

Interventie

MAZL op het vo

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering

Datum: 24 november 2022

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: Vanneste (2022).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'MAZL op het vo'. Utrecht:
Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	3
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel.....	6
1.3 Aanpak	8
2. Uitvoering	13
3. Onderbouwing	18
4. Onderzoek	28
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	28
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	33
5. Samenvatting Werkzame elementen	34
6. Aangehaalde literatuur	35
7. Praktijkvoorbeeld	42

Samenvatting

MAZL (spreek uit mazzel: Meer Aandacht voor Ziekgemelde Leerlingen) is een methodiek die door scholen en jeugdgezondheidszorg-instellingen, ondersteund door gemeenten, kan worden toegepast om middelbare scholieren met (verhoogd) ziekteverzuim vroegtijdig te signaleren en te begeleiden. Hierdoor wordt ziekteverzuim teruggedrongen en langdurend thuiszitten en voortijdig schoolverlaten voorkomen. MAZL is toepasbaar op elke reguliere school voor voortgezet onderwijs. Schoolmedewerkers en jeugdartsen hebben samen aandacht voor de leerling die is ziek gemeld. Zij doen dit vanuit zorg en ieder vanuit de eigen rol en verantwoordelijkheid. De onderlinge samenwerking wordt vastgelegd in het schoolverzuimbeleid, waarin ook de rol van de leerplichtambtenaar bij ziekteverzuim wordt beschreven. MAZL beschrijft, middels een stappenplan, wanneer het ziekteverzuim door wie en met welk doel wordt besproken met leerling en ouders. Leerlingen met ziekteverzuim blijven in beeld bij school en jeugdgezondheidszorg totdat het beter gaat.

Doelgroep

MAZL is bedoeld voor alle ziekgemelde scholieren op het voortgezet onderwijs. MAZL richt zich op de volgende intermediaire groepen: ouders, schoolmedewerkers (receptionisten, conciërges, docenten, mentoren, ondersteunings-, leerjaar- en verzuimcoördinatoren), jeugdartsen en leerplichtambtenaren.

Doel

Het doel van MAZL is het terugdringen van ziekteverzuim door het vroegtijdig signaleren, begeleiden van scholieren met (verhoogd) ziekteverzuim en het optimaliseren van de zorg. Daarmee kan langdurend thuiszitten en voortijdig schoolverlaten worden voorkomen.

Aanpak

De school heeft aandacht voor de ziekgemelde leerling. Bij een tevoren afgesproken vaste verzuimomvang vindt een verzuimgesprek plaats met leerling en ouders door de school (mentor en/of ondersteunings-, leerjaar- en verzuimcoördinator), waarna een consult kan worden aangevraagd bij de jeugdarts. Er wordt samen een 'plan van aanpak' gemaakt, uitgevoerd en gemonitord, totdat de onderwijskansen en gezondheid van de leerling geoptimaliseerd zijn en het ziekteverzuim is afgenomen.

Materiaal

Op de NCJ website staat algemene informatie over MAZL, zoals het [Handboek MAZL](#). Voor licentiehouders zijn alle bijbehorende formats en de bijlagen beschikbaar via een inlogcode.

Onderbouwing

Jongeren met omvangrijk ziekteverzuim lopen risico op een stagnerende sociaal-emotionele en leerontwikkeling, waardoor ze kunnen afglijden in onderwijsniveau en voortijdig de school moeten verlaten. Een adequate aanpak kan hun gezondheid en onderwijskansen optimaliseren. Onderzoek laat zien dat ziekteverzuim weliswaar gezondheidsgelateerd is, maar naast biomedische factoren meestal ook wordt veroorzaakt door psychosociale factoren, die vaak beïnvloedbaar zijn. Door tijdig en met zorg vanuit een brede biopsychosociale benadering aandacht te hebben voor leerlingen met ziekteverzuim, kunnen mentoren en ondersteuningscoördinatoren, samen met jeugdartsen, de achterliggende factoren van het ziekteverzuim in kaart brengen.

Vervolgens kunnen zij met hulp van professionals in onderwijs, jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg en curatieve gezondheidszorg, passend onderwijs en de juiste zorg en begeleiding voor de leerling organiseren. Hierdoor kan een stagnerende ontwikkeling worden voorkomen.

Onderzoek

MAZL is geëvalueerd op West-Brabantse vmbo-scholen. Jeugdartsen hebben de gezondheidstoestand van vmbo'ers met verhoogde ziekteverzuimomvang beschreven. De effectiviteit is onderzocht door veranderingen in de ziekteverzuimomvang van deze leerlingen te vergelijken met veranderingen in de ziekteverzuimomvang van leerlingen met verhoogd ziekteverzuim op controlescholen waar het eigen ziekteverzuimbeleid werd toegepast. Met schooldirecteuren en ondersteuningscoördinatoren van vo-scholen en met medewerkers van vier jeugdgezondheidszorginstellingen is verkend of de methodiek bruikbaar en toepasbaar is, en welke factoren een duurzame verspreiding en implementatie van MAZL beïnvloeden.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

MAZL is bedoeld voor alle scholieren op het voortgezet onderwijs (vo) die verzuimen na ziekmelding. Voor Mbo-studenten is er MAZL op het mbo (effectief volgens eerste aanwijzingen).

Intermediaire doelgroep

MAZL richt zich op de intermediaire groepen ouders, schoolmedewerkers, jeugdartsen en leerplichtambtenaren. Ouders zijn zich vaak niet bewust van de impact die ziekteverzuim kan hebben op het welbevinden en de schoolloopbaan van hun kind, of dat lichamelijke klachten een psychische oorzaak kunnen hebben en vice versa, of van de mogelijkheden binnen school en hulpverlening om hun kind te ondersteunen bij ziekteverzuim. Schoolmedewerkers en leerplichtambtenaren geven aan ondersteuning nodig te hebben bij de aanpak van ziekteverzuim: ze missen richtlijnen voor het wanneer, waarom en hoe bespreekbaar maken van ziekteverzuim met leerling en ouders, en ze missen medische expertise. Jeugdartsen missen een duidelijke rol- en taakomschrijving bij de aanpak van ziekteverzuim bij leerlingen.

Selectie van doelgroepen

Er zijn geen toelatingscriteria en geen contra-indicaties van de (intermediaire) doelgroepen. Er is aandacht voor elke vo-leerling met ziekteverzuim. De leerlingen met verhoogd ziekteverzuim (volgens de MAZL-criteria: vanaf de 4^{de} keer in 12 schoolweken of de 7^{de} schooldag aaneengesloten ziek gemeld) volgen het individuele 'MAZL-traject': een verzuimgesprek door school met leerling en ouders, waarna de jeugdarts om advies gevraagd kan worden.

Betrokkenheid doelgroep

Zowel bij de ontwikkeling als bij de evaluatie zijn alle (intermediaire) doelgroepen telkens nauw betrokken geweest: Op verzoek van scholen is MAZL ontwikkeld. Bij de keuze voor de interventie waren schoolmedewerkers, jeugdartsen en leerplichtambtenaren betrokken. De evaluatie in schooljaar 2007/8 richtte zich onder andere op de tevredenheid bij alle intermediaire doelgroepen, inclusief de ouders. Tijdens de evaluatie in schooljaar 2011/12 is verkend of de methodiek bruikbaar en toepasbaar is en welke factoren een duurzame verspreiding en implementatie van MAZL beïnvloeden. Hiervoor werden schooldirecteuren en ondersteuningscoördinatoren geïnterviewd, en aan middelbare scholieren werd gevraagd naar hun ervaringen met het consult bij de jeugdarts. Aan ondersteuningcoördinatoren van vo-scholen in Zuid-Limburg die MAZL toepasten werd in 2018 gevraagd naar hun ervaringen met MAZL. In 2020 werd onderzocht hoe jongeren hun ziekteverzuim en de ziekteverzuimbegeleiding volgens MAZL ervaren en in 2022 vond een procesevaluatie plaats onder professionals van het onderwijs en de jeugdgezondheidszorg (JGZ).

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van MAZL is het terugdringen van ziekteverzuim onder middelbare scholieren. Daarmee wordt de kans op het behalen van een startkwalificatie (een havo-,

vwo- of mbo-diploma op minimaal niveau 2) voor leerlingen met ziekteverzuim vergroot.
Bij uitvoering van de interventie:

- Is de ziekteverzuimomvang van leerlingen met verhoogd ziekteverzuim die in het MAZL-traject komen (bij een verzuimomvang die voldoet aan een van de MAZL-criteria) na 1 jaar significant afgenomen t.o.v. leerlingen met verhoogd ziekteverzuim die 'een gebruikelijke aanpak met betrekking tot ziekteverzuim' ontvangen.
- Is op schoolniveau de ziekteverzuimomvang afgenomen: leerlingen op een 'MAZL-school' melden zich significant minder vaak en/of lang ziek t.o.v. leerlingen op een school met 'een gebruikelijke aanpak met betrekking tot ziekteverzuim'.

Subdoelen

Het hoofddoel wordt bewerkstelligd door zowel een collectieve aanpak (schoolklimaat, bewustwording: een schoolverzuimbeleid en attitudeverandering ten aanzien van ziekteverzuim) als een individuele aanpak (een individueel traject bij verhoogd ziekteverzuim). Beide aanpakken zijn terug te vinden in de subdoelen:

1. Schoolklimaat. Doelgroep, intermediaire doelgroepen.
5 jaar na de implementatie van MAZL ervaart minstens 80% van de doelgroep en intermediaire doelgroepen een attitudeverandering met aandacht voor leerlingen met ziekteverzuim, die is terug te vinden in het schoolverzuimbeleid en visiestukken van de school:
 - a. Deze aandacht is altijd vanuit zorg en niet (meer) vanuit controle.
 - b. Leerlingen met ziekteverzuim zijn ziek. We spreken niet (meer) over het wel/niet 'echt' ziek-zijn van een leerling.
 - c. Bij ziekteverzuim van de leerling neemt elke partij zijn eigen rol en (maatschappelijke) verantwoordelijkheid.
2. Bewustwording. Doelgroep, intermediaire doelgroepen.
5 jaar na de implementatie van MAZL is minstens 80% van de doelgroep en intermediaire doelgroepen zich ervan bewust dat:
 - a. Praten over ziekteverzuim kan, ook bij ontbreken van medische kennis.
 - b. Omvangrijk ziekteverzuim negatieve gevolgen heeft voor (de schoolloopbaan van) een kind.
 - c. Ziekteverzuim van leerlingen niet alleen wordt veroorzaakt door biomedische factoren maar ook door psychosociale factoren, zoals leefstijl en problemen thuis of op school.
 - d. Al deze factoren vaak kunnen worden beïnvloed, waardoor de gezondheid en het welbevinden van de leerling toeneemt en het ziekteverzuim afneemt.
 - e. Door bijtijds de nodige zorg, begeleiding en passend onderwijs te organiseren, deelname aan het onderwijs voor deze leerlingen weer mogelijk wordt, waardoor hun onderwijskansen worden geoptimaliseerd.
 - f. De jeugdarts hierin kan ondersteunen door de achterliggende problematiek te analyseren, een 'plan van aanpak' en/of re-integratieadvies te maken, de zorg voor de leerling te monitoren en zo nodig hierop regie te nemen.
 - g. Medewerkers van de school weten hoe MAZL werkt en waarvoor de jeugdarts om advies gevraagd kan worden.
3. Zorg, begeleiding en passend onderwijs voor leerlingen met verhoogd ziekteverzuim. Doelgroep, intermediaire doelgroepen.
5 jaar na de implementatie van MAZL wordt
 - a. Minstens 80% van alle leerlingen met verhoogd ziekteverzuim gesignaleerd en bereikt door school en/of jeugdarts.
 - b. Door minstens 80% van alle leerlingen met verhoogd ziekteverzuim en hun ouders ervaren dat de zorg, begeleiding en/of passend onderwijs significant is verbeterd.
4. De (psychosociale) gezondheid van leerlingen met ziekteverzuim. Doelgroep en intermediaire doelgroep ouders; Minstens 80% van alle leerlingen met verhoogd

ziekteverzuim, die een individueel MAZL-traject hebben gevolgd, ervaren na afloop een significante toename van welbevinden en gezondheid.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

MAZL is voor scholen een methodiek om samen met de jeugdarts en de leerplichtambtenaar goede zorg en begeleiding voor leerlingen met ziekteverzuim te realiseren, waarmee het ziekteverzuim kan worden teruggedrongen. MAZL is voor de JGZ een manier om vroegtijdig preventieve gezondheidszorg aan 'risicjongeren' aan te bieden en zo hun ontwikkel- en onderwijskansen te optimaliseren. MAZL heeft een collectieve en individuele component. Er is aandacht voor elke leerling met ziekteverzuim, waarbij zorg en (leer) ontwikkeling van de leerling centraal staat (de collectieve component). Leerlingen met verhoogd ziekteverzuim (volgens de MAZL-criteria: vanaf de 4de keer in 12 schoolweken of de 7de schooldag aaneengesloten ziek gemeld) volgen het 'MAZL-traject' (individuele component): een verzuimgesprek door school met leerling en ouders, waarna de jeugdarts om advies gevraagd kan worden.

MAZL kent 7 kernelementen (zie [Handboek MAZL](#)):

1. MAZL gaat uit van de eigen kracht van leerlingen en ouders en van gedeelde verantwoordelijkheid. In het contact ligt de focus op de mogelijkheden en sterke punten van de leerling. De gezamenlijke verantwoordelijkheid staat centraal.
2. Gespreksvoering vanuit zorg en aandacht. Het doel is medewerking, openheid en optimale samenwerking te bereiken. Zorg en aandacht zijn daarom het uitgangspunt en niet controle en dwang.
3. Ouders zijn altijd betrokken. Ouders zijn onmisbaar om inzicht in de problematiek te krijgen en tot een oplossing te komen.
4. Gebruik MAZL-criteria. De criteria geven een helder kader om als school in gesprek te gaan met ouders en leerling.
5. Een medewerker van de school voert altijd het eerste gesprek met leerling en ouders. Het is de taak van school om leerling en ouders ervan bewust te maken dat langdurig ziekteverzuim schadelijk is voor de voortgang op school. In de praktijk blijkt dat veel problematiek al door school opgepakt kan worden.
6. School informeert de jeugdarts over de hulpvraag. Voorinformatie van school helpt de jeugdarts inzicht te krijgen in de problematiek en hulpvraag.
7. Professionele inzet van de jeugdarts. Leerling en ouders willen erkenning van de klachten en verwachten een arts die voortborduurde op het gesprek op school, antwoord geeft op vragen en aandacht besteedt aan het totaalplaatje.

MAZL werkt met een stappenplan (zie [Handboek MAZL](#) pagina 11). De collectieve component van de aanpak komt tot stand door het opnemen van MAZL in het schoolverzuimbeleid, de communicatie hierover zowel intern als extern en de aandacht voor elke leerling die is ziek gemeld vanuit zorg en aandacht en niet vanuit controle. Vervolgens wordt bij de leerling met (verhoogd) ziekteverzuim het individuele MAZL-traject uitgevoerd.

1. De ziekmelding komt binnen op school. Bij het aannemen van de ziekmelding toont de receptionist(e) belangstelling.
2. School neemt (telefonisch) contact op met leerling en/of ouders.
3. School gaat in gesprek bij zorgwekkend verzuim. Bij een verzuimomvang volgens een van de MAZL-criteria vindt er op school een verzuimgesprek plaats met leerling en ouders door de mentor/ ondersteunings-/leerjaar-/verzuimcoördinator. Lukt het niet om tot afspraken te komen die daadwerkelijk leiden tot minder ziekteverzuim, dan wordt een consult bij de jeugdarts geadviseerd.

