schoolniveau.
 - Is het aantal voortijdig schoolverlaters op het MBO met ziekteverzuim als risicofactor afgenomen: er zijn aantoonbaar studenten 'binnen het MBO' gebleven mede dankzij M@ZL.
 - Na 5 jaar:
 - Is er een significante afname van het aantal verzuimmeldingen in frequentie op schoolniveau.
 - Is er een significante afname van de duur van het ziekteverzuim op schoolniveau.
 - Is het aantal voortijdig schoolverlaters op het MBO met ziekteverzuim als risicofactor afgenomen: er zijn aantoonbaar studenten 'binnen het MBO' gebleven mede dankzij M@ZL.
 - Verlaat geen enkele student met ziekteverzuim in de voorgeschiedenis de school, zonder dat deze begeleid is vanuit M@ZL.
-

Subdoelen

De subdoelen van M@ZL komen voort uit de integrale aanpak op schoolniveau en individueel niveau, die zich richt op zowel de (1) verzuimgelegenheid als de (2) verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte.

Subdoel 1: Beperking van de verzuimgelegenheid.

De schoolleiding heeft afspraken gemaakt over het melden en de aanpak van ziekteverzuim van studenten:

- Na 1 jaar is de werkwijze M@ZL opgenomen in het schoolverzuimbeleid.
- Na 3 jaar is de werkwijze M@ZL opgenomen in de onderwijs- en praktijkovereenkomst (OOK en PAK).

Studenten, hun ouders en de schoolmedewerkers weten dat, waarom en hoe er vanuit school aandacht wordt besteed aan ziekteverzuim, en kennen hun eigen rol en verantwoordelijkheden daarin:

- Na 1 jaar
 - hebben alle studenten, ouders en schoolmedewerkers kennis kunnen nemen van de visie achter en het doel van de werkwijze, evenals de manier van uitvoer.
 - is 80% van de studenten, ouders en schoolmedewerkers bekend met de visie, het doel en de werkwijze.
- Na 3 jaar is 95% van de studenten, ouders en schoolmedewerkers bekend met de visie, het doel en de werkwijze.

Studenten (en ouders) melden het ziekteverzuim volgens de afspraken van de school.

- Na 1 jaar zegt
 - 90% van de MBO-studenten dat het moeilijk is onopgemerkt weg te blijven.
 - 80% van de MBO-studenten afwezigheid altijd te melden.
 - 90% van de MBO-studenten de echte verzuimredenen altijd te melden
- Na 3 jaar zegt
 - 95% van de MBO-studenten dat het onmogelijk is onopgemerkt weg te blijven.
 - 95% van de MBO-studenten hun afwezigheid altijd te melden.
 - 90% van de MBO-studenten de echte verzuimredenen altijd te melden.

De schoolmedewerkers monitoren het verzuim en de re-integratie van de studenten.

- Na 1 jaar
 - weet 50% van alle schoolmedewerkers dat het monitoren van verzuim en re-integratie tot hun taken behoort.
 - wordt het verzuim en de re-integratie daadwerkelijk gemonitord door 50% van de schoolmedewerkers
- Na 3 jaar
 - weet 80% van alle schoolmedewerkers dat het monitoren van verzuim en re-integratie tot hun taken behoort
 - wordt het verzuim en de re-integratie daadwerkelijk gemonitord door 80% van de schoolmedewerkers

De jeugdarts neemt deel aan het ZAT (Zorgadvies Team) en heeft aandacht voor de (uitvoer van de) interventie.

- Na 1 jaar neemt de jeugdarts deel aan 70% van de ZAT's.
- Na 3 jaar neemt de jeugdarts deel aan 90% van de ZAT's.

Er is aandacht voor het ziekteverzuim van studenten door de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider:

- De betrokken leerplichtambtenaren weten dat de school bij de aanpak van ziekteverzuim werkt volgens M@ZL, en kennen de aanpak.
 - Na 1 jaar
 - zijn alle betrokken leerplichtambtenaren op de hoogte gebracht van de aanpak.
 - kennen de betrokken leerplichtambtenaren het doel van het gesprek met de student met 'zorgwekkend' ziekteverzuim (elke school bepaalt zelf wanneer sprake is van 'zorgwekkend', zie voor richtlijnen 'inhoud van de interventie'), en weten hoe dit gesprek inhoud en vorm te geven volgens de regels van M@ZL.
- De betrokken leerplichtambtenaren gaan op verzoek van de school in gesprek over het 'zorgwekkende' ziekteverzuim.
 - Na 1 jaar vindt er in 50% van de keren dat een student is aangemeld bij de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider binnen 2 weken een gesprek plaats.
 - Na 3 jaar vindt er in 80% van de keren dat een student is aangemeld bij de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider binnen 2 weken een gesprek plaats.
 - Na 5 jaar vindt er in 95% van de keren dat een student is aangemeld bij de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider binnen 2 weken een gesprek plaats.

Subdoel 2: Beperking van de verzuimnoodzaak en de verzuimbehoefte

De schoolmedewerkers merken het ziekteverzuim op en er wordt altijd contact opgenomen met de student.

- Na 1 jaar is er na ziekmelding in 50% van de keren binnen 3 dagen contact met de student vanuit school.
- Na 3 jaar is er na ziekmelding in 80% van de keren binnen 3 dagen contact met de student vanuit school.
- Na 5 jaar is er na ziekmelding in 95% van de keren binnen 3 dagen contact met de student vanuit school.

De schoolmedewerkers weten hoe het contact inhoud en vorm te geven:

- Na 1 jaar weet 50% van de betrokken schoolmedewerkers (zij die geacht worden contact op te nemen) hoe dit contact inhoud en vorm te geven.
- Na 3 jaar weet 80% van de betrokken schoolmedewerkers hoe dit contact inhoud en vorm te geven.
- Na 5 jaar weet 95% van de betrokken schoolmedewerkers hoe dit contact inhoud en vorm te geven.

Bij 'zorgwekkend' ziekteverzuim vindt er altijd een gesprek plaats op school en door school:

- Na 1 jaar vindt er in 50% van de keren dat er sprake is van 'zorgwekkend' ziekteverzuim (de criteria hiervoor zijn vastgelegd in het schoolbeleid) verzuimgesprekken plaats op school en door de school met de student.
- Na 3 jaar vindt er in 80% van de keren dat er sprake is van 'zorgwekkend' ziekteverzuim verzuimgesprekken plaats op school en door de school met de student.
- Na 5 jaar vindt er in 95% van de keren dat er sprake is van 'zorgwekkend' ziekteverzuim verzuimgesprekken plaats op school en door de school met de student.

De schoolmedewerkers kennen de redenen voor een consult bij de jeugdarts, en weten student en ouders daarvoor te motiveren:

- Na 1 jaar heeft de jeugdarts minimaal eenmalig uitleg gegeven aan schoolmedewerkers over het voeren van het gesprek op school en over de meerwaarde van het consulteren van de jeugdarts.
- Na 1 jaar is voor 95% van degenen die het verzuimgesprek binnen de school voeren duidelijk wat de jeugdarts kan betekenen indien er sprake is van 'zorgwekkend' ziekteverzuim.
- Na 3 jaar zijn alle schoolmedewerkers bekend met het werk van de jeugdarts.

De jeugdarts maakt samen met de student, de schoolmedewerkers en andere betrokken partijen een plan van aanpak / re-integratieadvies:

- Na 1 jaar heeft de jeugdarts de eerste consulten uitgevoerd en re-integratieadviezen gegeven.
- Na 3 jaar wordt 10% van de studenten met 'zorgwekkend' ziekteverzuim uitgenodigd bij de jeugdarts.

De tussenliggende resultaten kunnen ook gezien worden als effectmaten voor een succesvolle implementatie.

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De interventie kent activiteiten op twee niveaus: (1) op schoolniveau het aanscherpen van het ziekteverzuimbeleid, met daarin het opnemen van M@ZL, om de verzuimgelegenheid te verminderen, en (2) op individueel niveau het signaleren en begeleiden van de student met ('zorgwekkend') ziekteverzuim, om uiteindelijk door het organiseren van passende zorg en onderwijs, de verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte te verminderen. Het aanscherpen van het ziekteverzuimbeleid gaat vooraf aan het kunnen signaleren van de individuele student. Het signaleren en begeleiden is vervolgens opgebouwd uit verschillende stappen, die in opeenvolging worden uitgevoerd.

Schoolniveau

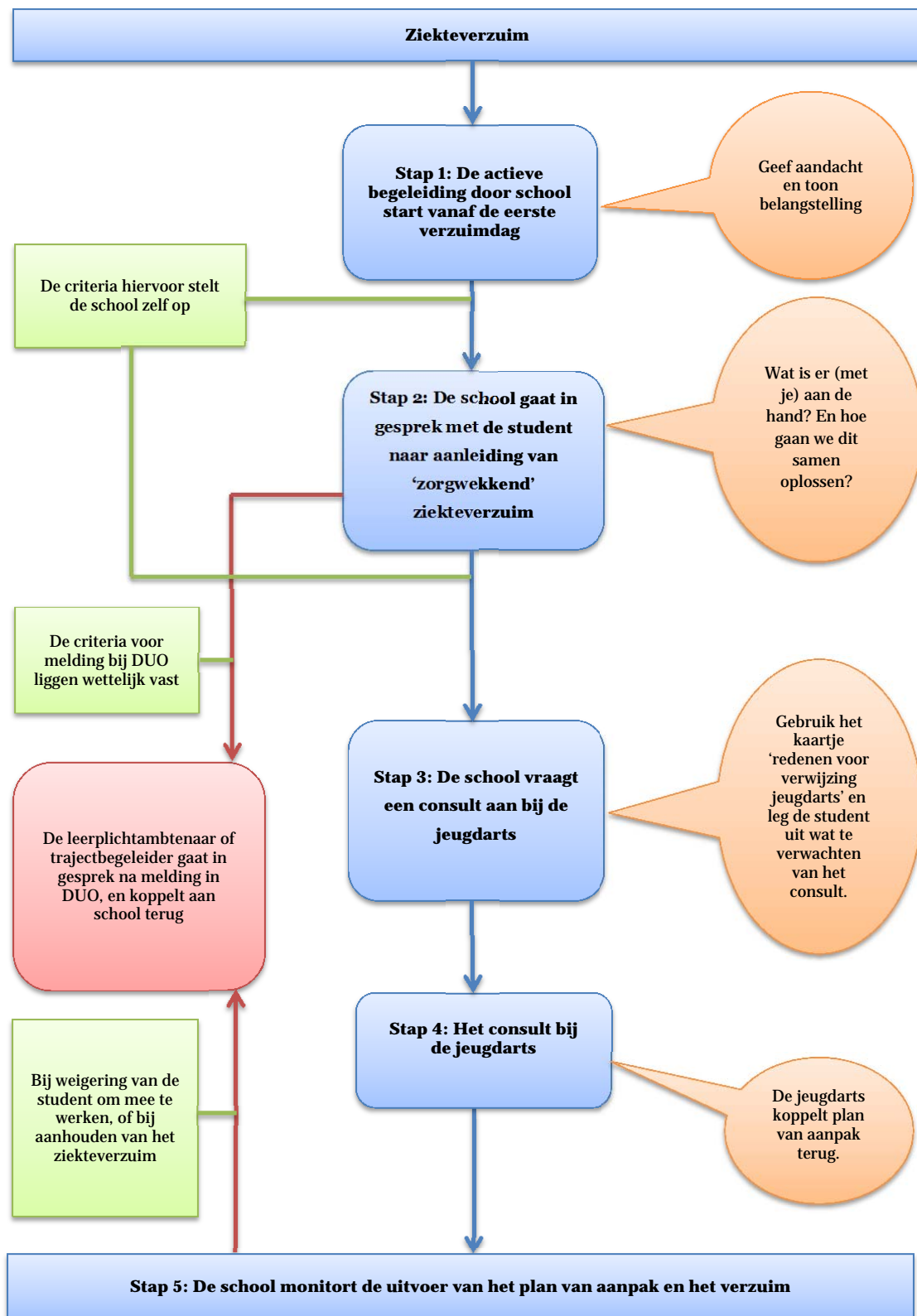
Met betrekking tot het aanscherpen van het ziekteverzuimbeleid worden afspraken gemaakt over het hoe en wanneer