4. Zo nodig consultatie JGZ.
5. School vraagt consult bij de jeugdarts aan en informeert de jeugdarts, met toestemming van leerling en ouders.
6. Consult bij de jeugdarts, de jeugdarts analyseert de achterliggende problematiek en maakt samen met leerling, ouders, en indien van toepassing met betrokken behandelaars en school een 'plan van aanpak', gevolgd door terugkoppeling met plan van aanpak naar school.
7. School monitort het verzuim en, samen met de jeugdarts, de uitvoering van het plan van aanpak. De school coördineert het onderwijs, de jeugdarts organiseert, bespoedigt en coördineert de zorg. De mentor/ondersteuningscoördinator en de jeugdarts monitoren samen het 'plan van aanpak'.
8. Monitoren van het ziekteverzuim:
 1. Het ziekteverzuim stopt.
 2. Het ziekteverzuim blijft zorgelijk

Inhoud van de interventie

Allereerst zijn draagvlak en samenwerkingsafspraken tussen school, JGZ-organisatie en gemeenten nodig voor het werken conform MAZL. Omdat de ziekmelding bij school plaatsvindt, ligt daar vaak de behoefte - en in ieder geval de verantwoordelijkheid - om de ziekmelding op te pakken. Het is aan de gemeenten en JGZ-organisaties om de school te attenderen op de methodiek MAZL voor de aanpak van ziekteverzuim onder hun leerlingen. Zij kunnen de school laten zien wat de methodiek oplevert en zo motiveren om MAZL te implementeren.

MAZL kan alleen geïmplementeerd worden op een school als de JGZ-organisatie een licentieovereenkomst heeft met het NCJ. Op landelijk niveau participeert het NCJ in diverse overlegstructuren om het perspectief van JGZ in te brengen bij die tafels (thuiszittersoverleg, aanpak [met andere ogen](#), verzuimoverleg, beleidsateliers, etc).

Alvorens MAZL uit te voeren bereiden de JGZ-organisatie en de school zich voor.

De JGZ-organisatie:

- De JGZ-organisatie benoemt een 'MAZL-coördinator JGZ', die het aanspreekpunt is voor de JGZ-organisatie intern en de contactpersoon is voor het NCJ. De MAZL-coördinator JGZ is een medewerker van de JGZ-organisatie die in contact staat met het NCJ en de implementatie intern bij de JGZ-organisatie faciliteert, coördineert en borgt, zoals:
 - Het regelen van deskundigheidsbevordering van de jeugdartsen.
 - Het regelen van de mogelijkheid van registratie van de MAZL-consulten in het DD JGZ (digitale dossier van de JGZ).
 - Het creëren van de mogelijkheid om MAZL-leerlingen binnen twee weken uit te nodigen voor een consult bij de eigen jeugdarts van de school.
 - Het creëren van de mogelijkheid voor het geven van de workshops voor mentoren.
 - Het maken van afspraken met de leerplichtambtenaren over hoe aan te sluiten bij de werkwijze MAZL.
- De jeugdarts die aan een school verbonden is, ook wel MAZL-jeugdarts genoemd, neemt vervolgens het initiatief voor het in gang zetten van implementatie op schoolniveau en borgt de toepassing van MAZL op school, samen met de MAZL-coördinator school vanuit de school zelf: de schoolmedewerker die zich vanuit school bezighoudt met verzuim en de uitvoer van MAZL op schoolniveau borgt.

De school:

- De ondersteuningscoördinatoren, mentoren en deelnemers van het zorgoverleg op school (jeugdprofessional, schoolmaatschappelijk werker, leerplichtambtenaar, wijkagent, etc.) worden door de jeugdarts geïnformeerd over de werkwijze van MAZL. De informatiefilm en materialen (zowel digitaal als analoog) worden bekeken.
- Het doel en de werkwijze van MAZL (de uitgangspunten en doelen van MAZL, de samenwerking tussen leerling en ouders, mentor/ondersteuningscoördinator en de

jeugdarts, ieders rol en verantwoordelijkheid bij ziekteverzuim, inclusief die van de leerplichtambtenaar, en het stappenplan) worden opgenomen in het schoolverzuimbeleid.

- Dit (nieuwe) schoolverzuimbeleid wordt gecommuniceerd met alle betrokkenen (leerling, ouders en schoolmedewerkers). Hierbij wordt benadrukt dat 1) MAZL tot doel heeft het ziekteverzuim terug te dringen en dat 2) dit wordt bewerkstelligd door het optimaliseren van de gezondheid en het welbevinden van de leerling, en het zo nodig aanbieden van passend onderwijs, en dat 3) de aandacht voor (de leerling met) ziekteverzuim altijd vanuit zorg en niet vanuit controle is.
- De rollen worden verdeeld (instapniveau 1,2 of 3. zie onder 1.3 Aanpak, Inhoud van de interventie). De school benoemt een MAZL-coördinator school, degene die de verzuimcoördinatie in portefeuille heeft (meestal de ondersteuningscoördinator of een aparte verzuimcoördinator). Hij/zij heeft het totaaloverzicht ten aanzien van ziekteverzuim op de school en is het aanspreekpunt voor de JGZ-professional die verbonden is aan de school.

De uitvoer van het individuele MAZL-traject:

1. **Aannemen van de ziekmelding bij de receptie:**

Bij het aannemen van de ziekmelding toont de receptionist(e) belangstelling. Als de ziekmelding bij de receptie binnenkomt, worden een tweetal vragen gesteld: wanneer, denkt u, kan uw kind weer naar school komen? Indien dit niet mogelijk blijkt, wilt u dan zelf contact opnemen met de mentor? De antwoorden worden genoteerd in het leerlingvolgsysteem.

2. **Contact opnemen met de ouders na ziekmelding:**

Bij ziekmelding neemt de mentor altijd (telefonisch) contact op met de ouders, bijvoorbeeld binnen 3 schooldagen. De school maakt hierover zelf intern afspraken. In dit contact worden met de ouders afspraken gemaakt over terugkeer naar school, het onderhouden van het contact en over de mogelijkheid en behoefte thuis werk te laten verrichten. De uitkomst van het contact wordt geregistreerd in het leerlingvolgsysteem en door de mentor gemonitord.

3. **De school gaat in gesprek bij verhoogd ziekteverzuim:**

Bij een verzuimomvang volgens een van de MAZL-criteria vindt er z.s.m. (de school maakt intern zelf afspraken over de 'doorlooptijd') op school een verzuimgesprek plaats met leerling en ouders door de mentor/ondersteuningscoördinator. In dit verzuimgesprek deelt de mentor/ondersteuningscoördinator de verantwoordelijkheden (school kan het niet alleen) en zorgen door te wijzen op de gevolgen van het omvangrijke verzuim voor de leerling. De mentor/ondersteuningscoördinator achterhaalt onderwijsgerelateerde problematiek, zoals bijvoorbeeld pesten of een leerprobleem, en vraagt hoe school kan ondersteunen om het verzuim te verminderen. Bij medische problematiek wordt ouders gevraagd hulp te zoeken. Ook wordt gevraagd of de medische problematiek consequenties heeft voor het functioneren op school. De mentor/ondersteuningscoördinator vraagt hoe de school kan ondersteunen en maakt samen met leerling en ouders afspraken over zorg en begeleiding van de leerling, en over de onderlinge communicatie met betrekking tot het ziekteverzuim. De uitkomst van het contact wordt geregistreerd in het leerlingvolgsysteem en door de school gemonitord. Lukt het de mentor/ondersteuningscoördinator niet om tot afspraken te komen die daadwerkelijk leiden tot minder ziekteverzuim, dan wordt een consult bij de jeugdarts geadviseerd.

4. **De school vraagt een consult aan bij de jeugdarts:**

Naar aanleiding van het verzuimgesprek kan de school het noodzakelijk vinden om zich te laten adviseren door de jeugdarts. De school maakt intern zelf afspraken over de 'doorlooptijd'. Dit wordt besproken met de leerling en ouders. De school informeert de jeugdarts. Het informeren van de jeugdarts met betrekking tot inhoudelijke zaken vindt alleen plaats met toestemming van leerling/ouders. Toegelicht wordt:

1. het doel van het consult: de jeugdarts adviseert de leerling en ouders en de school over geestelijke en lichamelijke gezondheidsproblemen en het volgen van onderwijs.
2. dat de jeugdarts zowel kennis heeft van ziekte als van onderwijs/school.
3. dat de jeugdarts geen controlerende rol heeft.
4. dat de jeugdarts naast de leerling en ouders staat, opereert vanuit zorg en als arts een beroepsgeheim heeft. Voor de leerling en ouders is de link tussen de school en de jeugdarts helder. De mentor/ondersteuningscoördinator kan samen met ouders het aanmeldformulier invullen (transparantie!).

MAZL stimuleert het versterken van eigen kracht van leerling/ouders, en legt de regie van de hulpverlening zo veel en waar mogelijk bij leerling/ouders. Het uitgangspunt is altijd dat professionals samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp (in plaats van óver hen beslissen) en dat zij ook samen met ouders en jeugdige kijken wat zij zelf en samen met mensen uit hun omgeving (familie, vrienden, bekenden) aan hun problemen kunnen doen, voordat zij kijken naar welke professionele hulp noodzakelijk is. MAZL stimuleert het samen met leerling/ouders beslissen over passende hulp en gaat uit van mogelijkheden in plaats van beperkingen: wat heb jij/jullie nodig om wel weer (meer) naar school te gaan?

5. Het consult bij de jeugdarts:

De JGZ-organisatie nodigt binnen twee weken de leerling en ouders uit voor een consult bij de jeugdarts. De ouders worden in de gelegenheid gesteld om de afspraak eventueel te verzetten. In de meeste JGZ-organisaties wordt momenteel voor het voeren van verzuimgesprekken de GIZ-methodiek gebruikt voor het gezamenlijk inschatten van de zorgbehoefte. De jeugdarts analyseert de achterliggende problematiek vanuit het biopsychosociaal perspectief, waarin naast biomedische aspecten ook aandacht wordt besteed aan psychosociale factoren bij het ontstaan en in stand houden van medische en psychische klachten. Alleen door zicht te krijgen op de factoren die een rol spelen bij ziekteverzuim kan de benodigde zorg en juiste begeleiding, en passend onderwijs geregeld worden. De jeugdarts maakt samen met leerling, ouders en betrokken behandelaars een 'plan van aanpak' en stelt, indien (volledige) hervatting van schoolbezoek om gezondheidsredenen niet mogelijk is, een re-integratieplan op. Dit plan wordt met toestemming van leerling en ouders teruggekoppeld aan en besproken met de mentor/ondersteuningscoördinator: welke afspraken kunnen gemaakt worden met betrekking tot de zorg voor de achterliggende problematiek van het ziekteverzuim en de terugkeer naar school?

6. Organiseren en monitoren:

De mentor/ondersteuningscoördinator organiseert en coördineert vervolgens onderwijsgerelateerde afspraken (regierol binnen school), de jeugdarts organiseert, bespoedigt en coördineert de zorg (regierol buiten school). De mentor/ondersteuningscoördinator en de jeugdarts monitoren samen het 'plan van aanpak'. De school is uiteindelijk verantwoordelijk voor het monitoren van het verzuim. Samen met de jeugdarts wordt de uitvoering van het 'plan van aanpak' gemonitord. Het monitoren gebeurt door het volgen van de ziekteverzuimomvang, het regelmatig samen met alle betrokkenen evalueren van de uitvoer van het 'plan van aanpak' en van het welbevinden en de gezondheid van de leerling. In geval de leerling en ouders niet verschijnen op het consult van de jeugdarts, weigeren mee te werken aan het vinden van een oplossing, afspraken niet nakomen of bij onnodig aanhouden van het ziekteverzuim, spreekt de school hen hierop aan. De school kan de leerling aanmelden bij de leerplichtambtenaar met het verzoek de leerplicht te handhaven. Zo wordt gezorgd voor een sluitende zorgketen.

De rol van en samenwerking met de leerplichtambtenaar: de criteria voor melding van ziekteverzuim in DUO (Dienst Uitvoering Onderwijs) liggen wettelijk vast. Na melding in DUO vraagt de leerplichtambtenaar altijd eerst wat al is ondernomen in het kader van

MAZL. Als het MAZL-traject is vastgelopen of onvoldoende heeft opgeleverd, gaat de leerplichtambtenaar - op verzoek van school - z.s.m. in gesprek en koppelt zijn/haar bevindingen aan school terug.

2. Uitvoering

Materialen

Voor iedereen beschikbaar: het Handboek MAZL en het MAZL animatiefilmpje (opgenomen in het handboek). Het Handboek gaat over MAZL op het po, vo en mbo. MAZL op het mbo is een zelfstandige interventie erkend op het niveau Eerste aanwijzingen effectief. MAZL is inmiddels doorontwikkeld voor het po (niet erkende variant). In het Handboek is duidelijk terug te zien hoe MAZL op het vo uitgevoerd moet worden.

Voor JGZ-organisaties die MAZL toepassen en daarvoor een licentie hebben:

- De bijlagen en formats bij het handboek.
- Workshop 'Ziekteverzuim bespreekbaar maken' (voor mentoren en ondersteunend personeel).
- Cursus 'train-de-trainer' voor het geven van deze workshop (doelgroep: verpleegkundigen, ondersteuningscoördinatoren).

Scholing 'MAZL voor jeugdartsen' (bij de [NSPOH](#)).

Locatie en type organisatie

De interventie wordt door en op vo-school voor regulier onderwijs uitgevoerd. Het is daarvoor wel noodzakelijk dat ook de JGZ-organisatie, waarmee de school samenwerkt, MAZL uitvoert en wenselijk dat de gemeenten en afdelingen leerplicht MAZL ondersteunen. Het consult bij de jeugdarts wordt op de school- of de JGZ-locatie uitgevoerd.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Voor alle schoolmedewerkers is het van belang dat er:

- een basisattitude is, waarbij als vanzelfsprekend wordt ervaren dat er aandacht is voor de leerling als persoon.
- kennis is over het fenomeen ziekteverzuim (oorzaken en gevolgen).

Voor degenen die het verzuimgesprek met leerling en ouders voeren is het daarnaast van belang dat ze een brede en integrale kijk hebben op leerlingen, voorbij de studieresultaten en -voortgang, en de benodigde handvatten met betrekking tot de gespreksvoering ten aanzien van ziekteverzuim. In het algemeen kan worden gesteld dat deze competenties aanwezig zijn bij ondersteuningscoördinatoren en leerjaarcoördinatoren.

Indien de mentor het verzuimgesprek gaat voeren, heeft hij/zij:

- minimaal de 'Introductiecursus mentoraat' gevolgd.
- bij voorkeur de workshop 'Ziekteverzuim bespreekbaar maken'.

Competenties jeugdartsen:

- Jeugdarts KNMG.
- Voorbereiding en deskundigheidsbevordering op een aantal extra competenties zoals:
 - het implementeren, borgen en evalueren van een interventie: hoe doe je dat?
 - gespreksvaardigheden m.b.t. ziekteverzuimgesprek en het maken van een vertaalslag van ziekte naar participatiemogelijkheden.

De jeugdarts heeft daarvoor de scholing 'MAZL voor jeugdartsen' gevolgd.

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteitsbewaking vindt op verschillende niveaus plaats: zowel landelijk (door het NCJ) als regionaal (door de JGZ-organisatie in samenwerking met de school).