- melden van het ziekteverzuim, en door wie (student/ouders);
- contact opnemen met de ziek gemelde student door school, en door wie;
- monitoren van ziekteverzuim en re-integratie door school, en door wie;
- hebben van aandacht voor ziekteverzuim door de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider.

Door deze expliciete aandacht (ook) voor ziekteverzuim, wordt (ook) de (ziekte)verzuimcultuur op school beïnvloed, die weer van invloed is op de verzuimgelegenheid.

Individueel niveau

De stappen zijn weergegeven in figuur 1: 'stappenplan in beeld'. Voor een uitleg van de stappen wordt verwezen naar het handboek, 2.1 De werkwijze in concrete stappen, en naar de 'Inhoud van de interventie' in dit werkblad.



Figuur 1: 'Stappenplan in beeld'

Locatie en uitvoerders

De interventie wordt deels uitgevoerd op school door schoolmedewerkers (stap 1, 2, 3 en 5) en de leerplichtambtenaar (na melding in DUO), en op de GGD/jgz-instelling door de jeugdarts (stap 4).

Inhoud van de interventie

Werving van scholen:

Alle drie betrokken partijen (zowel de MBO-school, als de gemeente als de jgz-instelling) kunnen het initiatief nemen het ziekteverzuim van MBO-studenten aan te pakken, vanuit het gemeenschappelijke belang. Dit vraagt om intersectoraal beleid en de bereidheid van alle drie de partijen hierop te willen inzetten.

Een MBO-school/opleiding kan deze wens zelf ofwel bij de gemeente ofwel de jgz-instelling kenbaar maken. De jgz-instelling kan ervoor zorg dragen dat ze voor de aanpak van ziekteverzuim op het MBO de methodiek M@ZL in huis hebben en dit aan de MBO-scholen/opleidingen in haar gemeenten kenbaar maken (via bijvoorbeeld haar website) aangeven. De gemeente kan samen met de jgz de aanpak van ziekteverzuim volgens M@ZL bij MBO-studenten prioriteren en ervoor zorgen dat de jgz-gelden hiervoor gebruikt mogen worden.

Het schoolniveau

Vanuit de getoonde bereidheid om het ziekteverzuim van de MBO-studenten volgens de methodiek M@ZL te willen aanpakken zal voor de school duidelijk worden dat de methodiek vraagt om het aanscherpen van het ziekteverzuimbeleid op schoolniveau. Hiermee start de aanpak op schoolniveau en een voorwaarde om vervolgens stappen te kunnen zetten met betrekking tot de inzet van de jeugdarts. In het 'nieuwe' ziekteverzuimbeleid wordt verzuim altijd gemeld, een ziekmelding niet slechts voor kennisgeving aangenomen, en is er altijd aandacht voor de student die verzuimt.

- Er worden afspraken gemaakt over hoe en wanneer de student zich ziek meldt
- Er worden afspraken gemaakt over hoe, wanneer en wie van de school op de ziekmelding van de student reageert.
- Er wordt afgesproken wanneer de school spreekt over 'zorgwekkend' verzuim. De criteria voor 'zorgwekkend' ziekteverzuim worden door de school zelf ingevuld, en volgen minimaal de wettelijk vastgestelde criteria voor melding van ziekteverzuim bij DUO. Dit 'vrijlaten' heeft te maken met de visie van de school en de haalbaarheid van de uitvoer (het vrijmaken van middelen). Als criteria kunnen bijvoorbeeld gelden: de verzuimomvang, de verzuimfrequentie, zorgen rondom de studievoortgang of bijvoorbeeld gedragsverandering in combinatie met regelmatig verzuim.
- Er wordt afgesproken dat ouder(s) in principe altijd betrokken worden als de student nog thuis woont, of jonger dan 18 jaar is. Als de jongere aangeeft het ongewenst te vinden dat zijn/haar ouders betrokken worden, dan wordt dit in eerste instantie gehonoreerd. Dit vanwege het recht op privacy van de jongere. Het niet nakomen van eerder gemaakte afspraken (zie stap 1) kan een reden zijn om ouders (alsnog) te (gaan) betrekken.
- Er wordt afgesproken wanneer en hoe de jeugdarts kan worden geconsulteerd. De schoolmedewerker bepaalt zelf, naar eigen inzicht, wanneer, en wordt daarbij ondersteund door de 'redenen voor verwijzing naar de jeugdarts' (zie handboek, stap 3), en de mogelijkheid van geanonimiseerde consultatie van de jeugdarts. Met behulp van de redenen voor verwijzing, de insteek vanuit de zorg voor de jongere, en het bewust zijn dat de omvang zorgelijk is, kunnen de ouders en de jongere gemotiveerd worden mee te werken. De school bepaalt of de

schoolmedewerker dit rechtsreeks kan doen, of na overleg. Dit is afhankelijk van de zorgstructuur binnen de school.

- Ook de consequenties voor de student van het niet nakomen van deze afspraken worden geëxpliciteerd, en ieders rol en verantwoordelijkheid wordt vastgelegd.

Bijvoorbeeld: de verzuimmelding vindt altijd telefonisch plaats voor 9:00 uur 's ochtends bij de receptie, met opgaaf van reden en opgaaf van bereikbaarheid voor telefonisch contact. De SLB-er neemt altijd binnen 24 uur telefonisch contact op met de student. Bij elke 4de verzuimmelding in 3 maanden of elke 8ste verzuimdag aaneengesloten, nodigt de SLB-er de student uit voor een verzuimgesprek op school. Dit gesprek vindt altijd plaats in aanwezigheid van ouder(s), indien de student nog thuis woont, ongeacht zijn/haar leeftijd, en als de student nog geen 18 jaar is, tenzij de student daarop tegen is. De SLB-er bepaalt in overleg met de zorgcoördinator of de student wordt aangemeld bij de jeugdarts. Als de student niet verschijnt op het consult van de jeugdarts wordt een melding gedaan bij de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider.

Hierna wordt er helder naar alle betrokken partijen gecommuniceerd over deze 'nieuwe' aanpak van ziekteverzuim, met expliciete vermelding van het doel en de reden. Het doel is het optimaliseren van de kans op het behalen van een diploma voor alle studenten. De reden is dat studenten met ziekteverzuim hierbij hinder kunnen ervaren. Daarom wordt hen extra zorg geboden. Het benadrukken van dit gemeenschappelijke doel, ook de student heeft immers baat bij het behalen van het diploma, versterkt de wederzijdse afhankelijkheid en de noodzaak om het in gezamenlijkheid aan te pakken.

Het individuele niveau

Stap 1: De actieve begeleiding door school start vanaf de eerste verzuimdag:

De individuele signalering en begeleiding van de student die zich ziek meldt begint met stap 1: de schoolmedewerker neemt contact op met de student en neemt een luisterende en betrokken houding aan. Er wordt gevraagd naar de reden van het verzuim. Het uitgangspunt is: ziek=ziek! Er worden met de student wel afspraken gemaakt over terugkeer naar school en het onderhouden van het contact. De student wordt daar mede verantwoordelijk voor gemaakt.

Stap 2: De school gaat in gesprek met de student (en ouders) naar aanleiding van 'zorgwekkend' verzuim:

Bij 'zorgwekkend' ziekteverzuim vindt er op en door school een verzuimgesprek plaats met de student (en ouders). In het verzuimgesprek wordt het gemeenschappelijke doel benadrukt en expliciet benoemd dat de zorg om en voor de student het uitgangspunt is bij een gesprek over ziekteverzuim.

In dit gesprek worden de zorgen en verantwoordelijkheden door de school met student en ouder(s) gedeeld. Student en ouders worden bewust gemaakt van het feit dat een dergelijke verzuimomvang buitenproportioneel en zorgelijk is, dat ouders invloed (kunnen) uitoefenen op het verzuimgedrag en de ziektebeleving van hun kind, en dat zij mede verantwoordelijk zijn hiervoor. Ouders wordt gevraagd mee te denken over mogelijke oorzaken (bijvoorbeeld de invloed van problemen thuis op het ziekteverzuim van hun kind, en voorbeeldgedrag), en over hun bijdrage aan het oplossen van het probleem (ondersteuning van hun kind, bijvoorbeeld bij het zoeken naar of accepteren van hulp). De schoolmedewerker maakt met de student (en ouders) afspraken over begeleiding, zorg en onderwijsdeelname. De student (en ouders) krijgt daarin zoveel mogelijk eigen verantwoordelijkheid.

Stap 3: De school vraagt een consult aan bij de jeugdarts:

Naar aanleiding van het gesprek met de student (en ouders) kan de schoolmedewerker het noodzakelijk vinden om zich te laten adviseren door de jeugdarts en een consult aanvragen bij de jeugdarts (stap 3). De schoolmedewerker weet hen daartoe te motiveren door uitleg te geven over het doel van dit consult en de positie van de jeugdarts (de arts staat naast de student en opereert vanuit zorg en heeft een beroepsgeheim), de meerwaarde/redenen van het consult, en de wettelijke kaders waarbinnen dit consult plaatsvindt (zie ook handboek, stap 3).

Stap 4: Het consult bij de jeugdarts:

Stap 4 houdt in dat de student (en ouders) door de jeugdarts wordt uitgenodigd voor een consult op de GGD/jgz-instelling. Voor de uitvoering van dit consult zijn adviezen opgesteld (zie het handboek 'M@ZL op het MBO': bijlage 8, en de landelijke handreiking 'Snel terug naar school is veel beter': bijlage 2). De jeugdartsen zijn daarin eveneens geschoold. De jeugdarts vermeldt het feit dat hij/zij er is om de student verder te helpen (aan een diploma) en benadrukt het gemeenschappelijke doel van alle partijen. De jeugdarts maakt een professionele probleemanalyse met een integrale focus vanuit het biopsychosociale model (Engel, 1977 en 1992), hierbij gebruik makend van de ICF-CY (zie onderbouwing), brengt draaglast en draagkracht in beeld, evenals ervaren knelpunten bij onderwijsdeelname, en optimaliseert zo nodig de (medische) zorg. De jeugdarts zet de student zoveel mogelijk in zijn eigen kracht, en geeft de student zo veel mogelijk eigen verantwoordelijkheid.

Vervolgens maakt de jeugdarts een plan van aanpak (er worden afspraken gemaakt over het terugdringen van frequent ziekteverzuim en het zoeken van hulp)/re-integratie-advies (een plan om, bij actueel ziekteverzuim, zo snel mogelijk weer naar school te kunnen gaan) voor de student en de schoolmedewerkers, zowel op proces als acties, en communiceert dit met de school. In een plan van aanpak staat bijvoorbeeld: er is afgesproken dat de student op korte termijn zelf een afspraak bij de huisarts maakt, dat de student de jeugdarts op de hoogte houdt van de bevindingen van de huisarts; dat bij het aanhouden van de klachten de student zelf weer contact opneemt met de jeugdarts. De jeugdarts doet een uitspraak over de te verwachte verzuimomvang in de toekomst ('De student hoeft niet meer dan gemiddeld te verzuimen. Bij de eerstvolgende verzuimmelding wordt de student opnieuw aangemeld bij de jeugdarts.') De student neemt zelf contact op met de SLB-er in verband met motivatieproblemen.

In een re-integratieadvies staat bijvoorbeeld: er is met de student afgesproken dat hij/zij vanaf morgen weer halve dagen naar school komt, waarna onderwijsdeelname in 6 weken tijd weer wordt uitgebreid naar volle dagen naar school, dat de student zelf met de SLB-er contact opneemt over het inhalen van opgelopen onderwijsachterstanden; de student komt over 1 maand terug op het spreekuur van de jeugdarts. Bij benodigde aanpassingen met betrekking tot het onderwijs vindt altijd onderling overleg plaats. Denk daarbij bijvoorbeeld aan extra begeleiding bij het plannen, meer tijd voor het maken van toetsen, het aanpassen van de onderwijsovereenkomst met betrekking tot de snelheid van het halen van gewenste studieresultaten het aanpassen van het onderwijsaanbod aan specifieke behoeften of beperkingen van de student. door een meer passend onderwijsaanbod kan de verzuimnoodzaak verminderd worden.

Stap 5: De school monitort de uitvoer van het plan van aanpak en het verzuim:

De school is verantwoordelijk voor het monitoren van het verzuim, en de uitvoer van de schoolgerelateerde afspraken uit het plan van aanpak. De school heeft afspraken gemaakt over wie hiervoor verantwoordelijk is. In geval de student weigert mee te werken aan het vinden van een oplossing of afspraken niet nakomt, spreekt de school hem/haar hierop aan. De student kan worden aangemeld bij de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider door het verzuim aan te merken als 'vermoedelijk ongeoorloofd'. Ook als de student niet op het consult verschijnt is het eveneens aan de school hem/haar hierop aan te spreken en hieraan consequenties te verbinden zoals

bijvoorbeeld melding bij de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider. Zo zorgt de school voor een sluitende zorgketen.

De jeugdarts neemt deel aan het ZAT (ZorgAdviesTeam) om zo de zorg en de werkwijze op elkaar af te kunnen stemmen, en knelpunten ten aanzien van het beleid en de uitvoer van M@ZL te kunnen bespreken. De jeugdarts evalueert de geboden zorg, en de school monitort (het verzuim van) de student (stap 5).

Het moge duidelijk zijn dat goede dossiervorming essentieel is voor het kunnen monitoren en doorpakken.

Om te voorkomen dat onderwijsachterstanden of de problematiek te groot worden, is het van belang snelheid in de gehele procedure te betrachten. Dit betekent dat zowel het gesprek op school, als het consult bij de jeugdarts, als het gesprek met de leerplichtambtenaar zo spoedig mogelijk moet plaatsvinden. Vraag de jeugdarts per omgaande aan de school te laten weten of de student op het spreekuur is verschenen en laat de jeugdarts binnen 2 weken met een plan van aanpak komen.

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

De interventie is ontwikkeld door de zorgcoördinatoren en acht studieloopbaanbegeleiders (SLB-ers) van een drietal MBO-scholen, vier jeugdartsen van de afdeling jeugdgezondheidszorg van de GGD in de regio West-Brabant, en twee onderzoekers van de vakgroep Sociale Geneeskunde van de Universiteit Maastricht. Hierbij werd gebruik gemaakt van de methode ‘interventionmapping’. Aan de hand van de landelijke handreiking ‘Snel terug naar school is veel beter’ (Vanneste, 2010), de ervaringen met M@ZL op het voortgezet onderwijs (Vanneste, 2009), en kennis vanuit de bedrijfsgeneeskunde, zijn in een aantal bijeenkomsten tussen projectleider en zorgcoördinatoren, en projectleider en onderzoekers, het kader van ziekteverzuim op het MBO en de vorm van de interventie geschetst. Er werd daarnaast gestart met een pilot, waarbij acht enthousiaste SLB-ers van deze drie MBO-scholen verzuimgesprekken gingen voeren en consulten konden aanvragen bij de betrokken jeugdartsen. De resultaten en ervaringen van deze pilot werden meegenomen tijdens een drietal focusgroepbijeenkomsten, waarbij de SLB-ers en de jeugdartsen aanwezig waren, samen met de zorgcoördinatoren en de projectleider. Naar aanleiding van hun ervaringen werd de interventie op inhoud verder ingevuld.

Er werd daarnaast gebruik gemaakt van het onderzoek ‘iedereen bij de les!’, waarbij vele MBO-studenten zijn bevroegd op (ziekte)verzuimaspecten. De folder is voorgelegd aan een aantal studenten. De afdeling leerplichtzaken werd op de hoogte gebracht van de ontwikkeling van het handboek. Het handboek is vervolgens aan de voorzitter van de landelijke brancheorganisatie voor leerplicht en RMC (Ingrado) voorgelegd.

Buitenlandse interventie

De interventie is niet in het buitenland ontwikkeld.

2.5 Vergelijkbare interventies

In Nederland uitgevoerd

‘M@ZL op het voortgezet onderwijs’ is opgenomen in de interventiedatabank en wordt in de regio West-Brabant op 16 scholen voor voortgezet onderwijs inmiddels uitgevoerd.

Naar aanleiding van de landelijke handreiking 'Snel terug naar school' zijn in Nederland vergelijkbare interventies voor ziekteverzuimbegeleiding van scholieren ontwikkeld. Deze zijn (nog) niet opgenomen in één van de databanken met (potentieel) effectieve interventies.

Overeenkomsten en verschillen

De landelijke handreiking geeft duidelijk de kaders aan, waarbinnen ziekteverzuimbegeleiding door de jeugdarts kan plaatsvinden. Regionaal kan e.e.a. verschillend worden ingevuld.

De ontwikkelde interventies verschillen met betrekking tot het wel/niet hanteren van vaste criteria voor verwijzing naar de jeugdarts. Ook de gehanteerde criteria voor frequent en langdurig ziekteverzuim verschillen van elkaar. De positionering van de jeugdarts – naast de school en vòòr de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider – wordt niet altijd gebruikt. Jeugdartsen worden in die gevallen niet door de school maar door de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider geconsulteerd, en worden dan gevraagd een uitspraak te doen over het al dan niet geoorloofd zijn van het ziekteverzuim. M@ZL benadrukt juist het belang van handelen vanuit zorg met een gemeenschappelijk doel. Bovendien richten de interventies zich veelal alleen op het aanmelden van de individuele scholier met frequent of langdurig ziekteverzuim, waarbij aandacht voor verzuimbeleid op schoolniveau ontbreekt.

De belangrijkste verschillen tussen M@ZL op het voortgezet onderwijs en M@ZL op het MBO:

- Bij M@ZL op het MBO wordt meer nadruk gelegd op de aanpak op schoolniveau.
 - Dit komt voort uit onderzoeksresultaten (Derriks, 2008) die laten zien dat veel studenten het verzuim niet eens melden, en dat de studenten ervaren dat er weinig aandacht voor hen is. Door het beperken van de verzuimgelegenheid kan al veel winst behaald worden met betrekking tot het terugdringen van ziekteverzuim.
 - Dit komt ook voort uit het feit dat veelal de reden 'een verkeerde opleidingskeuze' achter het verzuim kan zitten. Het achterhalen van een dergelijke reden is bij uitstek een taak voor de school zelf. dit heeft er toe geleid dat het handboek is geschreven voor het MBO en niet voor de jgz-instelling of de gemeenten. Het is het MBO die in eerste instantie moet kiezen voor deze aanpak, en het MBO kan er in ondersteund worden door de jgz.
 - De vaste criteria voor aanmelding van de student bij de jeugdarts zijn op het MBO losgelaten.
 - De MBO-scholen hebben de wens dat ze – als gevolg van bovenstaande begrijpelijk – M@ZL kunnen laten aansluiten aan hun eigenheid. Ze kunnen vaste aanmeldcriteria hanteren, maar moeten dit niet.
 - Dit doet ons inziens ook recht aan (de leeftijd van) de doelgroep (meer eigen verantwoordelijkheid). Middelbare scholieren zijn nog kwetsbaarder. Het aanmelden naar aanleiding van vaste criteria maakt het beschikbaar komen van zorg voor de leerling minder afhankelijk van de (inzet van de) school.
 - De rol van de leerplichtambtenaar / trajectbegeleider is beperkter, vanwege de leeftijd van de MBO-student. Er is gezocht naar het inbedden van M@ZL in wet- en regelgeving die meer past bij deze beperkte rol, en bij de overeenkomst tussen M@ZL en de bedrijfsgeneeskunde. Dit heeft geleid tot opname van (verplichte) deelname aan M@ZL-traject, inclusief het consulteren van de jeugdarts als de school dit noodzakelijk vindt, in de onderwijs- en praktijkovereenkomst (OOK en PAK).
 - De grootte van de omvang van veel MBO-scholen en het feit dat het vsv-probleem niet over alle opleidingen gelijk verspreid is, heeft er toe geleid dat de doelgroep voor het handboek de MBO-opleiding is en niet de MBO-school. Zo kunnen ook opleidingen binnen de school er mee aan de slag. Bij M@ZL op het voortgezet onderwijs wordt uitgegaan van deelname door de hele school.
-

Toegevoegde waarde

De interventie richt zich op een nieuwe doelgroep.