Sinds 1 september 2017 heeft het NCJ MAZL in beheer. Het NCJ ondersteunt de verspreiding, implementatie en uitvoering, en zorgt voor borging van kwaliteit van uitvoering. Indien gewenst zorgt het voor de doorontwikkeling van MAZL. Het NCJ waarborgt de kwaliteit van de uitvoering door jeugdartsen in MAZL te scholen en door JGZ-medewerkers te trainen in het geven van de workshop 'Ziekteverzuim bespreekbaar maken' voor mentoren (volgens het train-de-trainer concept). Daarnaast organiseert het NCJ tweemaal per jaar een overleg voor MAZL-coördinatoren en managers van JGZ-organisaties, die MAZL uitvoeren. De deelnemers van deze bijeenkomsten vormen de klankbordgroep.

Het NCJ verzorgt daartoe:

- Een landelijke webpagina met algemene informatie over MAZL (<https://www.ncj.nl/mazl/>).
- Een besloten deel voor JGZ-organisaties die MAZL uitvoeren (<https://www.ncj.nl/inloggen/>).
- Een algemeen mailadres met een vraagbaakfunctie (mazl@ncj.nl).
- Een (in 2022 vernieuwd) handboek, inclusief alle materialen (<https://www.ncj.nl/actueel/nieuws/artikel/nieuw-handboek-mazl>).
- Een landelijke klankbordgroep bestaande uit de MAZL-coördinatoren, om de kennis en expertise rondom de methodiek hoog te houden en om uitwisseling te stimuleren. Er vindt een inventarisatie plaats van behoeften vanuit de praktijk om MAZL goed te kunnen monitoren en door te ontwikkelen, ook in het licht van veranderingen in beleid en wettelijke regelgeving; ook de jaarlijkse evaluaties van MAZL, die regionaal plaatsvinden op schoolniveau, zijn input voor monitoring en doorontwikkeling.

Tijdens de overleggen van de landelijke klankbordgroep worden interventie-specifieke zaken besproken, zoals implementatievraagstukken, regionale evaluatiegegevens en behoeften en ideeën voor doorontwikkeling, etc. Er wordt van elkaar geleerd en het NCJ krijgt vanuit de praktijk input voor de doorontwikkeling van MAZL. Daarnaast krijgt het NCJ input vanuit onderzoek. Onderzoeksresultaten worden besproken tijdens overleggen en dienen eveneens als input voor de doorontwikkeling. Onderwerpen die afgelopen jaren aan bod kwamen:

- Implementatievraagstukken: gebrek aan jeugdartsen, financiering
- Ontwikkeling methodiek: monitoring/borging, registratie (magister/som), behoud van programma-integriteit, evaluatie, ontwikkeling (nieuw) Handboek MAZL, ontwikkeling MAZL-PO, ontwikkelingsbehoefte (PATS, verbreding teams, inspelen op arbeidsmarkt, etc.).
- Werkinhoudelijke onderwerpen: SOLK, Je Brein de Baas?! en welbevinden, Onderwijskennis.nl, SMA (Sociaal Medische Advisering) schoolverzuim in relatie tot MAZL, VSO-aanpak (Voortgezet Speciaal Onderwijs) schoolverzuim, aandacht specifieke doelgroepen (chronische ziekte bv), (lands)grensproblematiek, individuele casuïstiek, omgang met corona-gerelateerd verzuim, etc.
- Landelijke ontwikkelingen en onderzoek: MAZL-app, MBO 18+, samenwerking Ingrado, internetconsultatie leerrecht, landelijke onderzoeken (met name KBA en voorbereiding daarvan), doorontwikkelingsbehoefte, afstemming thuiszittersoverleg, NPO-gelden (Het Nationaal Plan Onderwijs is er voor herstel en ontwikkeling van het onderwijs tijdens en na corona), etc. Het NCJ neemt deel aan en participeert in diverse landelijke overleggen rond school(ziekte)verzuim en het terug rapporteren van bevindingen uit deze landelijke overleggen aan de MAZL-organisaties tijdens bijeenkomsten met MAZL-coördinatoren JGZ.

Naast deze halfjaarlijkse reguliere overleggen zijn er, bij een wens tot nadere verkenning op thema of behoefte, zoals het toepassen van MAZL op het speciaal onderwijs, de

verbinding van MAZL met de Sociaal Medische Advisering ziekteverzuim en ontwikkelingsvraagstukken, etc., extra overleggen in werkgroepen, waarin e.e.a. wordt uitgewerkt.

- Geaccrediteerde trainingen (voor mentoren en jeugdartsen). Het NCJ is voornemens om de certificering als MAZL-jeugdarts, na het volgen van de training, te verrijken met een systeem van vijf jaarlijks herregistreren door deel te nemen aan terugkomdagen.
- Het monitoren en evalueren van de uitvoering van de methodiek.

Ook organiseert het NCJ jaarlijks een expertmeeting schoolverzuim, waar landelijke (beleids)ontwikkelingen met betrekking tot de aanpak van schoolverzuim besproken. Er wordt gekeken hoe deze zich verhouden tot de MAZL-aanpak door JGZ-organisaties. Het NCJ krijgt ook hier input voor de doorontwikkeling van MAZL.

De kwaliteitsbewaking richt zich zowel landelijk als regionaal op:

- De competenties van de uitvoerders.
 - Het is de verantwoordelijkheid van de school om hun medewerkers te scholen. De school kan mentoren de workshop 'Ziekteverzuim bespreekbaar maken' laten volgen. De JGZ-organisaties kan ervoor kiezen JGZ-medewerkers trainen voor het geven van deze workshop door hen een 'train-de-trainer' te laten volgen, en de workshops jaarlijks aan te bieden aan scholen die MAZL toepassen. Ook een school kan ervoor kiezen deze expertise 'in huis te halen' door eigen personeel een 'train-de-trainer' te laten volgen. De kwaliteitsbewaking van de competenties bij schoolpersoneel wordt ook meegenomen tijdens de jaarlijkse evaluaties van MAZL.
 - Vanuit het landelijk beheer stimuleert het NCJ dat JGZ-organisaties die MAZL toepassen hun jeugdartsen (blijven) scholen en voor hen een 'ICT MAZL' (intercollegiale toetsing met betrekking tot implementatie (uitwisselen van ervaringen en -strategieën) en casuïstiek (feedback op handelen en resultaten via supervisie en monitorgegevens) inrichten.
- De evaluatie van de uitvoer van MAZL:
 - De JGZ-organisatieën worden geadviseerd de uitvoer van MAZL jaarlijks te laten evalueren door de 'MAZL-coördinatoren school' van de school en de jeugdarts ('MAZL-coördinatoren school' vanuit de JGZ-organisatie) aan de hand van het 'Evaluatieformulier' (zie MAZL-Handboek met besloten gedeelte voor licentiehouders) waarbij de voortgang van de implementatie van MAZL en de knelpunten die daarbij ervaren worden besproken. Er is aandacht voor de kennis en competenties van de uitvoerenden, en voor het toepassen van de kernelementen van MAZL (zie 3. Onderbouwing, Aan te pakken factoren).

Randvoorwaarden

Pas nadat school, JGZ-organisatie en gemeenten hebben ingestemd met werken volgens MAZL, en daarvoor draagvlak en financiering hebben geregeld, kan gestart worden met de toepassing van MAZL.

Draagvlak en financiering

De wens van de rijksoverheid om het aantal thuiszitters en voortijdig schoolverlaters terug te dringen door passend onderwijs en meer preventieve zorg (Rijksoverheid, 2014) heeft inmiddels geleid tot het opnemen van 'Aandacht voor ziekteverzuim' in het nieuwe Basispakket Jeugdgezondheidszorg (BP JGZ; Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2015). In 2021 is door het KBA in Nijmegen onderzoek gedaan naar prevalentie van schoolverzuim op de verschillende schoolsoorten. Dit heeft bij het ministerie onder andere geleid tot een aanscherping van de aandacht voor verzuim, die is vervat in de

[verzuimbrieven](#) die in het voorjaar van 2022 verscheen. Onderdeel van de te verwachten ontwikkeling is dat van scholen verwacht wordt dat ze effectief verzuimbeleid uitvoeren en de registratie eenduidiger vormgeven en op orde hebben. Momenteel is MAZL de enige onderbouwde methodiek in het kader van verzuimbeleid.

Van belang is dat in navolging hiervan ook middelen ter beschikking komen voor de financiering van MAZL. De financiering van de JGZ-activiteiten betreft de inzet van de jeugdarts (MAZL-consulten en 'MAZL-coördinator school'), een 'MAZL-coördinator JGZ' (bijvoorbeeld: bij implementatie van MAZL op alle vo-scholen in de regio vraagt dit een inzet van 4 uren per week gedurende de eerste twee jaren; de praktijk leert dat hiermee de borging voldoende is gerealiseerd binnen de JGZ-organisatie), en middelen voor deskundigheidsbevordering van jeugdartsen (scholing en ICT) en mentoren.

Verzuimregistratie en basisattitude

Randvoorwaarde voor de uitvoer van MAZL op school is een correcte verzuimregistratie en een basisattitude, waarbij als vanzelfsprekend wordt ervaren dat er aandacht is voor de leerling als persoon. Daarnaast is het van belang dat leerlingen, ouders en schoolpersoneel geïnformeerd zijn over het doel van MAZL, en dat er op school kennis is over het fenomeen ziekteverzuim. Ook het trainen van mentoren in de gespreksvoering, een Kick-off op scholen bij de start van de implementatie van MAZL en de inzet van een MAZL-coördinator school' blijken steeds duidelijker (zie laatste procesevaluatie) randvoorwaardelijk te zijn.

Implementatie

MAZL wordt op een school op drie niveaus geïmplementeerd:

Bij verhoogd ziekteverzuim (zie aanpak, vanaf stap 3) vindt het gesprek door school met leerling en ouders plaats:

- door de ondersteunings-/leerjaar-/verzuimcoördinator (niveau 1).
- door de mentor (niveau 2).

Er is vanuit school altijd (zie aanpak, vanaf stap 1) aandacht voor ziekteverzuim, ook als de omvang nog niet voldoet aan de criteria (niveau 3).

Voor al deze niveaus is in het implementatieplan beschreven wat er nodig is op school en JGZ-organisatie per implementatiefase (invoering, uitvoering en evaluatie), zowel op organisatorisch gebied als met betrekking tot de communicatie. Zie hiervoor: [Handboek MAZL](#).

Geadviseerd wordt dat de 'MAZL-coördinator JGZ' en de 'MAZL-coördinatoren school' samen (jaarlijks) de uitvoer van MAZL op proces en tevredenheid evalueren, dat de jeugdarts deze evaluatie terugkoppelt aan de JGZ-organisatie en de gemeenten, en dat de JGZ-organisatie jaarlijks een analyse en verslag van alle evaluaties maakt.

Borging van MAZL op school vindt ook plaats door het verzuimgesprek als vast onderdeel van de formele functioneringsgesprekken van de mentor en ondersteuningscoördinator op te nemen, evenals het hebben van aandacht voor het ziekteverzuim van de leerling, en het uitvoeren van MAZL conform afspraak.

Kosten

De school: Er zijn voor de school geen licentiekosten aan deze methodiek verbonden. Het hanteren van een adequaat ziekteverzuimprotocol, inclusief het voeren van verzuimgesprekken, behoort tot de reguliere taak van een school. De deskundigheidsbevordering van mentoren kan worden betaald uit het scholingsbudget van de school of door de JGZ-organisatie. De extra inzet van de 'aanjager MAZL' (10 uren per jaar), voor het regelen van de randvoorwaarden, de communicatie, en het monitoren en evalueren moet wel doorgerekend worden. De materialen zijn beschikbaar voor een school via de licentie van de JGZ-organisatie.

De JGZ-organisatie:

De totale kosten van MAZL worden geschat op 13 euro per leerling (zittende leerling op schoolniveau/ ingeschreven leerling op gemeenteniveau). Deze kosten zijn als volgt opgebouwd:

Terugkerende kosten:

- Licentiekosten (De vergoeding is gebaseerd op aantal inwoners in het werkgebied van de MAZL organisatie: < 1 miljoen inwoners en 1 gemeente €3000,-; < 1 miljoen inwoners en meerdere gemeenten €4500,-; > 1 miljoen inwoners €6000,-).
- Aanstellen van een MAZL-coördinator JGZ.
- Deskundigheidsbevordering van MAZL-jeugdartsen..
- Inzet van de jeugdarts:
 - Uitvoer consulten bij 3% van de schoolpopulatie. Per aanmelding een inzet van 3 uren.
 - ICT MAZL voor jeugdartsen (Intercollegiale Toetsing casuïstiek MAZL).
 - Ondersteuning van de school bij de implementatie van MAZL.
- De JGZ-organisatie kan ervoor kiezen alle scholen die MAZL uitvoeren jaarlijks een workshop 'Ziekteverzuim bespreekbaar maken' aan te bieden. Hieraan zijn wel kosten verbonden. Deze zouden deels door de school betaald kunnen worden.

Toelichting van de kosten MAZL voor de JGZ-organisatie.

In bijlage 13 van het handboek MAZL staat informatie over de kosten (voor implementatie en exploitatie) en financieringsmogelijkheden van MAZL. Inmiddels wordt voor de inzet van de jeugdarts op consultvoering gerekend met 3% van alle op de school ingeschreven leerlingen, en 10 uur inzet per aangemelde leerling. Het is bekend dat hoe beter MAZL op een school is geïmplementeerd, hoe minder aanmeldingen er zullen zijn omdat de school zelf al veel 'weg vangt' door een adequate gespreksvoering en aanpak op het ziekteverzuim (zie Procesevaluatie). De gevraagde inzet hangt ook samen met het type school en de problematiek van de schoolpopulatie. De kosten voor implementatie worden steeds vaker los gezien van de kosten voor exploitatie. Implementatie kan soms immers ook uit andere budgetten bekostigd worden (NPO nu bijvoorbeeld). De kosten voor het scholen van medewerkers zijn te vinden op de website van de NSPOH.

3. Onderbouwing

Probleem

Het probleem is het ontbreken van een adequaat ziekteverzuimbeleid onder middelbare scholieren. Ziekteverzuim is de meest voorkomende vorm van schoolverzuim (Roelofs, 2021). Schoolverzuim is een risicofactor voor afglijden in onderwijsniveau en voortijdig schoolverlaten (vsv), wat grote gevolgen heeft voor het individu en de maatschappij. Schoolverzuim kan de sociaalemotionele ontwikkeling en gezondheid, alsook de studieresultaten en studievoortgang negatief beïnvloeden. Dit kan leiden tot leerachterstanden, wat weer kan leiden tot uitstroom naar een lager onderwijsniveau of vsv (Kearney, 2008). De impact van ziekteverzuim, schoolverzuim na ziekmelding, kan bovendien verklaard worden doordat de gezondheidsgelateerde factoren die bij ziekteverzuim een rol spelen ook rechtstreeks de onderwijskansen negatief kunnen beïnvloeden (Basch, 2011; Higgins, 2008; O'toole, 2012; Suhrcke, 2011; Woolf, 2005; Freudenberg, 2007; Heesch, 2011; Case, 2005; Haas, 2006; Zhang, 2018).

Voortijdig schoolverlaten

Vsv is gerelateerd aan minder gunstige baankenmerken en werkloosheid (Rumberger, 1987; Dale, 2010), met name bij uitval vanuit het laagste onderwijsniveau (Traag, 2004; Steeg, 2006). Vooral vsv'ers met (psychische) gezondheidsproblemen zijn significant minder succesvol in hun leven (Allen, 2010; Eimers, 2006). Een lager opleidingsniveau en vsv zijn sterk geassocieerd met verhoogd risicogedrag zoals roken, overgewicht, bewegingsarmoede (Droomers, 1998 en 1999), een verhoogd risico op sociale uitsluiting en delinquentie (Kearney, 2008; Beckers, 2005; Thrane, 2006; Junger-Tas, 2002; Traag, 2010). Bovendien gaan een lager opleidingsniveau en vsv gepaard met een lagere sociaal-economische status op volwassen leeftijd, wat weer gerelateerd is aan een hogere prevalentie van chronische gezondheidsproblemen en psychische problemen en een kortere gezonde levensverwachting (Huisman, 2005; Sagatun, 2016; Dahlgren, 2006; Basch, 2011; Mackenbach, 2006; Thrane, 2006; Cutler, 2006; Lundborg, 2013; Kulhánová, 2014). Ook de kinderen van voortijdige schoolverlaters met een lage sociaal-economische status lopen meer risico op ongezondheid (Havas, 2010; Mheen, 1998), wat weer kan leiden tot suboptimale leerprestaties en schoolverzuim (Basch, 2011; Suhrcke, 2011). Op die manier kan een neerwaartse spiraal ontstaan. Vsv veroorzaakt niet alleen persoonlijk leed, maar brengt ook hoge maatschappelijke kosten met zich mee ten gevolge van uitkeringen bij ziekte, arbeidsongeschiktheid of werkloosheid, en vanwege kosten ten gevolge van gezondheidsproblemen en criminaliteit. De neerwaartse spiraal is te doorbreken door vroegtijdig en adequaat te handelen in geval van ziekteverzuim bij leerlingen. Na een forse daling van vsv in de jaren voorafgaand aan 2015 (van 2,8 naar 1,7%), wordt vanaf 2015 weer een stijgende trend waargenomen met een percentage vsv-ers van 1,87% in schooljaar 2020-2021. Dit wijst erop dat het probleem van voortijdig schoolverlaten en in het verlengde daarvan schoolverzuim, blijvende aandacht vereist (Ministerie OCW, 2022).

Ziekteverzuim

In schooljaar 2018-19 bedraagt het gemiddeld aantal ziektedagen op het vo elf schooldagen. Dat is 5,5% van de totale schooltijd in een jaar (Roelofs, 2021). Ruim 30 procent van de leerlingen is 3-5 keer per jaar afwezig na ziekmelding en meer dan de helft van de leerlingen meer dan vijf keer. Binnen het vo is daarnaast zichtbaar dat leerlingen op vmbo-niveau zich gemiddeld significant vaker ziek melden (gemiddeld 9,6

keer per jaar) dan leerlingen op havo-vwo niveau (gemiddeld 8,3 keer per jaar). Hun hoger ziekteverzuim kan verklaard worden doordat zij een minder gezonde leefstijl en meer psychosomatische klachten hebben. Ongeveer $\frac{3}{4}$ van de nieuwe vsv'ers komen van het vmbo (Nieuwe voortijdig schoolverlaters, 2013). Dit komt omdat vmbo'ers vaker leerproblemen hebben en problemen ervaren met plannen, waardoor ze meer moeite hebben met inhalen als ze eenmaal achterop geraakt zijn door het missen van de lessen bij schoolverzuim (Groeneveld, 2008; Havas, 2009). Omdat ze niet kunnen overstappen naar een lager onderwijsniveau verlaten zij vaker de school zonder diploma. Vroegtijdig ingrijpen, voordat leerachterstand is ontstaan, is noodzakelijk om vsv te voorkomen. In andere Europese landen blijkt ziekteverzuim de laatste jaren te zijn toegenomen ten opzichte van spijbelen (Eaton, 2008; Scottish Executive National Statistics, 2007; Lenzen, 2013). Men vermoedt dat ook in Nederland ziekteverzuim inmiddels vaker voorkomt als spijbelen. Dit komt niet alleen door de strenge handhaving van de leerplichtwet bij spijbelen maar zeker ook door het ontbreken van een adequate aanpak van ziekteverzuim.

Aanpak van ziekteverzuim

Voor een adequate aanpak van ziekteverzuim onder scholieren is het van belang om zowel collectief (schoolklimaat, bewustwording) als individueel aandacht te hebben voor ziekteverzuim. Bij de individuele leerling moeten de achterliggende factoren van het ziekteverzuim in kaart gebracht worden, waarvoor uiteindelijk medische expertise en een biopsychosociale benadering noodzakelijk blijkt te zijn (Vanneste, 2015a). Achter ziekteverzuim gaat een veelheid aan problematiek schuil. Ziekteverzuim is weliswaar gezondheidsgerelateerd, maar naast biomedische factoren veroorzaken vaak ook psychosociale factoren het verzuim. Dat vraagt om een benadering vanuit het biopsychosociale ecologische transactionele model (Engel, 1977 en 1992; Sameroff, 2010), waarbij aandacht wordt besteed aan biomedische, psychologische en sociale factoren en de interactie daartussen bij het ontstaan en in stand houden van lichamelijke en psychische klachten en ziekten. Bovendien kunnen door vroegtijdig aandacht te besteden aan leerlingen met ziekteverzuim chronische ziekten in een vroeg stadium gedetecteerd worden, wat preventie mogelijk maakt. Dit is gebaseerd op de 'growing into deficit'-theorie: de meeste ziekten ontwikkelen zich progressief in de loop van de tijd en hebben vaak een preklinische fase met beginnende symptomen, die nog niet clusteren tot een classificeerbare diagnostische entiteit (Snyderman, 2006; Syurina, 2013). Jeugdartsen zijn in de positie om de achterliggende factoren van ziekteverzuim in kaart te brengen. Dankzij hun biopsychosociale benadering en hun positionering op school en in maatschappelijke netwerken. Zij kunnen in samenwerking met de gezondheidszorgsector, de gezondheid en onderwijsparticipatie van deze jongeren optimaliseren. Dit gebeurt door het organiseren van gezondheidszorg, psychosociale begeleiding en passend onderwijs, in nauwe samenwerking met onderwijsprofessionals en met andere hulpverleners in en om school en in de wijk. Op die manier is een stagnerende ontwikkeling te voorkomen. De praktijk leert echter dat scholen vaak niet of veel te laat aandacht besteden aan leerlingen met ziekteverzuim. Daarom is 'MAZL' ontwikkeld.

Oorzaken

De belangrijkste oorzaken van het ontbreken van een adequate aanpak van ziekteverzuim onder scholieren in Nederland zijn:

1. Het ontbreken van (landelijk) beleid, en dus wet- en regelgeving en middelen. Ziekteverzuim is geoorloofd schoolverzuim en behoeft wettelijk gezien pas na vier schoolweken aaneengesloten ziek gemeld door school gemeld te worden bij

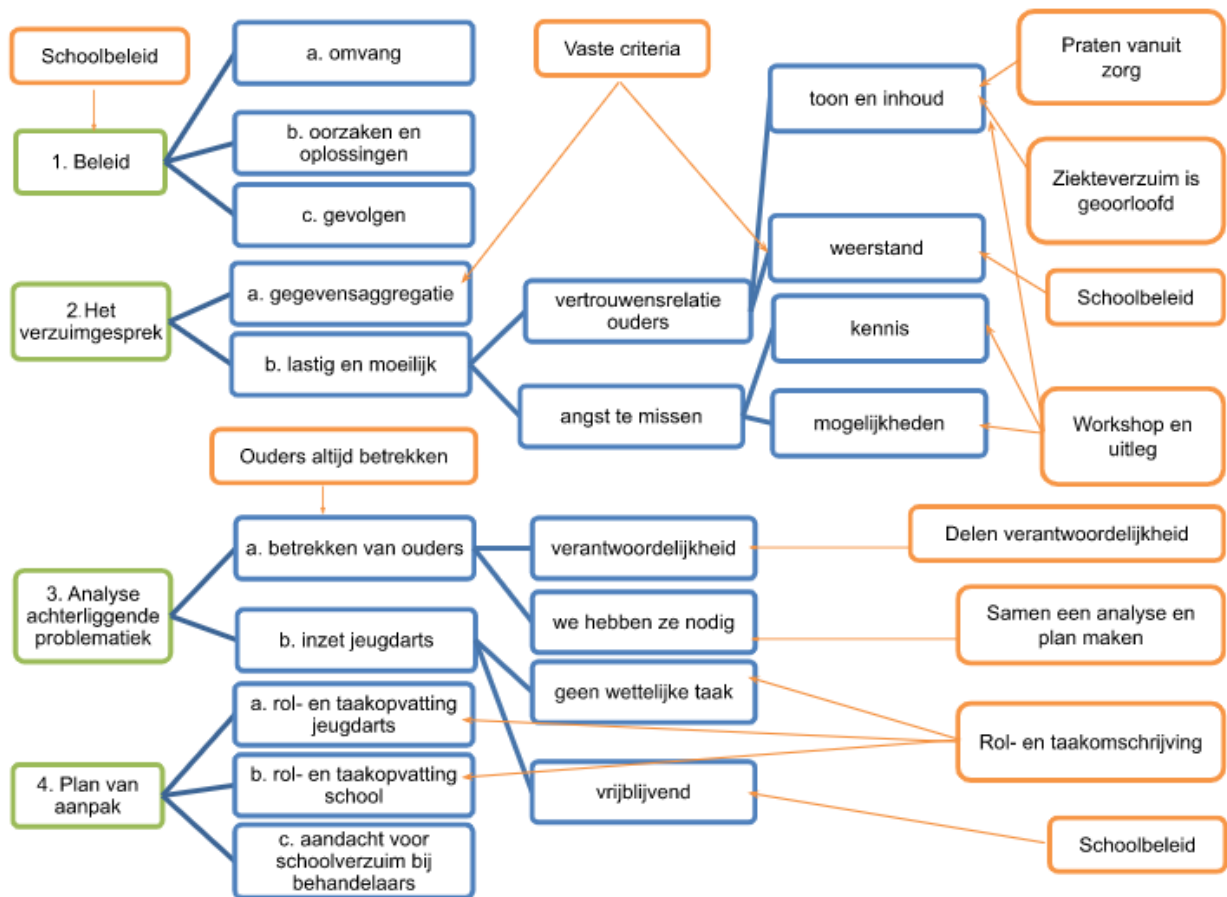
leerplicht. Leerplichtambtenaren missen vervolgens medische expertise om het ziekteverzuim adequaat aan te pakken. Het ontbreken van (landelijk) beleid komt onder andere omdat er bij beleidsmedewerkers, schooldirecties en -besturen:

- geen zicht is op de omvang van ziekteverzuim onder middelbare scholieren.
- geen of weinig inzicht is in het feit dat ziekteverzuim niet alleen medische oorzaken heeft maar ook veroorzaakt of in stand gehouden wordt door psychosociale factoren, en dat al deze factoren vaak goed beïnvloedbaar zijn, waardoor het ziekteverzuim kan worden teruggedrongen.
- weinig tot geen besef is dat 'aandacht voor de leerling met ziekteverzuim' de schoolprestaties positief kan beïnvloeden door het regelen van adequate zorg en begeleiding, en passend onderwijs, en daarmee langdurend thuiszitten en vsv kan voorkomen.

De minister heeft wel al in 2016 een uitspraak gedaan dat ook ziekteverzuim geregistreerd en een adequaat ziekteverzuimprotocol gehanteerd moet worden (Rijksoverheid, 2016). In de [verzuimbrief](#), die in het voorjaar van 2022 verscheen, wordt ingezet op het hanteren van een effectief verzuimbeleid en een eenduidigere verzuimregistratie.

2. Er vinden niet als vanzelfsprekend verzuimgesprekken plaats door de school met leerling en ouders. Dit heeft twee belangrijke redenen:
 - verhoogd ziekteverzuim blijft bij de school vaak onopgemerkt omdat er onvoldoende aandacht is voor adequate verzuimgegevensaggregatie op leerlingniveau. Vooral het frequent kortdurende verzuim blijft 'onder de radar'.
 - het verzuimgesprek wordt als lastig en moeilijk ervaren vanwege angst om
 - de vertrouwensrelatie met ouders te beschadigen:
 - twijfels over juiste toon en inhoud van gesprek. Het in gesprek gaan gebeurt meestal vanuit controle.
 - weerstand bij ouders, die het vaak als bemoeizucht ervaren.
 - medische zaken te missen vanwege gebrek aan medische kennis:
 - weinig kennis over oorzaken en gevolgen van ziekteverzuim.
 - weinig mogelijkheden voor overleg met behandelaars. Bij overleg is informatie vaak niet zinvol voor de school.
3. De analyse van de achterliggende problematiek vindt onvoldoende en onvolledig plaats vanwege
 - het vaak niet betrekken van ouders. De samenwerking met ouders is essentieel voor een adequate aanpak van ziekteverzuim:
 - zij zijn verantwoordelijk voor de opvoeding van hun kind, de ziekmelding en de zorg voor hun kind. Ook bewustwording van de omvang en invloed van het ziekteverzuim op het welbevinden van hun kind, en van hun eigen gedrag en invloed hierop is van groot belang.
 - ouders kunnen meedenken over de (mogelijke) oorzaken van en oplossingen voor het ziekteverzuim. Er kan een relatie zijn tussen gezinsgerelateerde factoren en ziekteverzuim van de leerling, hun invloed op ziekmelding en – beleving. Bovendien hebben zij kennis van het kind en kunnen zij oplossingen aandragen en uitvoeren.
 - het in de huidige zorgstructuur te beperkt benutten van de sociaal-medische expertise van de jeugdarts. De geringe inzet van de jeugdarts komt omdat

- het tot voor kort geen wettelijke taak was van de JGZ om aandacht te besteden aan ziekteverzuim. Pas sinds 2015 is 'aandacht voor schoolverzuim' opgenomen in het BP JGZ. Met het LPK, dat sinds 1 oktober 2016 van kracht is, kan de JGZ flexibeler dan voorheen invulling geven aan het BP JGZ. Beide ontwikkelingen maken inzet van de jeugdarts bij ziekteverzuim op verzoek van scholen momenteel in theorie mogelijk. Echter, er wordt in het BP JGZ niet expliciet gesproken over ziekteverzuim en er wordt niet beschreven hoe deze aandacht voor schoolverzuim inhoud en vorm te geven. Bovendien worden geen extra middelen ter beschikking gesteld en ontbreekt consensus over de invulling van de eerder genoemde flexibilisering. Ook missen jeugdartsen een duidelijke rol- en taakomschrijving bij de aanpak van ziekteverzuim bij leerlingen.
 - bezoek aan jeugdarts vrijblijvend is, waardoor een deel van de leerlingen niet worden bereikt.
4. Er wordt meestal geen plan van aanpak gemaakt dat vervolgens gemonitord wordt omdat dit
- momenteel geen rol- en taakopvatting is voor de jeugdarts (zoals wel het geval binnen de bedrijfsgeneeskunde). Er bestaan geen afspraken (tussen de jeugdarts, school en leerling/ouders) over het adviseren over mogelijkheden voor lesdeelname en de gewenste aanpassingen en over de onderlinge samenwerking hierin met de school.
 - geen rol- en taakopvatting van school is.
 - er geen tot weinig aandacht voor schoolverzuim is bij behandelaars. De behandelaar heeft vaak weinig aandacht over het schoolverzuim en (structurele) contacten tussen behandelaar en school ontbreken, waardoor er geen gezamenlijk plan komt voor de leerling/ouders tussen onderwijs en (gezondheid)zorg.



Figuur 2. Weergave van **oorzaken**, **factoren** en **aanpak** (de werkzame elementen van M@ZL).