3. Onderbouwing

Oorzaken

De aanleiding van de interventie ligt in de rol die schoolverzuim wegens ziekte speelt bij het voorkomen van voortijdig schoolverlaten. Voortijdig schoolverlaten heeft grote gevolgen voor de maatschappij en het individu.

De meeste literatuur over (het voorkomen van) schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten benadrukt de voorkeur voor een integrale aanpak (Christenson, 2004; Smink & Reimer, 2005). Deze integrale aanpak richt zich tot nu toe vooral op activiteiten op en rond de school, zoals het aanscherpen van het spijbelbeleid (ongeoorloofd schoolverzuim), het ondersteunen van leerlingen met leerproblemen, maatregelen om onderwijsachterstanden te voorkomen, het stimuleren van een uitdagende leeromgeving, het verbeteren van de schoolorganisatie en het betrekken van ouders (de Baat, 2012). Echter, beleid dat zich richt op de aanpak van ziekteverzuim ontbreekt. Vanwege het feit dat ziekmelding plaatsvindt, en vanwege de (achterliggende) problematiek, is bij de aanpak van ziekteverzuim expertise op het gebied van gezondheidsproblemen en daaraan gerelateerde psychosociale problematiek gewenst, evenals het werken vanuit het brede biopsychosociale kader. Beiden vormen de basis voor het werk van de jeugdarts (Stahl, 2011; Adolfsson, 2011).

Aansluiting bij het beslissingsmodel

Bij de aanpak van ziekteverzuim door de jeugdarts is er enige analogie met de bedrijfsgeneeskunde: zoals de bedrijfsarts zich richt op de ziek gemelde werknemer, richt de jeugdarts zich op de ziek gemelde leerling. De verschillen tussen het werk van de bedrijfsarts en de jeugdarts liggen vooral in 1. het werken met andere stakeholders (de jongeren en hun ouders), 2. het 'zorgkarakter', en 3. het juridische kader.

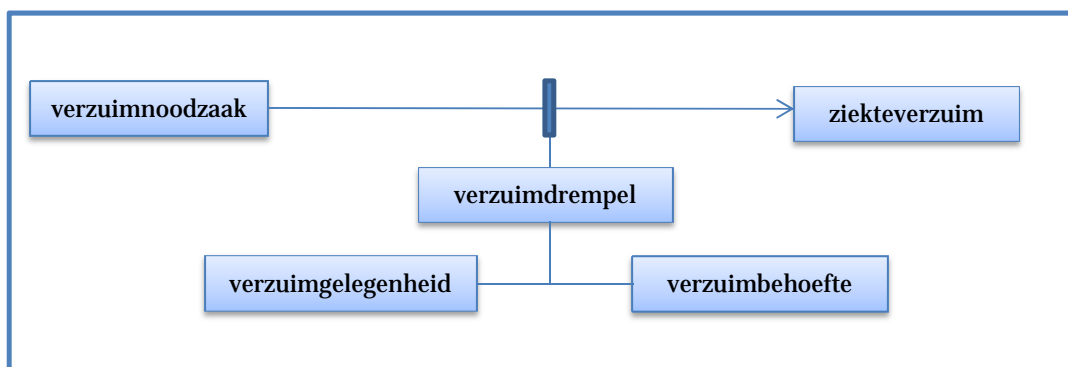
1. Wat betreft de stakeholders: de eigen regie van het individu dient als uitgangspunt voor het werken binnen de bedrijfsgeneeskunde. We zijn echter van mening dat deze eigen regie van een student (nog) niet (altijd) verwacht mag worden.
2. Het zorgkarakter is de basis voor samenwerking. M@ZL staat voor een integrale aanpak van ziekteverzuim op zowel organisatie- als individueel niveau, waarbij zowel de intersectorale samenwerking als de samenwerking met de doelgroep geborgd wordt. Bij de aanpak staat zoals gezegd de zorg en het belang van de student centraal, met als gemeenschappelijk doel voor alle betrokkenen het behalen van een sterkwalificatie. Dit doel is in belang van de school, die een zorgplicht heeft, en de jeugdarts, die tot taak heeft de groei en ontwikkeling van jongeren te optimaliseren. Uit ziekteverzuimonderzoek blijkt dat het hebben van een gemeenschappelijke doel de wederzijdse afhankelijkheid vergroot en draagt daarmee positief bijdraagt tot de samenwerking (Hoefsmit, 2013).
3. Zoals wellicht bekend bestaat er voor de inzet van de jeugdarts bij ziekteverzuim op school (nog) geen juridisch kader, in tegenstelling tot de inzet van de bedrijfsarts bij ziekteverzuim op de werkvloer.

Vanuit onze praktijkervaringen en vanwege de analogie met de bedrijfsgeneeskunde sluiten we in deze interventie aan bij het beslissingsmodel uit de bedrijfsgeneeskunde (Philipsen, 1969; Veerman, 1993; De Rijk, 2013; figuur 2). We gebruiken dit model vanwege de herkenbaarheid van

de te beïnvloeden factoren. Vanwege alle eerder geschetste verschillen is dit model enigszins gemodificeerd.

Het beslissingsmodel

Het beslissingsmodel gaat uit van de relatie tussen het individu en het werk (de school) waar het gaat om besluitvormingsproces(sen) resulterend in ziek en beter melden. In het model wordt er vanuit gegaan dat ziekteverzuim wordt bepaald door verzuimgelegenheid, verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte. Het doel van de interventie is een afname van het ziekteverzuim door meer grip op het ziekteverzuim. Deze afname wordt bewerkstelligd door het terugdringen van de verzuimgelegenheid, en beperking van de verzuimnoodzaak en de verzuimbehoefte. Door meer aandacht voor de ziek gemelde student (geen student blijft ongemerkt weg van school), en meer controle op ziekmelden, wordt de verzuimgelegenheid teruggedrongen. Door zicht op de achterliggende problematiek kunnen de verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte worden bepaald, en door het organiseren van passende zorg en onderwijs worden beperkt. Door de integrale aanpak over de scholen heen wordt ook preventief gewerkt door, bij overstap naar een andere MBO-school, de verzuimbehoefte op de 'nieuwe' school te voorkomen. Er wordt door scholen al veel gedaan om de binding met school te bevorderen. Deze interventie richt zich specifiek op het signaal dat door ziekteverzuim wordt afgegeven, om een volgende ziekmelding te voorkomen. De jeugdarts kan een cruciale rol spelen bij het onderscheid maken tussen verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte.



Figuur 2: Het beslissingsmodel (Philipsen, 1969; Veerman, 1993; De Rijk, 2013)

De beslissing om je bij bepaalde klachten (verzuimnoodzaak) ziek en/of beter te melden (de verzuimbeslissing) wordt beïnvloed door de verzuimbehoefte en de verzuimgelegenheid (het beslissingsmodel; Philipsen, 1969; Smulders & Veerman, 1990; De Rijk, 2013). Ziekte of klachten leiden dus niet altijd tot ziekteverzuim.

1. Bij verzuimgelegenheid gaat het om aspecten als formele regelgeving met betrekking tot verzuimmeldingen en consequenties van verzuim voor de studievoortgang en -stageplaats, verzuimcontroleprocedures, maar ook om aspecten als de verzuimcultuur binnen de opleiding. Controle staat hierin voorop.
2. De verzuimbehoefte verwijst vooral naar de waardering van en de binding met de opleiding of het werk/stageplaats: de inhoud van de studie en de mate waarin passend onderwijs/werk kan worden geboden, de motivatie voor de studie, de relatie met docenten, stagebegeleider en medestudenten, en de mate waarin je misbaar bent. Verzuimbehoefte ontstaat vaak pas bij aanwezigheid van klachten. Op het moment dat je je 'niet lekker' voelt gaan de aspecten van verzuimbehoefte een rol spelen bij je beslissing om wel of niet thuis te blijven. Verzuimbehoefte wordt niet door regelgeving afgedwongen.
3. Bij verzuimnoodzaak, die vooral wordt bepaald door ziektebeleving, spelen naast biomedische aspecten zoals ziekte, ook psychologische en sociale aspecten een rol. Denk bij psychologische aspecten bijvoorbeeld aan 'coping mechanismen', en bij sociale aspecten bijvoorbeeld aan

overdrachtmechanismen, kopieer- en voorbeeldgedrag en lage sociaal economische status. Al deze factoren zijn van invloed op het ontstaan, het verloop en de beleving van ziekte en klachten. Vanuit het systeemdenken, terug te vinden in het biopsychosociale model, doet het hele systeem mee. Dit houdt in dat er altijd aandacht is voor de opgroeisituatie en sociale omgeving van de jongere, en dat hierbij ouder(s) zo veel mogelijk betrokken dienen te worden. Door het beïnvloeden van de verzuimgelegenheid (meer controle), -noodzaak en -behoefte (een vertaalslag naar noodzakelijke zorg en aanpassingen) kan het ziekteverzuim verlaagd worden (Staal, 2013).

Het betrekken van de ouders:

Aangezien ouders (impliciet) verantwoordelijkheid zijn voor de opvoeding van hun kind is het vanzelfsprekend hen te betrekken bij de aanpak van het ziekteverzuim van hun kind, als deze nog thuiswonend is, ook al is hij/zij al ouder dan 18 jaar. Niet alleen kunnen ouders de ziekmelding en ziektebeleving beïnvloeden, ook kan er een relatie zijn tussen gezinsgerelateerde factoren en ziekteverzuim van de student. Voor de aanpak is niet alleen de bewustwording en spiegeling van gedrag en de invloed van ouders hierop van groot belang, maar ook het meedenken van ouders over de (mogelijke) oorzaken van het ziekteverzuim en het krijgen van inzicht in gezinsgerelateerde factoren die het ziekteverzuim beïnvloeden. Ook voor het oplossen van het achterliggende probleem is de samenwerking met ouders van essentieel belang.

Het gebruik van de ICF-CY:

Om zicht te krijgen op de factoren die een rol spelen bij de verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte maakt de jeugdarts gebruik van het ICF-CY (International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth). Het ICF-CY is een classificatiesysteem waarmee het functioneren van jongeren in detail kan worden beschreven vanuit verschillende perspectieven, zoals op het niveau van lichaamsfuncties, anatomische eigenschappen van het lichaam, activiteiten en participatie. In het ICF-CY model wordt, naast biomedische aspecten, ook veel aandacht besteed aan contextuele factoren. De ICF-CY legt de nadruk op het bevorderen van de participatie (hoe kun je drempels weghalen om te participeren?) en is mede daardoor zeer geschikt om te gebruiken bij het inschatten van verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte door de jeugdarts. De domeinen van de ICF-CY kunnen vervolgens op verschillende niveaus gebruikt worden binnen de interventie: 1. De professionele probleeminventarisatie, 2. Outcome measurements, en 3. De inzet van deelinterventies. Vervolgens kan ICF-CY weer gebruikt worden in de longitudinale follow-up om het functioneren van de jongeren te evalueren in het kader van de volgerantwoordelijkheid van de JGZ.

Aan te pakken factoren

Terugdringing van het ziekteverzuim betekent terugdringing van de verzuimgelegenheid, en beperking van de verzuimnoodzaak en de verzuimbehoefte. M@ZL grijpt aan op een aantal deelaspecten van deze factoren (zie ook figuur 3).

De verzuimgelegenheid wordt aangepakt door meer controle uit te voeren op ziekteverzuim. Dit gebeurt door regelgeving, communicatie hierover en monitoring.

- Het maken van afspraken over het melden van ziekteverzuim door studenten
- Het contact opnemen met de ziek gemelde student door school
- Bekendheid met de nieuwe verzuimaanpak bij alle schoolmedewerkers, studenten en ouders.

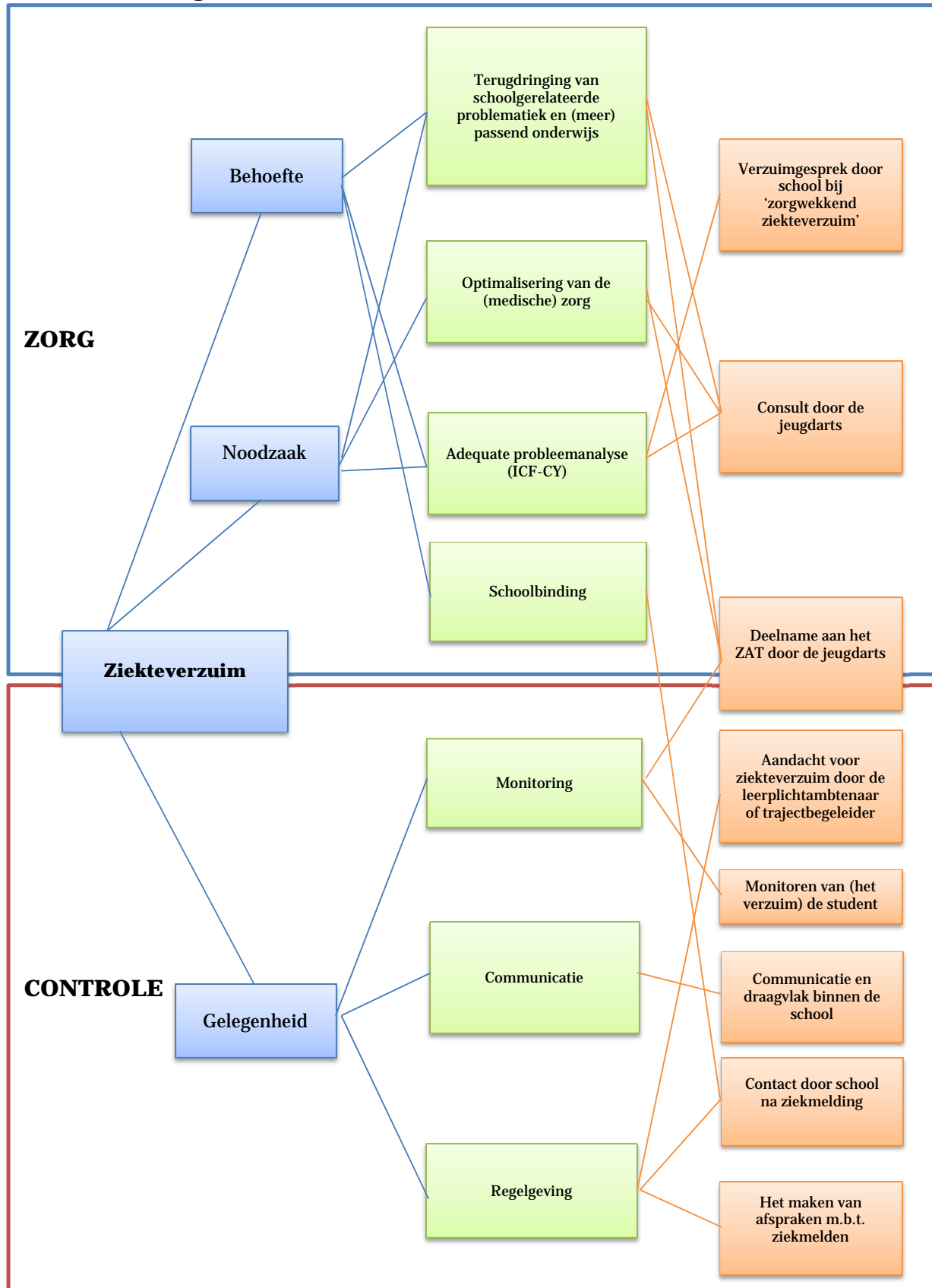
- De school monitort het verzuim en de re-integratie
- Aandacht voor ziekteverzuim door de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider
- De jeugdarts neemt deel aan het ZAT, en vraagt aandacht voor de interventie/ziekteverzuimbeleid.

De verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte worden allereerst beperkt door aandacht voor de student bij ziekmelding, waardoor de binding met school wordt bevorderd. Bij 'zorgwekkend' ziekteverzuim moet probleemanalyse, en daardoor signalering van achterliggende problematiek, duidelijkheid geven over de noodzaak en behoefte, waarna de (psychosociale en/of medische) zorg van de student geoptimaliseerd kan worden en de verzuimbehoefte kan worden teruggedrongen (het signaleren van en adviseren over motivatieproblemen, relationele problemen op school, en de noodzaak van passend onderwijs). De jeugdarts ondersteunt dit door het opstellen van een plan van aanpak / re-integratieadvies.

- Contact door school met de ziek gemelde student.
- Het verzuimgesprek op school bij 'zorgwekkend' verzuim
- Consult door de jeugdarts: probleemanalyse en een plan van aanpak / re-integratieadvies door de jeugdarts.

Het aanpakken van deze factoren dragen uiteindelijk bij aan het behalen van het einddoel, namelijk terugdringing van ziekteverzuim.

Verantwoording



Figuur 3: aangepast beslissingsmodel

Werkzame elementen

De werkzame elementen van M@ZL zijn:

- Een verzuimcultuur waarin wordt uitgestraald: 'Verzuim wordt altijd gemeld, en ook bij ziekteverzuim wordt gevraagd naar achterliggende redenen' (1,2,8)
- Versterken van de binding met school (2,3,4,5,6)
- Eigen kracht en verantwoordelijkheid van de student (1,2,3,8)
- Snelheid en vroegsignalering (2,3,4)
- Het betrekken van de ouders (1,2,3,4,5,7)
- Gemeenschappelijke doel en wederzijdse afhankelijkheid (3,4,8)
- Sociaal medische expertise van de jeugdarts, met biopsychosociale invalshoek (4)
- Betrokkenheid van de school (1,2,3,4,5,6)
- Monitoring en dossiervorming, waardoor ook doorpakken mogelijk wordt (1,2,3,4,5,6,7)
- Werken vanuit zorg (1,2,3,4,5,6,7)
- Plan van aanpak, waardoor passend onderwijs mogelijk wordt (3,4)

1 = duidelijke ziekmeldprocedure

2 = contact door school na ziekmelding

3 = verzuimgesprek door school bij 'zorgwekkend' ziekteverzuim

4 = consult door de jeugdarts

5 = plan van aanpak

6 = monitoring door school van (het ziekteverzuim van) de student

7 = melden bij de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider

8 = heldere communicatie op schoolniveau

4. Uitvoering

Materialen

De volgende materialen voor de uitvoer zijn via www.ggdwestbrabant.nl digitaal beschikbaar: Een handboek 'M@ZL op het MBO', inclusief het 'Stappenplan in beeld', een 'Gespreksleidraad voor het gesprek met de student op en door school', een 'Informatiefolder voor de student', een kaartje 'Redenen voor verwijzing naar de jeugdarts', een 'Aanmeldformulier voor een consult bij de jeugdarts', een 'Terugkoppelingsformulier voor de jeugdarts' en een 'Tekst met de aankondiging werkwijze M@ZL'.

Type organisatie

MBO-school/opleiding.

Opleiding en competenties

Voor alle schoolmedewerkers is het van belang dat er :

- een basisattitude is, waarbij als vanzelfsprekend wordt ervaren dat er aandacht is voor de student als persoon. We bevelen aan er zorg voor te dragen dat deze basisattitude bij alle medewerkers aanwezig is. Aangezien het de visie van het MBO is dat schoolmedewerkers werken vanuit deze basishouding, mag er van uit gegaan worden dat schoolmedewerkers hierop 'gescreend' worden. Het uitdragen van deze visie ondersteunt de aandacht voor de ziek gemelde student in het contact na ziekmelding, vanuit zorg voor de student.
- kennis is over het fenomeen ziekteverzuim (oorzaken en gevolgen). Deze kennis is niet vanzelfsprekend aanwezig. Het is van belang te regelen dat de jeugdarts hierover inlichtingen geven.

Voor hen die in gesprek gaan met de studenten bij 'zorgwekkend' ziekteverzuim: uit onderzoek is bekend dat het voeren van dit verzuimgesprek ervaren wordt als de grootste faalfactor bij het implementeren van M@ZL (Vanneste, 2103). Deze gespreksvoering vraagt niet alleen de bovengenoemde basisattitude en kennis over het fenomeen ziekteverzuim, maar ook

- een brede en integrale kijk op studenten, voorbij de studieresultaten en -voortgang.
- handvatten met betrekking tot de gespreksvoering ten aanzien van dit onderwerp.

Degene die het gesprek voert (dit zal naar verwachting de SLB-er zijn) heeft minimaal de 'Introductie cursus studieloopbaanbegeleiding' en de cursus 'Basiscommunicatie voor studieloopbaanbegeleiders' gevolgd. Deze post-hbo-cursussen worden landelijk aangeboden door de hogescholen.