Aan te pakken factoren

De volgende factoren worden door MAZL aangepakt (werkzame elementen van MAZL; zie Figuur 2):

1. Beleid: de school maakt eigen beleid door de werkwijze op te nemen in het schoolverzuimprotocol.
2. Het verzuimgesprek: door het hanteren van tevoren vastgestelde criteria voor de verzuimomvang
 - a. worden de verzuimgegevens geaggregeerd.
 - b. wordt aan school en ouders een helder en eenduidig kader geboden voor gespreksvoering, met behoud van de vertrouwensrelatie. Deze vertrouwensrelatie wordt ook geborgd doordat MAZL vertelt hoe in gesprek te gaan met ouders:
 - Praten over ziekteverzuim vindt altijd plaats vanuit zorg en niet vanuit controle.
 - Ziekteverzuim is geoorloofd verzuim. Er wordt niet gesproken over het wel/niet 'echt' ziek-zijn van een leerling.
3. Analyse achterliggende problematiek:

Bij MAZL worden ouders altijd betrokken:

 - a. De verantwoordelijkheid voor de consequenties van het ziekteverzuim, en de zorg en begeleiding van de leerling worden gedeeld.
 - b. Samen met ouders wordt een analyse van de problematiek en een plan van aanpak gemaakt.

De inzet van de jeugdarts.

- a. MAZL beschrijft de rol en taak van de jeugdarts.
 - b. het bezoek aan de jeugdarts voor advies wordt opgenomen in het schoolverzuimbeleid en is daarmee niet geheel vrijblijvend.
4. Plan van aanpak:
- a. MAZL beschrijft dat het de verantwoordelijkheid en taak van de school is om onderwijs- en schoolgerelateerde afspraken en het ziekteverzuim te monitoren
 - b. MAZL beschrijft dat het de taak van de jeugdarts is om de achterliggende problematiek te analyseren, en een 'plan van aanpak' en re-integratieadvies te maken, in overleg met behandelaars, en te monitoren en zo nodig regie te nemen en houden op de zorg voor de leerling (uitgebreider dan wettelijk verplicht gesteld onder 'opvolgen van zorg').

Uiteindelijk leidt MAZL tot een adequate zorg, passend onderwijs en juiste begeleiding van de leerling met ziekteverzuim, waardoor er een toename in welbevinden en gezondheid van de leerling en een afname van het ziekteverzuim plaats vindt. Onderzoek heeft laten zien dat MAZL werkt: ziekteverzuim wordt door MAZL teruggedrongen. Dit beïnvloedt (landelijk) beleid. Door te overleggen met huisartsen en behandelaars ontstaat er bij hen inzicht in de gevolgen van en relatie tussen problematiek en schoolverzuim.

De relatie tussen factor, doel en aanpak wordt beschreven in Tabel 2.

Tabel 2. De relatie tussen factor, doel en aanpak.

Oorzaak/Factor	Aanpak/werkzame elementen	Hoofd- en subdoelen
1. (Landelijk) beleid	Schoolbeleid	Schoolklimaat Afname ziekteverzuim op schoolniveau
2. Het verzuimgesprek		
a. Gegevensaggregatie	Vaste criteria	Afname ziekteverzuim op schoolniveau Zorg, begeleiding en passend onderwijs Afname ziekteverzuim op leerlingniveau
b. Lastig en moeilijk	Praten vanuit zorg Ziekteverzuim is geoorloofd Schoolbeleid Vaste criteria Workshop en uitleg	Afname ziekteverzuim op schoolniveau Schoolklimaat Zorg, begeleiding en passend onderwijs Afname ziekteverzuim op leerlingniveau
3. Analyse achterliggende problematiek		Bewustwording (psychosociale) Gezondheid en welbevinden van de leerling
a. Betrekken ouders	Ouders altijd betrekken	Zorg, begeleiding en passend onderwijs

		(psychosociale) Gezondheid en welbevinden van de leerling Schoolklimaat
Verantwoordelijkheid	Delen verantwoordelijkheid	Zorg, begeleiding en passend onderwijs (psychosociale) Gezondheid en welbevinden van de leerling Afname ziekteverzuim op leerlingniveau
We hebben ze nodig	Samen een analyse en plan maken	Afname ziekteverzuim op leerlingniveau
b. Inzet jeugdarts		
Geen wettelijke taak	Rol- en taakomschrijving	Zorg, begeleiding en passend onderwijs (psychosociale) Gezondheid en welbevinden van de leerling Afname ziekteverzuim op leerlingniveau
Vrijblijvend	Schoolbeleid	Zorg, begeleiding en passend onderwijs (psychosociale) Gezondheid en welbevinden van de leerling Afname ziekteverzuim op leerlingniveau
4. Plan van aanpak	Rol- en taakomschrijving van de school en de jeugdarts	Zorg, begeleiding en passend onderwijs (psychosociale) Gezondheid en welbevinden van de leerling Afname ziekteverzuim op leerlingniveau

Verantwoording

Het risico op schoolverzuim en vsv hangt samen met kenmerken op schoolniveau, kindkenmerken en omgevingskenmerken. Schoolkenmerken hebben betrekking op het schoolklimaat, de samenwerking met de zorg en de betrokkenheid van de ouders. Bij kindkenmerken gaat het onder meer om sekse; jongens vallen vaker uit dan meisjes (Traag, 2010) en slechte schoolprestaties; slechte schoolprestaties zijn de duidelijkste voorbode van vsv (Battin-Pearson, 2000). Omgevingskenmerken die een rol spelen zijn bijvoorbeeld gezinskenmerken en (de invloed van) leeftijdgenoten. Zo blijkt dat leerlingen die van hun ouders geen aanmoediging en ondersteuning krijgen, 50% meer kans op schooluitval hebben dan jongeren die dat wel krijgen (Traag, 2010). In de

literatuur over interventies om schoolverzuim te voorkomen en te verminderen wordt aanbevolen de problematiek op al deze niveaus aan te pakken (Smink, 2005). Dit betreft enerzijds preventieve interventies op school- en omgevingsniveau, zoals vernieuwing van de schoolorganisatie en de samenwerking tussen de school en de zorg, en het stimuleren van de betrokkenheid van de ouders. Anderzijds betreft het interventies die specifiek gericht zijn op de leerling die overmatig verzuimt, met als doel bestaand verzuim te verminderen.

Bij de ontwikkeling van MAZL is gebruik gemaakt van deze kennis. MAZL intervineert op alle drie niveaus en sluit zo aan bij de niveaus waarop de risicofactoren voor schoolverzuim en vsv zich voordoen:

1. Het niveau van de school:
 - Schoolverzuimbeleid. Het is bekend dat een algemene preventieve werking uitgaat van de inbedding van het ziekteverzuimbeleid in de zorgstructuur van de school (Haak van der, 2005).
 - Bewustwording ten aanzien van:
 - het belang van registreren en signaleren.
 - het belang van het op de juiste manier in gesprek gaan.
 - het besef dat er een wereld van problematiek achter ziekteverzuim kan zitten die vaak beïnvloed kan worden.
2. Het niveau van de leerling met verhoogd ziekteverzuim, die een individueel traject in gaat met een volledige analyse vanuit biopsychosociaal perspectief, en een plan van aanpak, dat uitgevoerd en gemonitord wordt. MAZL verbetert de aandacht en zorg voor deze leerling door het structureel en vroegtijdig signaleren, interveniëren en monitoren.
3. Het niveau van de ouders/de thuissituatie:
 - met ouders wordt de zorg en verantwoordelijkheid gedeeld. Dit kan omdat je vanuit zorg met hen over het ziekteverzuim van hun kind praat, waardoor je naast en niet tegenover hen komt te staan.
 - met hen wordt gezocht naar oorzaken en oplossingen voor de achterliggende problematiek.

Het belang van het signaleren en begeleiden van leerlingen met zorgwekkend ziekteverzuim werkt twee richtingen op: (1) Het verzuim neemt af waardoor de leerling niet achterop raakt. Het gevolg is dat de leerling minder kans heeft op afglijden of uitvallen, waardoor hij/zij weer meer onderwijskansen krijgt. (2) Door de achterliggende problematiek helder te krijgen, kan passende zorg en passend onderwijs worden gegeven aan de leerling, met als gevolg een betere gezondheid en welbevinden, waardoor hij/zij meer onderwijskansen krijgt.

Het hanteren van vaste criteria van verzuimomvang voor het in gesprek gaan met de leerling en ouders helpt om het beleid uit te leggen: 'We voeren altijd een verzuimgesprek bij deze omvang van het verzuim' (Vanneste, 2016a). Zo wordt hun vertrouwensrelatie met ouders niet beschadigd. Er is gekozen voor de volgende criteria: vanaf de 4^{de} keer in 12 schoolweken of 7^{de} schooldag aaneengesloten ziek gemeld. Het eerste criterium voor frequent kortdurend ziekteverzuim wordt gehanteerd op verzoek van de scholen. Met het tweede criterium wordt voorkomen dat er onnodig gesprekken plaatsvinden vanwege een 'ongecomplieerde' griep (Centers for Disease Control). Het blijkt dat bij toepassing van deze MAZL-criteria leerlingen in beeld komen die in 12 schoolweken gemiddeld circa 14% van de schooldagen verzuimd hebben. De ontwikkeling van een jongere stagneert bij een verzuim van in totaal meer dan 20% over meerdere schoolperioden (Jones, 2009). De MAZL-criteria brengen dus jongeren in beeld

die nog onder deze grens van problematisch ziekteverzuim zitten. Dat geeft gelegenheid om tijdig zorg aan te bieden en te voorkómen dat jongeren uitvallen. Uit de effectstudie blijkt dat systematische signalering van leerlingen met een ziekteverzuimomvang volgens een van de MAZL-criteria, gevolgd door consequente verwijzing naar de jeugdarts, effectiever is dan gebruikelijke zorg: na 1 jaar was de verzuimomvang bij de interventiegroep significant afgenomen ten opzichte van de verzuimomvang van een controlegroep. Ook blijkt dat leerlingen met omvangrijk ziekteverzuim (volgens de MAZL-criteria) een grote verscheidenheid in de gezondheidstoestand vertonen, vaak met bijkomende niet-medische problemen zoals een ongezonde leefstijl, en problemen ondervindt in de thuissituatie of op school (Vanneste, 2015a). Verondersteld wordt dat het verzuim van deze leerlingen afneemt door aandacht en optimaliseren van zorg en begeleiding door de gezamenlijke inspanning van schoolpersoneel, jeugdartsen, leerlingen en ouders (Vanneste, 2016b).

Als de school met leerling en ouders gesproken heeft en advies wil, dan is dat meestal – zo blijkt uit de praktijk – omdat er sprake is van lichamelijk en/of psychische klachten, vaak in combinatie met het aanhouden van het verzuim. Leerling en ouders willen erkenning van de klachten en verwachten een arts, die voortborduurde op het gesprek op school, een antwoord heeft op hun vragen en ook aandacht heeft voor biomedische componenten (Dorgelo, 2012). Bij lichamelijke of psychische klachten hebben leerling en ouders recht op een goede medische anamnese en lichamelijk en psychosociaal onderzoek. Kennis van diagnostiek en behandeling van ziekten en aandoeningen is noodzakelijk om hen (snel) gerust te kunnen stellen en zorgen weg te kunnen nemen (het wegnemen van vermijdbare zorg, ook wel 'de-medicaliseren' genoemd) en tegelijkertijd op tijd te kunnen doorverwijzen voor diagnostiek en behandeling bij vermoeden van een ziekte of aandoening (voorkomen van onderbehandeling). Daarom wordt in MAZL een jeugdarts betrokken

Het evaluatieonderzoek geeft ook inzicht in de rol van de school en onderbouwt het altijd eerst in gesprek gaan door de school met leerling en ouders over het ziekteverzuim. Op de eerste plaats vinden ouders het, ook omdat zij hun kind ziek melden bij school, vanzelfsprekend dat de school hen eerst zelf vraagt wat er speelt. Daarvoor is het wel van belang op de juiste manier het ziekteverzuim te bespreken. Dit versterkt de relatie tussen school, leerling en ouders en vergroot de ouderbetrokkenheid. Het bewust maken van de leerling en ouders van hun rol, verantwoordelijkheid en plichten, en van het feit dat het ziekteverzuim omvangrijk is en 'schadelijk' voor de studievoortgang, hoort bij school. In het gesprek komen vaak al zaken naar voren, zoals pesten en problemen met een docent, die door de mentor zelf meteen kunnen worden opgepakt. Door tijdens het gesprek de verwijzing naar de jeugdarts met leerling en ouders toe te lichten, is de samenwerking tussen school en jeugdarts voor leerling en ouders duidelijker, waardoor de opkomst bij de jeugdarts hoger is. Het goed informeren van de jeugdarts bij aanmelding verstevigt ook de samenwerking. De voorinformatie helpt de jeugdarts om inzicht te krijgen in de problematiek en de hulpvraag, waardoor de jeugdarts beter kan adviseren. De school is vervolgens meer tevreden over de terugkoppeling door de jeugdarts en kan het advies beter oppakken, omdat er al contact is over het ziekteverzuim met leerling en ouders. Uiteindelijk moeten de mentoren de adviezen van de jeugdarts weer oppakken. Dit wordt als lastiger ervaren als ze niet vanaf het begin betrokken zijn bij het hele begeleidingsproces. Ook in de recentere procesevaluaties komt weer naar voren dat de communicatie, over rol- en taakverdeling en verwachtingen ten aanzien van het verloop van het individuele traject zowel bij de leerlingen en hun

ouders als bij de professionals, van groot belang is voor de waardering van MAZL door alle betrokkenen en de toepassing van MAZL zoals bedoeld.

Een effectieve interventie die de gezondheid en de onderwijskansen van jongeren optimaliseert kan een neerwaartse spiraal doorbreken (Allensworth, 2011). Daarvoor is een integrale aanpak van onderwijs en gezondheidszorg nodig (Iton, 2006; Schrijvers, 2009).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Bereik van MAZL

In maart 2022 zijn middels een vragenlijst de cijfers over het bereik opgevraagd bij de MAZL-coördinatoren JGZ van de 16 JGZ-organisaties, die MAZL momenteel zoals bedoeld toepassen.

Bereik aantal JGZ-organisaties die MAZL toepassen

Er zijn momenteel 20 licentiehoudende JGZ-organisaties, waarvan 16 organisaties MAZL hebben geïmplementeerd (CJG Apeldoorn, GGD Amsterdam, GGD Brabant Zuidoost, GGD Drenthe, GGD Flevoland, JGZ Almere, GGD Hart voor Brabant, GGD Hollands-Noorden, GGD Kennemerland, GGD regio Utrecht, GGD West-Brabant, GGD IJsselland, Jeugd en Gezin regio Gooi en Vechtstreek, GGD Zuid-Limburg, Veiligheidsregio Limburg-Noord, VGGM en GGD Gelderland Midden), 1 organisatie vanaf schooljaar 22/23 met MAZL start (GGD Twente) en 3 organisaties wél een licentie hebben, maar geen MAZL uitvoeren (CJG Capelle a/d IJssel, GGD Gelderland-Zuid en CJG Rijnmond). CJG Capelle a/d IJssel en GGD Gelderland-Zuid voeren een regionaal protocol uit dat gebaseerd is op MAZL, en waarbij de jeugdartsen wel geschoold zijn in MAZL. CJG Rijnmond is, na aanpassing van MAZL, hun ziekteverzuimaanpak PATS gaan noemen.