Een training specifiek voor de verzuimgespreksvoering lijkt noodzakelijk, maar is (jammer genoeg) niet voorhanden. We bevelen aan deze training te ontwikkelen, zoals ook leidinggevend in het bedrijfsleven worden getraind voor het voeren van verzuimgesprekken. De jeugdarts kan ondertussen hierin wel ondersteunen door uitleg en tips te geven. In het handboek en de landelijke handreiking 'Snel terug naar school is veel beter' worden tips gegeven.

Voor de jeugdartsen verzorgt de NSPOH de leergang 'De jeugdarts sleutelrol bij verzuimbeleid'. Het is aan te bevelen om jeugdartsen deze opleiding te laten volgen, zodat zij beter geëquipeerd zijn de interventie uit te voeren.

Aanbevolen wordt intercollegiale toetsing voor de jeugdartsen te organiseren.

Kwaliteitsbewaking

Onder het kopje 'subdoelen' staan effectmaten, die gebruikt kunnen worden voor de evaluatie van de implementatie van de interventie. In de voorbereidingsfase wordt vastgesteld hoe en wanneer geëvalueerd wordt. De kwaliteit van de interventie wordt tijdens en na implementatie bewaakt in het ZAT.

Alle betrokken partijen, zowel de zorgcoördinator, als de jeugdarts en de leerplichtambtenaar / trajectbegeleider, hebben vanuit hun eigen professionaliteit de verantwoordelijkheid de kwaliteit van de uitvoer te bewaken. De kwaliteit zal bewaakt moeten worden via ontwikkelings- beoordelings- en functioneringsgesprekken.

Er is (nog) geen landelijk monitoringssysteem voorhanden.

Randvoorwaarden

De randvoorwaarden voor invoer van de ziekteverzuimaanpak volgens M@ZL zijn de volgende:

1. Draagvlak voor M@ZL

Voor de start van de implementatie van een nieuwe interventie is het allereerst van groot belang draagvlak te creëren bij de uitvoerders en alle betrokkenen. Maak het thema binnen de school bespreekbaar. Ervaart men ziekteverzuim als een probleem? Wat is de huidige werkwijze? Is er draagvlak voor de implementatie van M@ZL? Breng vervolgens de betrokken partijen bij elkaar: Is ook bij hen draagvlak voor de implementatie van M@ZL?

2. Intersectorale samenwerkingsafspraken

Voor de stappen 3 tot en met 5 zijn samenwerkingsafspraken met de JGZ en de afdeling LPZ van de gemeenten nodig. Bestaande afspraken tussen de organisaties worden aangevuld met specifieke afspraken voor ziekteverzuimbegeleiding. De school vraagt de JGZ de mogelijkheid te creëren voor consulten bij de jeugdarts en maakt concrete (termijn) afspraken met de JGZ. Maak ook afspraken over deelname ZAT en mogelijkheden voor ondersteuning van de schoolmedewerkers met betrekking tot de gespreksvoering. De school maakt met de leerplichtambtenaren afspraken over het snel en adequaat oppakken van een melding via DUO bij ziekteverzuim.

3. Afspraken op schoolniveau

Om de werkwijze M@ZL daadwerkelijk te kunnen uitvoeren zoals beschreven moeten er eerst beleidsmatig een aantal besluiten genomen worden, die vervolgens concreet in afspraken omgezet worden. Hieronder volgen per stap de benodigde beleidsmatige beslissingen:

- Voor de uitvoering zoals beschreven in stap 1 is het van belang dat de school heldere afspraken maakt over de meldprocedure bij ziekte en over de reactie vanuit de school op de ziekmelding. Wie meldt ziek (de student of de ouders), hoe wordt de ziekmelding gedaan (telefonisch of per mail), en bij wie? Door wie, wanneer en hoe wordt vervolgens vanuit school gereageerd wordt op de ziekmelding?
- De school beslist met wie (student en/of ouders), door wie en wanneer het verzuimgesprek, zoals vermeld in stap 2, plaatsvindt. De SLB-er is de meest voor de hand liggende persoon om in gesprek te gaan met de student. De SLB-er is verantwoordelijk voor de studievoortgang van de student en onderhoudt vanuit die functie al contacten met de student. Afhankelijk van bijvoorbeeld de beschikbaarheid, de organisatie van de zorgstructuur en de expertise kan de school een andere keuze maken, bijvoorbeeld de verzuimcoördinator, trajectbegeleider of zorgcoördinator. De criteria voor 'zorgwekkend' ziekteverzuim worden door de school zelf

ingevuld, en volgen minimaal de wettelijk vastgestelde criteria voor melding van ziekteverzuim bij DUO. Zorgen rondom de studievoortgang, of b.v. gedragsverandering in combinatie met het verzuim kunnen reden zijn voor het in gesprek gaan met de student. Ook het niet nakomen van de eerder gemaakte afspraken (stap 1) is een reden voor een gesprek.

- Voor het aanvragen van een consult (stap 3) en het ontvangen van de terugkoppeling, inclusief de interne communicatie over en uitvoer van het advies van de jeugdarts (stap 5) maakt de school afspraken over wie hierover gaat en verantwoordelijkheid is.

4. Het opnemen van de afspraken uit de werkwijze M@ZL in het schoolverzuimbeleid en de studentenovereenkomst.

5. Communicatie met alle betrokken partijen

Communiqueer helder met alle betrokken partijen, zowel de student, als de ouders en alle medewerkers van de school (directie, SLB-ers, trajectbegeleiders, zorgcoördinatoren, en andere betrokkenen), over het nieuwe schoolverzuimbeleid. Aanbevolen wordt dit via meerdere kanalen te laten plaatsvinden, bijvoorbeeld op de site (bijlage 7) en op (bestaande) overleggen. Voor het motiveren en creëren van draagvlak is het van groot belang dat de visie achter het nieuwe beleid helder is. De strekking van de communicatie is:

- Op het MBO wordt bij verzuim altijd, met opgave van de reden, afgemeld.
- Het aanspreken op verzuim is vanzelfsprekend op het MBO; Bij alle verzuim, dus ook bij ziekteverzuim, wordt nagegaan wat de reden van het verzuim is.
- In voorkomende gevallen wordt door de school aan de jeugdarts gevraagd een advies te geven. De student wordt verwacht hieraan mee te werken. Zo niet, dan wordt de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider hiervan op de hoogte gesteld.

6. Een adequate (toegang tot de) verzuimregistratie en leerlingvolgsysteem, inclusief een koppeling met BPV (Beroepspraktijkvorming, stageplaats)

7. Inventarisatie van de behoefte aan en regelen van professionalisering binnen de school

Is deskundigheidsbevordering in gespreksvoering nodig? Momenteel zijn de voortgangsgesprekken tussen de SLB-er en de student vooral gericht op de voortgang van de leerdoelen van de student, de portfolio en het doorlopen van de opleiding. De medewerkers van het MBO hebben niet als vanzelfsprekend een holistische visie op de student en inzicht in het feit dat een ziekmelding kan leiden naar meerdere problemen, op school en/of in de thuissituatie. Bovendien wordt het gesprek rondom ziekteverzuim vaak ervaren als lastig. Zij vrezen hun goede relatie met student en ouders en missen de medische expertise om de ziekmelding van de student op waarde te schatten (Vanneste, 2013). Zij hebben evenmin toegang tot medische gegevens, terwijl dit voor een goede begeleiding soms wel wenselijk is.

8. Reserveer extra budget voor implementatiekosten

Implementatie

In het handboek en onder het kopje 'subdoelen' worden aanwijzingen gegeven voor de implementatie. Meetbare effectmaten, zoals opname van de werkwijze in beleidsstukken, bekend zijn met de werkwijze, het melden van verzuim door de studenten, het hebben van contact na verzuimmelding, het voeren van verzuimgesprekken, en het consulteren van de jeugdarts, geven aanwijzingen voor een succesvolle implementatie. Zie voor uitgebreidere informatie het handboek. Een implementatieplan is (nog) niet beschikbaar.

Kosten

Er zijn geen licentiekosten aan deze interventie verbonden. De materialen zijn voor iedereen gratis beschikbaar. Los van het feit dat gesteld kan worden dat de uitvoer van het ziekteverzuimbeleid volgens M@ZL in principe tot de reguliere taak van een school behoort, wordt wel geadviseerd in het eerste jaar extra implementatiekosten te berekenen voor een projectmatige aanpak.

Bijeenkomsten en extra inzet zijn nodig voor het organiseren van de randvoorwaarden, als ook het trainen van de schoolmedewerkers in de gespreksvoering. In de volgende jaren is het eveneens van belang om bereikte resultaten te monitoren. Ook hiervoor moeten extra kosten gemaakt worden.

Voor het berekenen van de kosten wordt gebruik gemaakt van het rapport 'Investeren in opvoeden en opgroeien loont!' (Dam en Prinsen, 2013). Hierin wordt het onderzoek naar de kosteneffectiviteit van M@ZL (VMBO) gepresenteerd. In dit rapport wordt uit gegaan van het altijd consulteren van de jeugdarts als de omvang of frequentie van het ziekteverzuim van de scholier voldoet aan een van de M@ZL-criteria: elke 4^{de} melding in 3 maanden tijd of bij de 7^{de} ziektedag aaneengesloten. Naar schatting voldoet 7% van de middelbare scholieren aan een van de criteria, en kost het consult, inclusief overleg, de jeugdarts 1,5 uur. Zo komt men uit op een kostenpost van €17 per op de school ingeschreven student. Hiervan komt €4 voor rekening van de school (opzetten en evalueren van het beleid, scholing in gespreksvoering), en €13 voor rekening van de jgz (consulturen jeugdarts, uren ter ondersteuning van opzet en uitvoer van beleid op schoolniveau, inclusief ondersteuning in gespreksvoering door schoolmedewerkers). Aangezien de kostenpost voor school niet afhankelijk is van het aantal aangevraagde consulten bij de jeugdarts wordt de kostenpost voor de school uit dit onderzoek overgenomen. Voor een MBO-school met 1.000 ingeschreven studenten komt het implementeren van M@ZL neer op een extra kostenpost van €4.000 per jaar (€4 per ingeschreven student).

Het vrijmaken van gelden:

Voor de school: Denk aan de mogelijkheid om de implementatie te financieren vanuit vsv-gelden. De JGZ kan de consulten en ondersteuning bekostigen uit het extra adolescentencontactmoment.

5. Onderzoek naar praktijkervaringen

Onderzoek en resultaten praktijkervaringen

a. Van januari tot juli 2013 heeft een pilot plaatsgevonden, begeleid door onderzoek. Het betreft een interne, niet gepubliceerde rapportage (GGD West-Brabant, 2013).

b. Vanaf januari gingen de betrokken SLB-ers in gesprek met student (en ouders) bij 'zorgwekkend' ziekteverzuim en konden consulten worden aangevraagd bij de jeugdarts. In totaal zijn in de onderzoeksperiode ongeveer 60 verzuimgesprekken gevoerd door de acht SLB-ers, en zijn 20 consulten aangevraagd.

Het begeleidende onderzoek betrof een behoefteanalyse en een procesevaluatie. De onderzoeksmethode bestond uit focusgroepbijeenkomsten met de uitvoerders van de interventie (drie zorgcoördinatoren en acht SLB-ers van drie MBO-scholen, en drie jeugdartsen). Het doel van de pilotfase was ervaring opdoen met het regelen van toegankelijk zorgaanbod en sluitende zorg in geval van ziekteverzuim op het MBO. Vragen als 'Hoe doen we dat?', 'Behoeft de werkwijze M@ZL zoals beschreven voor het voortgezet onderwijs bijstelling?' en 'Wat hebben we nodig?' vormden een uitgangspunt bij het bespreken van het onderwerp in de eerste focusgroepbijeenkomst. Bij de tweede en derde bijeenkomst werden deze vragen besproken, ook aan de hand van ervaringen met verwijzing en (cijfermatige) input. Ook de vraag 'Wat maakt dat deze interventie wel of niet gaat werken?' stond centraal. Het antwoord op deze vraag gaf zicht op de succes- en faalfactoren.

c. De meest relevante resultaten:

- Zicht op de barrières voor verwijzing naar de jeugdarts. Er is bij SLB-ers onduidelijkheid over
 - de meerwaarde van de jeugdarts en
 - over hun mogelijkheden om de student te 'verplichten' gehoor te geven aan de uitnodiging voor dit consult.
- Zicht op succes- en faalfactoren:
 - Faalfactoren:
 - Geen prioritering, waardoor er geen middelen (tijd) worden vrijgemaakt om de interventie te implementeren.
 - Geen toegang tot het aanwezigheidsregistratiesysteem.
 - Geen cultuur waarbij de student werkelijk centraal staat. Het is niet alleen belangrijk 'elke student telt!' met de mond belijden, maar ook dit beleid door te voeren in de hele organisatie.
 - Geen goede afbakenen van verantwoordelijkheden, van de uitvoerenden, de student en de ouders.
 - Er wordt niet uitgedragen dat de aanpak werkt wordt vanuit zorg voor de student.
 - Succesfactoren:
 - Reële verwachtingen hebben over de 'winst'. Meer begrip, minder frustratie en inzicht in redenen waarom de student een opleiding verlaat, is ook 'winst'.
 - Draagvlak binnen de organisatie. Iedereen moet het gaan doen.
 - Duidelijkheid over de meerwaarde, van zowel M@ZL als de jeugdarts.
 - Goede communicatie, elkaar bevragen en aanspreken, consulteren: samen doen!

- Een verzuimcultuur waarin wordt uitgestraald dat verzuim altijd gemeld wordt, en dat het ook bij ziekteverzuim 'normaal' is dat gevraagd wordt naar achterliggende redenen.

Op basis van de resultaten zijn hulpmiddelen ontwikkeld ('Gespreksleidraad voor het gesprek met de student op en door school', de 'Informatiefolder voor de student', het kaartje 'Redenen voor verwijzing naar de jeugdarts'), en zijn de randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie geformuleerd.

Casuïstiek – Voorbeelden uit de praktijk!

Het is september 2012 als Kevin door de SLB-er wordt verwezen naar de jeugdarts. Kevin is twintig jaar en doet, vanwege een hoog ziekteverzuim, voor de derde keer de derde klas mediavormgeving. Hij geeft aan sinds 2 jaren heftige hoofdpijnklachten te hebben. Uitgebreid onderzoek in het ziekenhuis heeft geen medische verklaring hiervoor opgeleverd. Eind vorig schooljaar heeft de school hem vanwege zijn medische situatie nog een laatste kans geboden. Aangezien Kevin vooral van school verzuimt, op het stageadres is hij meestal wel aanwezig, vermoedt de school een motivatieprobleem. De jeugdarts vermoedt AD(H)D. Uit het dossier blijkt dat hij van jongs af aan concentratieproblemen heeft. Nadat ADHD-medicatie en begeleiding is gestart gaat het beter met Kevin. Ook is hij ontvankelijker voor begeleiding door school met betrekking tot het plannen van zijn activiteiten en opdrachten. De jeugdarts adviseert de school het ziekteverzuim te blijven monitoren en bij elke verzuimmelding een gesprek te hebben met Kevin.

Priscilla is 18 jaar en komt op het verzuimspreekuur van de jeugdarts op verzoek van de school. Ze zit al vanaf eind september thuis. Die zomer werd zij vastgehouden in een politiecel vanwege een onterechte verdenking. Zij heeft deze gebeurtenis als zeer traumatisch ervaren. Ze kreeg van de huisarts kalmeringsmiddelen nadat ze zelf slachtofferhulp had geweigerd. Ze wil stoppen met de opleiding. De school vraagt sociaal te veel van haar, ze kan haar hoofd er niet goed bijhouden. Ze heeft veel lichamelijke klachten, en is erg moe. Onderzoek bij de specialist levert tot nu toe niets op. De jeugdarts bespreekt met haar en haar ouders de mogelijkheden van traumaverwerking, waar ze nu meer voor open staat. De jeugdarts spreekt af dat ze op korte termijn hulp zoekt en verwijst haar. De jeugdarts geeft de bevindingen, met toestemming van Priscilla, door aan school en vraagt de school in overleg te gaan met haar over mogelijkheden van verlenging van de opleiding.

Jeroen is 17 jaar en wordt vaak ziek gemeld. Bij navraag door de SLB-er geeft hij als reden voor zijn verzuim hoofdpijnklachten op. Jeroen kijkt je vaak niet aan tijdens het gesprek. De docenten vinden hem lui en ongeïnteresseerd. De SLB-er vermoedt motivatieproblemen. Uit het gesprek bij de jeugdarts blijkt dat hij wordt thuisgehouden om huishoudelijk werk te doen. Moeder is chronisch ziek. Uit schaamte heeft hij daarover niets gezegd op school. Met toestemming van Jeroen en moeder, die aanwezig is bij het consult, wordt school ingelicht. Samen met de school wordt gekeken naar mogelijkheden voor extra begeleiding vanuit school.

Audrey is 16 jaar en gaat naar de eerste klas van het MBO. Ze meldt zich vaak ziek vanwege allerlei gezondheidsklachten. Uit het verzuimgesprek op school blijkt dat er thuis veel problemen zijn: broer zit in de gevangenis, moeder is ernstig ziek, en sinds de scheiding van haar ouders heeft ze geen contact meer met haar vader. De jeugdarts bespreekt met haar dat ziek thuis blijven geen optie is. School geeft juist afleiding en helpt haar verder. Er wordt vanuit school extra begeleiding geregeld voor Audrey. Audrey wordt door school opgevangen op het moment dat ze zich niet lekker voelt, en door het begrip voor haar thuissituatie krijgt ze van school meer tijd om haar verplichtingen ten aanzien van de schoolvorderingen na te komen.

Paul is 18 jaar en verzuimt veel van school. Hij meldt zich ziek, maar school vermoedt motivatieproblemen. Bij navraag blijft Paul zich verschuilen achter zijn lichamelijke klachten. Hij

zegt naar de huisarts te gaan, die hem, zo vertelt Paul, wil doorverwijzen naar de specialist. Omdat het allemaal erg lang duurt vraagt de school toch een consult aan bij de jeugdarts. De jeugdarts overlegt, met toestemming van Paul, met de huisarts. Dan blijkt dat hij de huisarts nog niet bezocht heeft vanwege de klachten. Als de jeugdarts hem daarmee confronteert komt de aap uit de mouw: Paul wil helemaal niet naar de bakkersopleiding, maar durft het thuis niet te vertellen. Zijn vader wil dat hij het bedrijf overneemt. Dit wordt met de ouders besproken. Samen met school wordt naar een oplossing gezocht.

6. Onderzoek naar de effectiviteit

Onderzoek in Nederland

Er is in Nederland geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze interventie.

Onderzoek naar vergelijkbare interventies

Momenteel wordt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van M@ZL op het voortgezet onderwijs. De resultaten worden in 2014 verwacht.

Onderzoek naar de effectiviteit van de aanpak van schoolverzuim:

In Nederland zijn geen onderzoeken tot nu toe bekend die een volledig inzicht geven in de effectiviteit van werkwijzen ter preventie van schoolverzuim of voortijdig schoolverlaten (de Baat, 2012). Wel is uit onderzoek bekend dat een aantal concrete aspecten bij het tegengaan van schoolverzuim, zoals het analyseren van achterliggende problematiek bij spijbelen, het betrekken van ouders en sanctioneren en monitoren, effectief blijken (Baker, Sigmon & Nugent, 2001; Nation et al., 2003; Severiens & Verstegen, 2006; Smink & Reimer, 2005; de Baat, 2012). Zo weten we ook uit onderzoek dat het vergroten van ouderbetrokkenheid de kans op schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten verkleint (WRR, 2009; Durlak, 1997; Junger-Tas, 2002; Burik, 2007). Er is reden om te veronderstellen dat deze maatregelen ook bij de aanpak van ziekteverzuim effectief zijn.

Binnen de bedrijfsgeneeskunde zijn interventies die ziekteverzuim moeten terugdringen, en die aangrijpen op de verzuimgelegenheid en hersteldrempel (verzuimbehoefte en verzuimgelegenheid), effectief gebleken (Bergendorff, 2001; Cuelenaere, 2001; Franche, 2005; Van Echtelt, 2012; Staal, 2013).

7. Aangehaalde literatuur

Adolfsson, M., Malmqvist, J., Pless, M., & Granuld, M. (2011). Identifying child functioning from an ICF-CY perspective: Everyday life situations explored in measures of participation. *Disability and rehabilitation*, 33(13-14), 1230-1244.

Allen, J., & Meng, C. (2010). *Voortijdig schoolverlaters: aanleiding en gevolg: redenen voor vsv: passend beleid kan een deel van vsv voorkomen, 'beïnvloedbare redenen'*. Onderzoek van het Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA) van de Universiteit Maastricht. Binnengehaald op 21 september 2013 van http://vorige.nrc.nl/multimedia/dynamic/00299/roa_299452a.pdf.

Avvisati, F., Besbas, B., & Guyon, N. (2010). Parental Involvement in School: A Literature Review. *Revue d'économie politique*, 20(5), 759-778.