Bereik aantal gemeenten, scholen en leerlingen

Voor het beantwoorden van de vragen 'In welke gemeenten binnen het werkgebied van jouw JGZ-organisatie wordt MAZL uitgevoerd?' en 'Op hoeveel vo scholen in totaal wordt MAZL uitgevoerd?' (NB. Onder voortgezet onderwijs valt zowel vso, praktijkonderwijs, vmbo, havo als vwo. Elke school telt als 1 school. Bijvoorbeeld één middelbare school waarop zowel havo als vwo wordt aangeboden telt als 1 school) werd gevraagd de situatie in april 2022 als uitgangspunt te nemen. Het aantal leerlingen dat voor een MAZL-consult is uitgenodigd dan wel een MAZL-consult heeft gehad (vragen 4 en 5) is, vanwege de corona pandemie vanaf 2020, opgevraagd voor het kalenderjaar 2019. De JGZ-organisaties konden daarbij telkens aangeven of het om een schatting of een reëel getal ging. Als het om een schatting ging gaven de organisaties hiervoor verschillende redenen, zoals fusie van scholen, de kans op dubbeltelling van leerlingen en andere problemen met het ophalen van de cijfers uit het DD JGZ. Van alle 16 organisaties zijn gegevens over het bereik ontvangen.

Resultaten

- Gemeenten: Bij 12 van de 16 JGZ-organisaties wordt MAZL uitgevoerd in al hun gemeenten. Bij de overige 4 wordt MAZL in een aantal van hun gemeenten uitgevoerd.
- Scholen: GGD Hart voor Brabant, GGD regio Utrecht en GGD Drenthe geven aan dat op al hun vo-scholen MAZL wordt toegepast. In de overige 13 JGZ-organisaties wordt MAZL op in totaal 370 vo-scholen momenteel toegepast.
- Het aantal leerlingen dat uitgenodigd is voor een MAZL-consult in kalenderjaar 2019: 2 JGZ-organisaties geven aan dit niet te weten. De overige 14 JGZ-organisaties geven aan in 2019 in totaal (naar schatting) 9.649 vo-leerlingen te hebben uitgenodigd voor een MAZL-consult; nb: van deze 14 organisaties kunnen er 3 slechts een schatting geven, de anderen gaven aan dat het om een reëel getal ging.

- Het aantal leerlingen dat een MAZL-consult heeft gehad in kalenderjaar 2019: 3 organisaties geven aan dit niet precies te kunnen vertellen. In totaal hebben (naar schatting) 8.574 leerlingen (86%) daadwerkelijk een MAZL-consult bij de jeugdarts gehad.

nb.: Een organisatie geeft expliciet aan dat het aantal telefonische consulten niet is meegerekend.

nb.: Meerdere organisaties geven aan dat er geen zuiver aantal vo-leerlingen te geven is omdat dat niet uit het DD JGZ te halen is. De MAZL-intake van vo- en mbo-leerlingen betreffen eenzelfde contactmoment in het DD JGZ.

Conclusie: Van het aantal vo-leerlingen dat gedurende de afgelopen 5 jaar een MAZL-consult heeft gehad is slechts een schatting te geven.

1) Ervaring en waardering van MAZL door MAZL-jeugdartsen (Zie Bijlage MAZL op het vo evaluatie jeugdartsen 2022)

In maart 2022 is door de MAZL-coördinatoren JGZ binnen hun organisatie aan alle jeugdartsen, die MAZL uitvoeren, gevraagd een vragenlijst in te vullen over de ervaringen en waardering van MAZL, waarbij ze verzocht werden de huidige situatie (april 2022) als uitgangspunt te nemen.

Resultaten en aanbevelingen

- Een essentieel deel van de jeugdartsen die MAZL uitvoeren is niet geschoold in MAZL en de helft van de geschoolde jeugdartsen geeft aan behoefte te hebben aan verdiepende scholingen. NCJ zal dit moeten adresseren bij de organisaties die niet MAZL geschoolde jeugdartsen inzetten voor MAZL. Het is daarnaast aan te bevelen met regelmaat een verdiepende scholing aan te bieden.

- 90% van de jeugdartsen geeft aan MAZL (zeer) zinvol te vinden. Ze geven aan dat MAZL vooral een meerwaarde is voor de individuele leerling en de medewerkers van de school. Slechts 50% van de jeugdartsen ziet dat MAZL van meerwaarde is voor alle leerlingen. Ongeveer 1 op de 4 jeugdartsen geeft aan dat het onvoldoende lukt alle stappen van MAZL samen met de school te doorlopen. Dit komt vaker voor bij jeugdartsen die niet geschoold zijn in MAZL en medewerkers die niet goed op de hoogte zijn van MAZL. Scholing en goede uitleg over MAZL lijkt essentieel voor een juiste toepassing ervan. Ze geven zelf aan dat voor het structureel volgen van het stappenplan een Kick-off en verdiepende scholing voor jeugdartsen helpend is.

- Het is voor de jeugdarts zelf en het NCJ van belang meer zicht te hebben op het aanmeldpercentage van leerlingen bij de jeugdarts per schoolniveau en schooltype, waardoor een reële inschatting gemaakt kan worden van de benodigde inzet van de jeugdarts en daarmee van de kosten van MAZL. De jeugdarts kan daardoor tijds bijsturen en de school wijzen op zijn verantwoordelijkheid MAZL uit te voeren zoals bedoeld en haar eigen rol daarbij. De jeugdarts kan de school stimuleren de mentoren te scholen en helder te communiceren over MAZL naar alle schoolmedewerkers toe. Het is aan de jeugdarts de eigen rol te pakken en de school te begeleiden bij de implementatie van MAZL.

- De jeugdartsen zien een stijging van mentale problematiek onder jongeren en vragen zich af of het mogelijk en haalbaar is om de intake door de jeugdarts na de aanmelding van een leerling ook breder in het JGZ-team op te pakken, waarbij het recht op een gedegen sociaal-medische expertise geborgd blijft. Deze wens wordt ook ingegeven door het hoge aanmeldpercentage. Het is aan te bevelen de doorontwikkeling van MAZL van consultvoering door de jeugdarts naar MAZL-intake door een lid van het JGZ-team

wetenschappelijk te onderbouwen, zodat de effectiviteit van MAZL overeind blijft. Het hanteren van het concept regiebehandelaarschap kan hierbij een oplossingsrichting zijn.

- Daarnaast ziet 1 op de 3 jeugdartsen een vroegtijdige en anonieme consultatiefunctie als een van de oplossingen voor het verlagen van het aanmeldpercentage.

Acties

1. In de licentieovereenkomst staat dat de organisatie verplicht is de jeugdartsen die MAZL uitvoeren te (laten) scholen in MAZL. Het NCJ zal de MAZL-coördinatoren JGZ hierop aanspreken en zal bij hen ophalen wat de belemmering is om niet alle jeugdartsen te scholen. Hierop zal het NCJ acties ondernemen. Het NCJ zal ook onderzoeken in hoeverre er behoefte is aan welke verdiepende scholing en zo nodig hierop acties ondernemen.
2. Het NCJ gaat inzetten op minder vrijblijvendheid ten aanzien van een Kick-off op school en training van mentoren in de gespreksvoering door mentoren ter voorbereiding op de toepassing van MAZL op een school.
3. Het NCJ gaat samen met de MAZL-coördinatoren JGZ onderzoeken of het mogelijk en haalbaar is om meer zicht te krijgen op het aanmeldpercentage.
4. Het NCJ is voornemens de doorontwikkeling van consultvoering door een lid van het JGZ-team minstens goed beschrijven en pogen het wetenschappelijk te onderbouwen.
5. De mogelijkheid van een anonieme en vroegtijdige consultatiefunctie van de jeugdarts, zodat de school snel een advies kan inwinnen, is inmiddels toegevoegd aan het stappenplan van MAZL (zie Handboek hoofdstuk 2).

2) Ervaringen en waardering van MAZL door professionals op MAZL-scholen (Zie *Bijlage MAZL op het vo evaluatie scholen 2022*)

In voorliggend onderzoek is onderzocht hoe de uitvoerders op de vo-scholen MAZL ervaren en waarderen. Er is gebruik gemaakt van een vragenlijst, die door het NCJ samen met de MAZL-coördinatoren JGZ is opgesteld. In maart 2022 is aan de MAZL-coördinatoren JGZ van de 16 JGZ-organisaties die MAZL toepassen zoals bedoeld gevraagd at random 1 vo-school uit hun werkgebied te selecteren. Vervolgens heeft de MAZL-jeugdarts die verbonden is aan deze school aan de MAZL-coördinator school. In maart 2022 is aan de MAZL-coördinatoren JGZ van de 16 JGZ-organisaties die MAZL toepassen zoals bedoeld gevraagd at random 1 vo-school uit hun werkgebied te selecteren. Vervolgens heeft de MAZL-jeugdarts die verbonden is aan deze school aan de MAZL-coördinator school.

Resultaten en aanbevelingen

- In totaal zijn 11 vragenlijsten (70%) ingevuld geretourneerd.
- Ongeveer de helft (6/11) geeft aan dat de mentoren van hun school niet getraind zijn in de gespreksvoering met leerling en ouders over het ziekteverzuim. Zij zien dit niet als de belangrijkste reden dat het aanmeldpercentage op hun school hoger ligt dan 3% van de totale leerlingpopulatie.
- De toepassing van MAZL wordt door de *MAZL-coördinatoren school* als (heel) erg zinvol ervaren. Volgens hen ligt de meerwaarde van MAZL vooral bij de individuele leerling en het gezin. Er is winst te behalen door bij de implementatie van MAZL ook de meerwaarde van MAZL voor alle leerlingen te benadrukken, doordat MAZL een cultuur op school beoogt te creëren, waarbij ziekteverzuim vanuit zorg en niet vanuit controle benaderd wordt. Het meer onder de aandacht brengen van de inhoud van MAZL en 'weten wie wanneer wat hoe doet' kan helpend zijn in het nog beter volgen van het stappenplan en het verlagen van het aanmeldpercentage bij de *MAZL-jeugdarts*, dat volgens de *MAZL-coördinatoren school* momenteel 3% of hoger ligt. Het is aan te bevelen om het structureel scholen van mentoren in de gespreksvoering en het helder communiceren over de inhoud van MAZL en 'wie doet wat wanneer hoe' door het organiseren van een Kick-off, als verplicht onderdeel van de implementatie van MAZL op scholen te maken.

Het stappenplan zal dan naar verwachting nog beter gevolgd worden. MAZL uitvoeren zoals bedoeld is van belang om de effectiviteit van de interventie te borgen.

- Het regelen van een anonieme en vroegtijdige consultatiefunctie van de *MAZL-jeugdarts* is volgens de respondenten ook een belangrijke strategie om het aanmeldpercentage te verlagen en daarmee de kosten van MAZL te reduceren en overbelasting van de JGZ te voorkomen.

Acties

1. Het NCJ gaat inzetten op minder vrijblijvendheid ten aanzien van een Kick-off op school en training van mentoren in de gespreksvoering door mentoren ter voorbereiding op de toepassing van MAZL op een school. De Kick-off en de training wordt zo vast deel van de implementatie van MAZL

2. De mogelijkheid van een anonieme en vroegtijdige consultatiefunctie van de jeugdarts, zodat de school snel een advies kan inwinnen, is inmiddels toegevoegd aan het stappenplan van MAZL (zie [Handboek](#) hoofdstuk 2). Hoe gaan we het in de praktijk doen? Het NCJ zal met de MAZL-coördinatoren JGZ bespreken hoe dit in de praktijk handen en voeten kan krijgen. Daarbij hopen we te leren van organisaties die het al doen. Hun tips zullen vervolgens worden gedocumenteerd in het handboek.

3a en 3b) Ervaringen en waardering van MAZL door ouder en jeugdige (zie *Bijlagen Cliëntnarratief 1 tips en Cliëntnarratief 2 tops*)

In voorjaar 2022 zijn zes Avans-studenten, in het kader van hun scriptie, op zoek gegaan naar ouders en jeugdigen die geïnterviewd wilden worden over hun ervaringen en waardering van MAZL. Naar aanleiding van hun bevindingen uit 2 diepte-interviews beschreven ze een 'reis door het MAZL-traject' met tops en tips die uit de gesprekken naar voren kwamen.

Bevindingen

- Een heldere communicatie over de inhoud en de verwachtingen ten aanzien van het MAZL-traject blijkt van groot belang. Dit betreft zowel de communicatie met ouders en jeugdigen als intern met alle schoolmedewerkers.

- Ook een positieve en gelijkwaardige houding ten opzichte van de jeugdige en ouder door zowel de school als de jeugdarts, waarbij ze zich serieus genomen en gehoord voelen, kan helpen het MAZL-traject succesvol te laten verlopen. Vanwege de relevantie en herkenbaarheid van de bevindingen noemen we dit kleine onderzoek hier toch.

Acties

Het NCJ zal deze tips en tops meenemen in de scholing van MAZL voor jeugdartsen (Een deel van de scholing gaat over ouder- en kindperspectief) en de training in de gespreksvoering van mentoren. Ook tijdens de Kick-off zal hier aandacht voor zijn.

4) Ziekteverzuim en ziekteverzuimbegeleiding volgens M@ZL; Een kwalitatief onderzoek naar ervaringen van middelbare scholieren (zie *Bijlage Schmits, Vanneste en de Rijk - Artikel MAZL TJGZ mei 2021; <https://doi.org/10.1007/s12452-021-00241-y>*)

Onderzocht wordt hoe jongeren hun ziekteverzuim en de ziekteverzuimbegeleiding volgens M@ZL ervaren. Het betrof een kwalitatief onderzoek door middel van semigestructureerde interviews.

Resultaten en conclusie

Jongeren vinden het niet fijn om te verzuimen en zien voor hun ouders een ondersteunende rol en een rol als intermediair tussen henzelf en de school of jeugdarts. Ziekteverzuimbegeleiding door de school en jeugdarts wordt als aandacht en interesse ervaren, maar jongeren vinden het ook logisch dat hun afwezigheid wordt gecontroleerd. Ze vinden uitleg van de school over verwijzing naar de jeugdarts en uitleg van de jeugdarts over de terugkoppeling naar de school belangrijk. Opvolging van het consult bij de jeugdarts door de school vond volgens jongeren niet altijd plaats. Uit dit onderzoek kon worden geconcludeerd dat MAZL door jongeren wordt gewaardeerd. Verbeterpunten zijn communicatie door de school en jeugdarts met jongeren en hun ouders, en opvolging na het consult bij de jeugdarts.

Acties

Het NCJ zal voor zowel de communicatie als de opvolging na het consult bij de jeugdarts aandacht vragen tijdens de scholing in MAZL voor de jeugdartsen.

5a en 5b) Evaluatie M@ZL GGD Zuid-Limburg (zie *Bijlage Factsheet M@ZL evaluatie ggd zl 2019 en Bijlage Analysis of the Implementation of the MASS Intervention in Secondary Schools in South-Limburg*)

Vanaf 2014 is MAZL op alle vo-scholen in Zuid-Limburg geïntroduceerd. In 2018 vond er een onderzoek plaats middels vragenlijsten en diepte-interviews naar het implementatieniveau van M@ZL op de vo-scholen.

Resultaten

Uit het onderzoek bleek dat vier jaar na de start 90% (26) van de scholen M@ZL toepaste, dat 7 scholen M@ZL volledig had geïmplementeerd en dat op 9 scholen de implementatie in een gevorderd stadium was, waarbij de volgende verbeteringen in het proces werden aangegeven: 1. Verbeteren van de communicatie tussen jeugdartsen en scholen over signaleren en doorverwijzen ('wie doet wat wanneer hoe'), 2. Betrokkenheid van mentoren bij het signaleren van ziekteverzuim en 3. Inrichten van digitale schoolsystemen zoals Magister en SOM, om signalering te vergemakkelijken. Van de verzuim- en zorgcoördinatoren was 77% tevreden tot heel tevreden over M@ZL.