Baat, M. de, & Messing, C. (2012). *'Wat werkt bij het voorkomen van schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten?'* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Binnengehaald op 21 september 2013 van http://www.sejn.nl/nl/Watwerkt_VSVenverzuim.pdf.

Battin-Pearson, S. (2000). Predictors of Early High School Dropout: A Test of Five Theories. *Journal of Educational Psychology*, 9(3), 568-82.

Baxter, S.D., Royer, J.E., Hardin, J.W., Guinn, C.H., & Devlin, C.M. (2011). The relationship of school absenteeism with body mass index, academic achievement, and socioeconomic status among fourth-grade children. *J Sch Health*, 81(7), 417-23.

Beckers, I., & Traag, T. (2005). Met een startkwalificatie betere kansen op de arbeidsmarkt. Sociaal-economische Trends. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. Binnengehaald op 21 september 2013 van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/publicaties/artikelen/archief/2005/2005-1816-wm.htm>.

Bergendorff, S., & Dalia Gordon (2001). Vocational and other non-medical interventions. In Bloch FS & Prins R. (ed). *Who returns to work & why. A six-country study on work incapacity & reintegration*. New Brunswick, NJ: Transaction publishers.

Burik, A.E., Elderman, E.R., Persoon, A.M., & Rutten, E.A. (2007). Evaluatie justitiële interventies schoolverzuim. Woerden: Adviesbureau Van Montfoort. Binnengehaald op 21 september 2013 van <http://repository.tudelft.nl/view/wodc/uuid%3A3532574e-4403-445f-93b4-69f7c4eb7f86>.

Christenson, S.L., & Thurlow, M.L. (2004). School Dropouts: Prevention Considerations, Interventions, and Challenges. *American Psychological Society*, 13(1), 36-9.

Cuelenaere, B., & Prins, R. Factors influencing work resumption: a summary of major findings. In Bloch FS & Prins R. (ed). *Who returns to work & why. A six-country study on work incapacity & reintegration*. New Brunswick, NJ: Transaction publishers.

Cutler, D.M., & Lleras-Muney, A. (2006). Education and Health: Evaluating Theories and Evidence. National Poverty Center Working Paper Series Paper no. 12352. Binnengehaald op 21 september 2013 van <http://www.chrp.org/pdf>.

Dam, P., & Prinsen, B. (2013). Rapport 'Investeren in opvoeden en opgroeien loont!' www.vka.nl.

Derriks, M., Kat, E. de, Voncken, E. (2008). Rapport Iedereen bij de les! Externe evaluatie pilots 100% actie terugdringen VSV. FMG: Research Institute Child Development and Education (CDE). Binnengehaald op 21 september 2013 van <http://dare.uva.nl/record/306983>.

De Rijk, A. (2013). *Handbook of Work Disability: Prevention and management*. Work Disability Theories: a taxonomy for researchers, (pp 475-513). Springer Science + Business Media New York.

Durlak, J.A. (1997). *Successful prevention programs for children and adolescents*. New York/London: Plenum Press.

Echtelt, P. van (2012). Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in internationaal perspectief. In: M. Versantvoort en P. van Echtelt, Belemmerd aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen (p. 84-104). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Binnengehaald op 21 september 2013 van <http://www.scp.nl>.

Eekelen, J.H.A. van. (2010). Thuiszittersonderzoek Ingrado 2008-2009. Oost west, thuis is het ook niet alles. Binnengehaald op 21 september 2013 van <http://www.nji.nl/nl/Kennis>.

Eimers, T., & Bekhuis, H. (2006): Vroeg is nog niet voortijdig. Binnengehaald op 21 september 2013 van <http://www.aanvalopschooluitval.nl/userfiles/file/Vroeg%20is%20nog%20niet%20voortijdig.pdf>.

Engel, G. (1977 en 1992). Biopsychosociale model. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, (4286), 129-136. Reprinted in: *Family Systems Medicine*, 10(3), 317-331.

Extra adolescentencontactmoment. www.ggdkennisnet.nl.

Franche, R., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., & Frank, J. (2005). Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15, 4.

Freudenberg, N., & Ruglis, J. (2007). Reframing school dropout as a public health issue. *Prev chronic Dis*, 4(4),1-11.

Hoefsmit, N., De Rijk, A., & Houkes, I. (2013). Work resumption at the price of distrust: a qualitative study on return to work legislation in the Netherlands. *BMC Public Health*, 13, 153.

Jones, R., Hoare, P., Helton, R., Dunhill, Z., & Sharpe, M. (2009). Frequent medical absences in secondary school students: survey and case-control study. *Arch Dis Child*, 94, 763-767.

Junger-Tas, J. (2002). Diploma's en goed gedrag II: Preventie van antisociaal gedrag in het onderwijs. Den Haag: Ministerie van Justitie. Binnengehaald op 21 september 2013 van <http://members.multimania.nl/veiligeschool/Preventie%20van%20antisociaal%20gedrag.pdf>.

Kataoka, S., Zhang, L., & Wells, K. (2002). Unmet need for mental health care among US children: variation by ethnicity and Insurance status. *Am J Psychiatry*, 159, 1548-55.

Kearney, C.A. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28, 451-471.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demier, O., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national Co-morbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 593-602.

Lundborg, P. (2008). The Health Returns to Education - What Can We Learn from Twins? Binnengehaald op 21 september 2013 van http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1113685.

Mackenbach, J.P. (2006). Health Inequalities: Europe in Profile, in Tackling Health Inequalities: Governing for Health. European Commission: Rotterdam. Binnengehaald op 21 september 2013 van http://www.who.int/social_determinants/resources/european_inequalities.pdf.

Mittendorfer-Rutz, E., Hensing, G., Westerlund, H., Backheden, M., & Hammarström, A. (2013). Determinants in adolescence for adult sickness absence in women and men: a 26-year follow-up of a prospective population based cohort (Northern Swedish cohort). *BMC Public Health*, 13, 75.

NIPO het marktonderzoeksinstituut. (2002). Rapport: Schoolverzuim in het Voortgezet Onderwijs. Amsterdam: NIPO. Binnengehaald op 21 september 2013 van www.nipo.nl.

Pan, L., Sherry, B., Park, S., & Blanck, H. (2009). The Association of Obesity and School Absenteeism Attributed to Illness or Injury Among Adolescents in the United States. *J Adolescent Health*, 52(1), 64-69.

Philipsen, H. (1969). Afwezigheid wegens ziekte. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen. Wolters-Noordhoff.

Rappaport, E.B., Daskalakis, C., & Andrel, J. (2011). Obesity and other predictors of absenteeism in Philadelphia school children. *J Sch Health*, 81(6), 341-4.

Rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2009) – 'Vertrouwen in de school, over de uitval van 'overbelaste' jongeren'. Binnengehaald op 21 september van www.wrr.nl

Rumberger, R.W. (2001). Why Students Drop Out of School and What Can be Done. Harvard University. 1-45. Binnengehaald op 21 september 2013 van <http://civilrightsproject.ucla.edu/research>.

Shute, V.J., Hansen, E.G., Underwood, J.S., & Razzouk, R. (2011). A Review of the Relationship between Parental Involvement and Secondary School Students' Academic Achievement. *Education Research International*. Open access article. Volume 2011, Article ID 915326, 10 pages.

Smink, J., & Reimer, M.S. (2005). Fifteen effective strategies for improving student attendance and truancy prevention. *US: Clemson: National Dropout Prevention Center*. Binnengehaald op 21 september 2013 van <https://www.dpi.state.nd.us/title1/progress/present/15ways.pdf>.

Smulders, P.G.M., & Veerman, T.J. (1990). Handboek ziekteverzuim. Gids voor de bedrijfspraktijk. 's-Gravenhage: DELWEL.

Staal, J.B., Oostrom, A. H. van, Anema, J.R., Uegaki, K., Gross, D.P., & Young, A.E. (2013). Handbook of Work Disability: Prevention and management. Effective Work Disability Prevention Interventions, (pp 317-423). Springer Science + Business Media New York.

Stahl, Y., Granlund, M., Gäre-Andersson, B., & Enskar, K. (2011). Mapping of children's health and development data on population level using the classification system ICF-CY. *Scandinavian Journal of Public health*, 39,51-57.

Theil, A., Verkerk, P., & Buiting, E. (2007). Snel terug naar school. Begeleiding jongeren met onbegrepen lichamelijke klachten moet beter. *Med Contact*, 62, 31-2.

Thrane Christer, C. (2006). Explaining educational-related inequalities in health: Mediation and moderator models. *Social Science and Medicine*, 62(2), 467-78.

Traag, T., Marie, O., & Velden, R. van der. (2010): Risicofactoren voor voortijdig schoolverlaten en jeugdcriminaliteit: relatie VSV en jeugddelinquentie. Binnengehaald op 21 september 2013 van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/131FADA3-2E22-4E51-9A91-6BB53E1E0895/0/2010k2b15p55art.pdf>.

Vander Stoep, A., Weiss, N.S., McKnight, B., Beresford, S.A.A., & Cohen, P. (2002). Which measure of adolescent psychiatric disorder-diagnosis, number of symptoms, or adaptive functioning-best predicts adverse young adult outcomes? *J Epidemiol Community Health*, 56(1), 56-65.

Vanneste, Y. (2009). M@ZL op het voortgezet onderwijs. I-databank: www.loketgezondleven.nl.

Vanneste, Y., & Lanser, H. (2010). Landelijke handreiking 'Snel terug naar school is veel beter'. www.artsennet.nl.

Vanneste, Y.T.M., Rots, C., Goor, I. van de, & Feron F. (2012). Medische Advisering Ziekgemelde Leerling door de jeugdarts (M@ZL). Ontwikkeling van een interventie. *TSG*, 90(7), 412-9.

Vanneste, Y. (2013). Attitudes towards addressing medical absenteeism in secondary school. (aangeboden aan J Public Child Welfare).

Woolf, S.H., Johnson, R.E., Philips, R.L., & Philipsen, M. (2007). Giving Everyone the Health of the Educated: An Examination of Whether Social Change Would Save More Lives Than Medical Advances. *Am J Public Health*, 97(4), 679-83.

Zhang, M. (2003). Links Between School Absenteeism and Child Poverty. *Pastoral Care in Education*, 21(1), 10-17.

Ziekteverzuim in Nederland in 2010. Binnengehaald op 21 september 2013 van http://www.tno.nl/downloads/pb_2012_11_ziekteverzuim_in_nl_2010.pdf.

Vsv-cijfers 2010. Binnengehaald op 21 september 2013 van www.cijfers.minocw.nl.

Wet verbetering poortwachter: www.wetten.overheid.nl.