Acties

1. De rol- en taakverdeling tussen scholen en jeugdartsen heeft veel aandacht in MAZL en inmiddels ook tijdens de MAZL-scholingen en trainingen.
2. Bij de implementatie van MAZL wordt training van de mentoren altijd al gepromoot. Er komt nog in 2022 een landelijke open inschrijving voor de train-de-training voor scholing van de mentoren, inclusief heldere criteria voor inschrijving.
3. In een aantal verzuimregistratiesystemen is het aggregeren van het verzuim op leerlingniveau inmiddels geregeld, wat ondersteunend is aan het signaleren van die leerlingen waarvan ze ziekteverzuimomvang voldoet aan de MAZL-criteria. Te verwachten is dat met de nieuwe regelgeving dit landelijk door het onderwijs verder wordt opgepakt. Het belang hiervan heeft aandacht tijdens de gesprekken met JGZ/NCJ en onderwijs.

Zie voor een uitgebreidere beschrijving van bovenstaande studies de bijlage Procesevaluatie MAZL vo 2022. In dit document wordt ook een aantal beleidsontwikkelingen en uitdagingen, inclusief een eerste idee over de doorontwikkeling van MAZL beschreven.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

1a) Vanneste, Y.T., Mathijssen, J.J., Goor, I.A. van de, Rots-de Vries, C.M., Feron, F.J. (2016b). Addressing medical absenteeism in pre-vocational secondary students: effectiveness of a public health intervention, using a quasi-experimental design. BMC Public Health, 16(1), 1107. DOI:10.1186/s12889-016-3718-1

De effectiviteit van M@ZL werd onderzocht in een kwantitatief onderzoek met een quasi-experimentele opzet: veranderingen in de ziekteverzuimomvang van de 493 leerlingen uit de 7 'M@ZL-scholen' (de interventiegroep) na 3 en 12 maanden werden vergeleken met veranderingen in de ziekteverzuimomvang van leerlingen uit een controlegroep. Deze controlegroep bestond uit 445 leerlingen van 7 controlescholen waar niet M@ZL maar het eigen ziekteverzuimbeleid werd toegepast.

Resultaten: in de interventiegroep nam de gemiddelde ziekteverzuimomvang af van 8,5 naar 5,7 (na 3 maanden) naar 4,9 (na 12 maanden) schooldagen ziekgemeld per 12 schoolweken. De gemiddelde verzuimfrequentie was afgenomen van 3,9 naar 2,5 (na 3 maanden) naar 2,2 (na 12 maanden) keren ziekgemeld in 12 schoolweken tijd. In de controlegroep nam de ziekteverzuimomvang aanvankelijk af van 9,9 naar 8,4 (na 3 maanden) schooldagen ziekgemeld per 12 schoolweken, waarna na 12 maanden een toename was naar 8,9 schooldagen per 12 schoolweken. De gemiddelde verzuimfrequentie nam eveneens aanvankelijk af van 4,5 naar 3,5 (na 3 maanden) keren ziekgemeld in 12 schoolweken tijd. Na 12 maanden bleek de gemiddelde verzuimfrequentie toegenomen naar 3,7 keren ziekgemeld in 12 schoolweken tijd. Het aantal schooldagen per ziekmelding bleef ongeveer gelijk in beide groepen. Het verschil in afname van de verzuimomvang en -frequentie tussen de M@ZL-groep en de controlegroep was statistisch significant.

Geconcludeerd wordt dat M@ZL effectief blijkt te zijn voor vmbo'ers met een verhoogde verzuimomvang: systematische signalering van leerlingen met een ziekteverzuimomvang volgens een van de M@ZL-criteria, gevolgd door consequente verwijzing naar de jeugdarts, is effectiever dan gebruikelijke zorg. Verondersteld wordt dat het verzuim afneemt door de aandacht en het optimaliseren van zorg en begeleiding door de gezamenlijke inspanning van schoolpersoneel, jeugdartsen, leerlingen en ouders, waardoor de ziekteverzuimomvang wordt teruggedrongen. Onderzocht moet worden hoe effectief het is als de school, voorafgaand aan een eventuele verwijzing naar de jeugdarts, eerst zelf in gesprek gaat met de leerling en diens ouders. Ook de effectiviteit van M@ZL op scholen met een ander onderwijsniveau dan vmbo vraagt om nader onderzoek. Er is echter voldoende reden om aan te nemen dat M@ZL ook voor havisten en vo-leerlingen toegevoegde waarde heeft gezien de werkzame elementen van M@ZL (zie onder 5. Samenvatting Werkzame Elementen). De beïnvloeding van het schoolklimaat ten aanzien van 'aandacht voor ziekteverzuim' en de analyse van de achterliggende problematiek bij een leerling met verhoogd ziekteverzuim maakt dat ook bij hen adequate zorg en begeleiding geregeld kan worden.

1b) Een samenvatting van het proefschrift *Reported sick from school: a study into addressing medical absenteeism among students*. Vanneste-van Zandvoort, Y. T. M. (2015). <https://doi.org/10.26481/dis.20151105yv> is beschreven in **Gemiste lessen, gemiste kansen. Rol voor de publieke gezondheidszorg bij ziekteverzuim van jongeren**. Vanneste, Y.T.M., Goor, I.A. van de, Feron, F.J. (2016). Ned tijdschr geneeskd, 160. D398 (zie bijlage).

5. Samenvatting Werkzame elementen

MAZL is voor scholen een methodiek om samen met de jeugdarts en de leerplichtambtenaar goede zorg en begeleiding voor leerlingen met ziekteverzuim te realiseren, waarmee het ziekteverzuim kan worden teruggedrongen. MAZL is voor JGZ een manier om vroegtijdig preventieve gezondheidszorg aan 'risicjongeren' aan te bieden en zo hun ontwikkel- en onderwijskansen te optimaliseren. De werkzame elementen van MAZL omvatten zowel een collectieve als een gepersonaliseerde benadering:

- Het opnemen van de werkwijze in het schoolverzuimprotocol.
- Het zo veel mogelijk uitgaan van eigen kracht van jongeren en ouders, en gedeelde verantwoordelijkheid.
- Het vanuit zorg en aandacht voeren van verzuimgesprekken.
- Het altijd betrekken van ouders bij ziekteverzuim van jongeren (shared decision making).
- Het altijd eerst door een medewerker van de school in gesprek gaan met leerling en ouders over het ziekteverzuim.
- Het gebruik van vaste criteria (de 'MAZL-criteria') voor dit verzuimgesprek.
- Het informeren van de jeugdarts door de school, liefst samen met leerling en ouders, m.b.t. de hulpvraag.
- De professionele inzet van de jeugdarts, die de achterliggende problematiek analyseert vanuit het biopsychosociale perspectief, een 'plan van aanpak' en/of re-integratieadvies maakt, en de zorg voor de leerling monitort en hierop zo nodig regie neemt.
- Het uitvoeren en monitoren van een plan van aanpak en de ziekteverzuimomvang door de school.

Elke partij heeft en neemt zijn eigen (maatschappelijke) verantwoordelijkheid bij de aanpak van ziekteverzuim: de school heeft aandacht voor de leerling met ziekteverzuim, waarna de jeugdarts kan worden geconsulteerd. Na het consulteren van de jeugdarts kunnen jeugdprofessionals in en om de school/wijk, de jeugdzorg en eerste/tweedelijns gezondheidszorg worden ingezet voor de zorg en begeleiding van de leerling.

MAZL is geen keurslijf. Er is voldoende ruimte voor lokale invulling, zoals het aansluiten bij de overlegstructuur van de school en de samenwerking binnen zorgnetwerken en met verschillende netwerkpartners.

6. Aangehaalde literatuur

- Allen, J.M.C. (2010). Voortijdig schoolverlaters: aanleiding en gevolg. [School dropouts: Causes and consequences.]. Research Centre for Education and the Labor Market (ROA), Maastricht University. Research report No. ROA-R-2010/9. <http://roa.sbe.maastrichtuniversity.nl/roanew/>.
- Allensworth, D.D. (2011). Addressing the social determinants of health of children and youth: a role for SOPHE members. *Health Educ Behav*, 38(4), 331-8. doi:10.1177/1080198111417709
- Basch, C.E. (2011). Healthier students are better learners: A missing link in school reforms to close the achievement gap. *J Sch Health*, 81, 593-598. doi:10.1111/j.1746-1561.2011.00632.x
- Battin-Pearson, et al. (2000). Predictors of early high school dropout: A test of five theories. *J Educ Psychol*, 92(3), 568-582.
- Beckers, I.T.T., Traag, T. (2005). Met een startkwalificatie betere kansen op de arbeidsmarkt. Sociaaleconomische trends [Better opportunities in the labour market with a basic qualification. Socioeconomic Trends.]. The Hague: Statistics, the Netherlands. P 23-28. <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/31B62F76-21E2-40C8-86AB-230589D4F9EA/0/2007k3v4p23art.pdf>.
- Case, A., Fertig, A., Paxson, C. (2005). The lasting impact of childhood health and circumstance. *J Health Econ*, 24(2), 365-389. doi:10.1016/j.jhealeco.2004.09.008
- Centers for Disease Control and Prevention. Clinical signs and symptoms of influenza. www.cdc.gov/flu/professionals/acip/clinical.htm.
- Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental health. (2009). The future of Pediatrics: Mental Health Competencies for Pediatric Primary Care. *Pediatrics*, 124, 410-21.
- Cutler, D.M., Lleras-Muney, A. (2006). Education and Health: Evaluating Theories and Evidence, National Poverty Center Working Paper Series Paper no. 12352. http://www.chrp.org/pdf/Cutler_Lieras-Muney_Education_and_Health.pdf.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (2006). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up part 2. World Health Organization Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf.
- Dale, R. (2010). Network of Experts in Social Sciences of Education and training. Report on: Early School Leaving: Lessons from Research for Policy Makers. An independent expert report submitted to the European Commission. <http://www.nesse.fr/nesse/activities/reports/activities/reports/early-school-leaving-report>
- Dorgelo, A. NIGZ. (2012). Rapport over M@ZL: Interviewing students after visiting the youth health care physician in case of medical absence.

- Droomers, M., Schrijvers, C.T.M., Mheen, H. van de, Mackenbach, J.P. (1998). Educational differences in leisure-time physical inactivity: a descriptive and explanatory study. *Soc Sci Med*, 47(11), 1665-76. doi:10.1016/S0277-9536(98)00272-X
- Droomers, M., Schrijvers, C.T.M., Stronks, K., Mheen, D. van de, Mackenbach, J.P. (1999). Educational differences in excessive alcohol consumption: the role of psychosocial and material stressors. *Prev Med*, 29(1), 1-10. doi:10.1006/pmed.1999.0496
- Eaton, D.K., Brener, N., Kann, L.K. (2008). Associations of health risk behaviors with school absenteeism. Does having permission for the absence make a difference? *J Sch Health*, 78(4), 223-9. doi:10.1111/j.1746-1561.2008.00280.x
- Eimers, T., Bekhuis, H. (2006). Vroeg is nog niet voortijdig. [Early is not yet premature.]. Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt KBA). <http://www.aanvalopschooluitval.nl/userfiles/file/Vroeg%20is%20nog%20niet%20voortijdig.pdf>.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-36.
- Engel, G.L. (1992). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Fam Syst Med*, 10(3), 317-331. doi:http://dx.doi.org/10.1037/h0089260
- Freudenberg, N., Ruglis, J. (2007). Reframing school dropout as a public health issue. *Prev Chronic Dis*, 4(4), 1-11. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/oct/07_0063.htm.
- Groeneveld, M.J., Steensel, K.M. van, Herben, B., et al. (2008). Kenmerkend vmbo: een vergelijkend onderzoek naar de kenmerken van vmbo-leerlingen en de 'generatie Einstein'. [Characteristics pre-vocational secondary education: a comparative study of the characteristics of pre-vocational secondary students and the 'Einstein generation'.]. Hilversum: Hiteq, <http://www.hiteq.org/Hiteq/Downloads/Publicaties%20geheel/Kenmerkend%20vmbo%20havo%20en%20vwo.pdf>.
- Haak, M van der. (2005). Dit werkt samen! Amersfoort: CPS. https://www.bvekennis.nl/Bibliotheek/05-0345_CPS_Ditwerksamen.pdf
- Haas, S.A. (2006). Health Selection and the Process of Social Stratification: The Effect of Childhood Health on Socioeconomic Attainment. *J Health and Social Behavior*, 47(4), 339-54. doi:10.1177/002214650604700403
- Harpin, V.A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*, 80(1), i2-7.
- Havas, J., Bosma, H., Spreeuwenberg, C., Feron, F.J. (2009). Mental health problems of Dutch adolescents: the association with adolescents' and their parents' educational level. *Eur J Public Health*, 20, 258-64. doi:10.1093/eurpub/ckp172
- Havas, J., Bosma, H., Spreeuwenberg, C., Feron, F.J. (2010). Mental health problems of Dutch adolescents: the association with adolescents' and their parents' educational level. *Eur J Public Health*, 20, 258-64.

- Heesch, M.M.J. van, Bosma, H., Traag, T., Otten, F. (2011). Hospital admissions and school dropout: a retrospective cohort study of the 'selection hypothesis'. *Eur J Public Health*, 22(4), 550-555. doi:10.1093/eurpub/ckr129
- Higgins, C.T., Lavin, T., Metcalfe, O. (2008). Health Impacts of Education: a review. The Institute of Public Health in Ireland. <http://www.publichealth.ie/files/file/Health%20Impacts%20of%20Education.pdf>.
- Huisman, M., Kunst, A.E., Bopp, M., et al. (2005). Educational inequalities in causespecific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet*, 365, 493-500.
- Iton, A. (2006). Tackling the root causes of health disparities through community capacity building. In Hofreichter R. (Ed.). *Tackling health inequities through public health practice: A handbook for action* (Chapter 7: pp. 115-136). Washington, DC and Lansing, Michigan: The national association of county & city health officials. The Ingham county health department. http://www.naccho.org/pubs/product1.cfm?Product_ID=11.
- Jones, R., Hoare, P., Elton, R., Dunhill, Z., Sharpe, M. (2009). Frequent medical absences in secondary school students: survey and case-control study. *Arch Dis Child*, 94, 763-7.
- Junger-Tas, J. (2002). Diploma's en goed gedrag II: Preventie van antisociaal gedrag in het onderwijs. [Diplomas and good behaviour II: Prevention of antisocial behavior in education.]. The Hague: Dutch Ministry of Justice. <http://members.multimania.nl/veiligeschool/Preventie%20van%20antisociaal%20gedrag.pdf>.
- Kulháňová, I., Hoffmann, R., Eikemo, T.A., Menvielle, G., Mackenbach, J.P. (2014). Educational inequalities in mortality by cause of death: first national data for the Netherlands. *Int J Public Health*, 59(5), 687-96. doi:10.1007/s00038-014-0576-4
- Kearney, C.A. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: a contemporary review. *Clin Psychol Rev*, 28, 451-71.
- Kessler, R.C., Amminger, G.P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Ustün, T.B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*, 20, 359-64.
- Lenzen, C.F.G., Jentzsch, A., Kaess, M., Parzer, P., Carli, V., Wasserman, D., et al. (2013). Schulabsentismus in Deutschland - die Prävalenz von entschuldigtem und unentschuldigtem Fehlzeiten und ihre Korrelation mit emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten. [School absenteeism in Germany: prevalence of excused and unexcused absenteeism and its correlation with emotional and behavioural problems.]. *Prax Kinderpsychol K*, 62(8), 570-82. doi:http://www.vr-elibrary.de/doi/abs/10.13109/prkk.2013.62.8.570
- Lundborg, P. (2013). The Health Returns to Education: What Can We Learn from Twins? *J Popul Econ*, 26(2), 673-701. doi:10.1007/s00148-012-0429-5
- Mackenbach, J.P. (2006). *Health Inequalities: Europe in Profile. Tackling Health Inequalities: Governing for Health*. Rotterdam: European Commission. http://www.who.int/social_determinants/resources/european_inequalities.pdf.

Mheen, H.D. van de, Stronks, K., Mackenbach, J.P. (1998). A Lifecourse perspective on socio-economic inequalities in health: the influence of childhood socio-economic conditions and selection processes. *Sociol Health Illn*, 20, 754-77.

Ministerie OCW. Voortijdig Schoolverlaten.

<https://www.ocwincijfers.nl/themas/voortijdig-schoolverlaten>

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(1), 75. doi:10.1186/1471-2458-13-75

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (2015). Inhoud Basispakket. www.ncj.nl/toolbox-basispakket-jgz1/inhoud.

Nieuwe voortijdig schoolverlaters. (2013). Convenantjaar 2011-2012. Voorlopige cijfers. Bijlage vsv-brief 2010. [New early school leavers. Covenant year 2011-2012. Provisional figures. Appendix ESL-letter 2010.] Dutch Ministry of Education, Culture and Science. Dropout Explorer. National perspective of school dropouts. The Hague, the Netherlands. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2010/02/17/bijlage-vsv-cijfers-2010.html>.

O'toole, L., Kropf, D. (2012). Learning for well-being. Changing paradigms, sharing our hearts, beginning a dialogue. Universal Education Foundation. <http://www.eiesp.org/hosting/a/admin/files/L4WB%20Booklet%20V2-02%20SMALL.pdf>.

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. doi:10.1111/j.1746-1561.2011.00599.x

Rijksoverheid. (2014). Aanpak voortijdig schoolverlaten.

www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/aanval-op-schooluitval/inhoud/aanpak-voortijdig-schoolverlaten.

Rijksoverheid. (2016). Beantwoording Kamervragen.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/09/15/beantwoording-kamervragen-over-bericht-scholier-vaak-ziek-thuis>

Roelofs, M., Kennis, R., Beurskens, K. en Eimers, T. (2021). Ziekteverzuim en kortdurend ongeoorloofd verzuim in het onderwijs. KBA, Nijmegen.

[file:///C:/Users/Vanneste/Downloads/Ziekteverzuim_en_kortdurend_ongeorloofd_verzui_m_in_het_onderwijs%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Vanneste/Downloads/Ziekteverzuim_en_kortdurend_ongeorloofd_verzui_m_in_het_onderwijs%20(1).pdf)

Rumberger, R.W. (1987). High School Dropouts: A Review of Issues and Evidence. *Rev Educ Res*, 57(2), 101-121. doi:10.3102/00346543057002101

Sagatun, Å., Wentzel-Larsen, T., Heyerdahl, S., Lien, L. (2016). Mental health in adolescence and subsequent receipt of medical benefits in young adulthood: The mediating role of upper secondary school completion. *Scand J Public Health*, 16(44), 431-8.

Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Dev*, 81(1), 6-22. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x

Schrijvers, C., Storm, I. (2009). Naar een integrale aanpak van Gezondheidsachterstanden. Een beschrijving van beleidsmaatregelen binnen en buiten de volksgezondheidssector. [Towards an integrated approach for tackling health inequalities. A description of policy measures inside and outside the public health sector.]. The Netherlands: Bilthoven. RIVM (National Institute for Public Health and the Environment) rapport 270171001. <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270171001.pdf>.

Scottish Executive National Statistics. (2007). Results of pupil attendance and absence for session 2006/7. Edinburgh: The Scottish Government, Statistics. <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2013/12/4199/17>.

Smink, J., Reimer, M.S. (2005). Fifteen Effective Strategies for Improving Student Attendance and Truancy Prevention. http://new.auhsd.us/district/media/files/15Effective_Strategies4Dropouts.pdf

Snyderman, R., Langheier, J. (2006). Prospective health care: the second transformation of medicine. *Genome Biol*, 7,104. doi:10.1186/gb-2006-7-2-104

Steeg, M. van der, Webbink, D. (2006). Voortijdig schoolverlaten in Nederland: omvang, beleid en resultaten. [Dropping out from school in the Netherlands. magnitude, policy and results.]. CPB, Economic Policy Analysis: The Hague.

<http://www.cpb.nl/en/publication/dropping-out-school-netherlands-magnitude-policy-and-results>.

Suhrcke, M., Paz Nieves, C. de. (2011). The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high- income countries: a review of the evidence. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/impact-of-health-and-health-behaviours-on-educational-outcomes-in-high-income-countries-the-a-review-of-the-evidence>.

Syurina, E.V., Hens, K., Feron, F.J.M. (2013). Literature Review: Use of Family History for Primary Paediatric Care as the Next 29 Step Towards use of Genomics in Healthcare. *Curr Pediatric Rev*, 9(4), 353-372. doi:10.2174/157339630904131223112559

Thrane, C. (2006). Explaining educational-related inequalities in health: Mediation and moderator models. *Soc Sci Med*, 62(2), 467-78. doi:10.1016/j.socscimed.2005.06

Traag, T., Valk, J. van der, Velden, R. van der, Vries, R. de, Wolbers, M. (2004). Leren Loont! De overgang van school naar werk voor leerlingen van het VOCL '89. [Is it worth learning! The transition from school to work for students of the secondary education cohort students '89.]. ROA-R-2004/6, Maastricht: ROA + CBS.

<http://pub.maastrichtuniversity.nl/60ca8861-763a-44c5-8650-33281bd46bfb>.

Traag, T., Marie, O., Velden, R. van de. (2010). Risicofactoren voor voortijdig schoolverlaten en jeugdcriminaliteit. [Risk factors for school dropout and juvenile delinquency.]. p 55-60. <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.T.M., Mathijssen, J.J.P., Goor, L.A.M. van de, Rots-de Vries, M.C., Feron, F.J.M. (2015a). Extensive medical absenteeism among secondary school students: an observational study on their health condition from a biopsychosocial perspective. *Open J Prev Med*, 5, 111-21. doi:10.4236/ojpm.2015.53013

Vanneste, Y. (2015b). Reported sick from school, a study into addressing medical absenteeism among students [proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht.

Vanneste, Y., Loo, M. van de, Feron, F., Rots-de Vries, C., Goor L.A.M. van de. (2016a). Attitudes towards addressing medical absenteeism of students: a qualitative study among principals and special education needs coordinators in Dutch secondary schools. *PLoS ONE*, 11:e0148427. doi:10.1371/journal.pone.0148427

Vanneste, Y.T.M., Mathijssen, J.J., Goor, L.A.M. van de, Rots-de Vries, C.M., Feron, F.J. (2016b). Addressing medical absenteeism in pre-vocational secondary students: effectiveness of a public health intervention, using a quasi-experimental design. *BMC Public Health*, 16(1), 1107. DOI:10.1186/s12889-016-3718-1

Vaughn, M.G., Baxter, S.D., Royer, J.A., 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. doi:10.1111/j.1746-1561.2011.00610.x

Wolf, S.H., Johnson, R.E., Phillips Jr, R.L., Philipsen, M. (2005). Giving Everyone the Health of the Educated: An Examination Whether Social Change Would Save More Lives Than Medical Advances. *J Public Health*, 97(4), 679-83. doi:10.2105/AJPH.2005.084848

Rapporten en artikelen bijgevoegd:

Breugel, K van. (2016). Nieuwe rol voor school bij zieke leerlingen. Naar school!

Cliëntnarratief 1 tips en Cliëntnarratief 2 tops.

Dorgelo, A. NIGZ. (2012). Rapport over M@ZL: Interviewing students after visiting the youth health care physician in case of medical absence.

Drost, N. (2022). Handboek MAZL. Utrecht, NCJ: <https://assets.ncj.nl/docs/9d58a552-336b-4051-ad8a-6408fea367de.pdf>

Hendriks, J. (2014). Meer M@ZL geeft minder verzuim. *BN De Stem*.

Schmits, R.J.H., Vanneste, Y.T.M. & de Rijk, A. Ziekteverzuim en ziekteverzuimbegeleiding volgens M@ZL. *Tijdschr Jeugdgezondheidsz* 53, 73–79 (2021). <https://doi.org/10.1007/s12452-021-00241-y>

Simons, L.F., Groot, W.N.J., Pavlova, M. (2018). Analysis of the Implementation of the MASS Intervention in Secondary Schools in South-Limburg. Masterthesis, Maastricht University.

- Vanneste, Y.T.M., Rots-de Vries, C.M., Goor, L.A.M. van de, Feron, F.J.M. (2012). 'Ziekteverzuimbegeleiding door de jeugdarts: ontwikkeling en evaluatie van de interventie M@ZL (Medische Advisering Ziekgemelde Leerling).' TSG, 90(7), 412-19
- Vanneste, Y.T.M., Mathijssen, J.J.P., Goor, L.A.M. van de, Rots-de Vries, M.C., Feron, F.J.M. (2015a). Extensive medical absenteeism among secondary school students: an observational study on their health condition from a biopsychosocial perspective. *Open J Prev Med*, 5, 111-21. doi:10.4236/ojpm.2015.53013
- Vanneste, Y. (2015b). Reported sick from school, a study into addressing medical absenteeism among students [proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Vanneste, Y. (2015c). Ziek gemeld, en dan? JA!
- Vanneste, Y., Loo, M. van de, Feron, F., Rots-de Vries, C., Goor L.A.M. van de. (2016a). Attitudes towards addressing medical absenteeism of students: a qualitative study among principals and special education needs coordinators in Dutch secondary schools. *PLoS ONE*, 11:e0148427. doi:10.1371/journal.pone.0148427
- Vanneste, Y.T.M., Mathijssen, J.J., Goor, L.A.M. van de, Rots-de Vries, C.M., Feron, F.J. (2016b). Addressing medical absenteeism in pre-vocational secondary students: effectiveness of a public health intervention, using a quasi-experimental design. *BMC Public Health*, 16(1), 1107. DOI:10.1186/s12889-016-3718-1
- Yvonne T.M. Vanneste, L.A.M. (Ien) van de Goor en Frans J.M. Feron. (2016c). Gemiste lessen, gemiste kansen. Rol voor de publieke gezondheidszorg bij ziekteverzuim van jongeren. *Ned Tijdschr Geneesk*, 160: D398.
- Vanneste, Y., Beer, M. (2016d). Evaluatie implementatie M@ZL in West-Brabant schooljaar 2015/2
- Vanneste, Y, Drost, N, Dunnink, T. (2022). Evaluatieonderzoek MAZL op het vo onder jeugdartsen.
- Vanneste, Y, Drost, N, Bouwmeester, M. (2022). Evaluatieonderzoek MAZL op het vo onder MAZL-coördinatoren scholen.
- Zhang, J., Hansen, A.R., Duncan, D.T., Li, Y., Tedders, S,H. Actual body weight or perceived body weight? Comment on 'childhood obesity and school absenteeism: a systematic review and meta-analysis'. *Obes Rev*. 2018 Mar;19(3):430-431. doi:10.1111/obr.12651. Epub 2017 Dec 15. PMID: 29243337.

7. Praktijkvoorbeeld

Leerling A is een 14-jarige jongen die zich in een periode van 2 maanden 5 keer heeft ziek gemeld. Zijn ouders geven in het gesprek met de mentor aan dat bij hun zoon ADHD is gediagnosticeerd. De mentor vraagt of de leerling als gevolg van ADHD op school problemen ervaart. Zijn er bijvoorbeeld problemen met het innemen van de medicatie? Ook vraagt hij naar psychosociale problemen, bijvoorbeeld negatieve beeldvorming in de klas door de onrust die hun zoon veroorzaakt, en naar leerproblemen, die het gevolg kunnen zijn van een gebrek aan concentratievermogen. De mentor besluit de jeugdarts in consult te roepen. Deze bekijkt of de leerling adequaat voor ADHD behandeld wordt. Zij overlegt hiertoe met de huisarts en de behandelaar en adviseert de school vervolgens over de begeleiding die het zorgteam in en om de school kan geven. ADHD kan een grote impact hebben op kinderen en hun ouders en kan vragen om onderwijskundige aanpassingen. Vaak blijken de bijkomende problemen een reden te zijn voor leerlingen om ziek thuis blijven, ook omdat deze problemen op hun beurt weer stressgerelateerde gezondheidsklachten kunnen veroorzaken. Bij een chronische ziekte is omvangrijk ziekteverzuim echter niet nodig, mits de leerling goed wordt behandeld en begeleid. Ook kan veel gezondheidswinst behaald worden met betere therapietrouw en een gezondere leefstijl, zoals bij migraineaanvallen, die vaak verminderen bij een evenwichtig dagnachtritme.

Leerling B, een 15-jarige jongen, is al 2 weken niet op school verschenen na een ziekmelding. Op de vraag van de ondersteuningscoördinator of er problemen op school zijn die tot het ziekteverzuim leiden, antwoordt hij ontkennend. Hij heeft geen moeizame relatie met docenten of klasgenoten, hij wordt niet gepest. Hij zegt dat hij op zich geen hekel heeft aan school en ook geen echte problemen met leren heeft. Vervolgens besteedt de ondersteuningscoördinator aandacht aan middelengebruik en 'schermtijd'. Nu blijkt dat de jongen dagelijks tot diep in de nacht aan het gamen is en dat hij de volgende ochtend niet uit bed kan komen. De ondersteuningscoördinator signaleert een beginnende gameverslaving en roept de jeugdarts in consult. Deze onderkent kenmerken die imponeren als mogelijk passend bij een obsessief-compulsieve stoornis en verwijst de jongen in samenspraak met de huisarts naar de jeugd-ggz.

Leerling C, een 17-jarige jongen, glijdt af van tweetalig onderwijs op gymnasiumniveau naar de mavo, maar dreigt ook dit niveau niet te halen. Hij blijft regelmatig ziek thuis vanwege vermoeidheid, maakt zijn huiswerk niet en is inmiddels aangemeld bij Bureau Halt omdat hij frequent te laat komt. Zijn gedrag wordt gezien als lui en puberaal. De jeugdarts constateert een beeld dat suspect is voor een depressie. Hij verwijst de jongen door naar een jeugdpsychiater, die de diagnose 'depressie' bevestigt en behandeling inzet. Deze verwijzing en behandeling blijken het juiste antwoord te zijn op de problemen, in tegenstelling tot de strafmaatregelen. Samen met de leerling en zijn ouders vraagt de jeugdarts aan school begrip voor diens situatie en bekijken ze welke ruimte en begeleiding mogelijk is, zodat hij toch zijn diploma kan halen.

Als bij een leerling nog geen diagnose is gesteld, gaat de jeugdarts op geleide van de gezondheidsklachten na of zich mogelijk een lichamelijke ziekte of psychiatrische aandoening aan het ontwikkelen is. Veel psychiatrische ziektebeelden ontstaan namelijk al in de adolescentie, zoals bij leerling C. De vertrouwelijkheid van de jeugdarts geeft de leerling en de ouders de mogelijkheid om medische problemen en psychosociale problemen – thuis of op school – te bespreken. Achter middelengebruik kan scheidingsproblematiek of rouwverwerking schuilgaan.

In het handboek staan nog vele andere voorbeelden. Ook wordt in het artikel *Ziek gemeld, en dan?* (Vanneste, 2015c) aan de hand van een casus de methodiek stap voor stap uitgelegd.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Kenniscentrum Sport & Beweging, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

