



**Interventie**  
**M@ZL op het vo**

---

## **Erkenning**

Erkend door Deelcommissie Jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering  
d.d 29-03-2017

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen

De referentie naar dit document is: Yvonne Vanneste (december 2016).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'M@ZL op het vo'. Utrecht:

Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies).

# Inhoud

<a href="#">Colofon</a> .....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
<a href="#">Inhoud</a> .....	<b>3</b>
<a href="#">Samenvatting</a> .....	<b>4</b>
<a href="#">Korte samenvatting van de interventie</a> .....	4
<a href="#">Doelgroep</a> .....	4
<a href="#">Doel</a> .....	4
<a href="#">Aanpak</a> .....	4
<a href="#">Materiaal</a> .....	4
<a href="#">Onderbouwing</a> .....	4
<a href="#">Onderzoek</a> .....	5
<b>1. <a href="#">Uitgebreide beschrijving</a></b> .....	<b>6</b>
<a href="#">Beschrijving interventie</a> .....	6
1.1 <a href="#">Doelgroep</a> .....	6
1.2 <a href="#">Doel</a> .....	6
1.3 <a href="#">Aanpak</a> .....	7
<b>2. <a href="#">Uitvoering</a></b> .....	<b>12</b>
<b>3. <a href="#">Onderbouwing</a></b> .....	<b>16</b>
<b>4. <a href="#">Onderzoek</a></b> .....	<b>22</b>
4.1 <a href="#">Onderzoek naar de uitvoering</a> .....	22
4.2 <a href="#">Onderzoek naar de behaalde effecten</a> .....	23
<b>5. <a href="#">Samenvatting Werkzame elementen</a></b> .....	<b>25</b>
<b>6. <a href="#">Aangehaalde literatuur</a></b> .....	<b>26</b>
<b>7. <a href="#">Praktijkvoorbeeld</a></b> .....	<b>32</b>

# Samenvatting

## Korte samenvatting van de interventie

M@ZL (spreek uit mazzel: Medische Advisering van de Ziekgemelde Leerling) is een methodiek die door scholen en jeugdgezondheidszorg (JGZ)-instellingen, ondersteund door gemeenten, kan worden toegepast om middelbare scholieren met (verhoogd) ziekteverzuim vroegtijdig te signaleren en te begeleiden, waardoor het ziekteverzuim wordt teruggedrongen en langdurend thuiszitten en voortijdig schoolverlaten kan worden voorkomen. M@ZL is toepasbaar op elke school voor regulier 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. M@ZL beschrijft hoe het ziekteverzuim wanneer door wie en met welk doel wordt besproken met leerling en ouders. Een stappenplan wordt hierbij gehanteerd. Er is ruimte om lokaal de aansluiting bij de overlegstructuur van de school, de samenwerking met netwerkpartners in en om de school, in de wijk en in de gezondheidszorg inhoud en vorm te geven. Leerlingen met ziekteverzuim blijven in beeld bij school en jeugdgezondheidszorg totdat het beter gaat.

## Doelgroep

M@ZL is bedoeld voor alle scholieren op het regulier voortgezet onderwijs met ziekteverzuim. M@ZL richt zich op de volgende intermediaire groepen: ouders, schoolmedewerkers (receptionisten, conciërges, docenten, mentoren, zorg-, leerjaar- en verzuimcoördinatoren), jeugdartsen en leerplichtambtenaren.

## Doel

Het doel van M@ZL is het terugdringen van ziekteverzuim door het vroegtijdig signaleren en begeleiden van scholieren met (verhoogd) ziekteverzuim. 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 zorgcoördinator<sup>1</sup>), waarna een consult kan worden aangevraagd bij de jeugdarts. Er wordt met alle betrokkenen samen een 'plan van aanpak' gemaakt, dat uitgevoerd en gemonitord wordt, totdat de onderwijskansen en gezondheid van de leerling geoptimaliseerd zijn en het ziekteverzuim dientengevolge is afgenomen.

## Materiaal

'Handboek voor JGZ-instellingen. Integrale aanpak van ziekteverzuim volgens M@ZL op het voortgezet onderwijs' (inclusief formats voor de uitvoer van M@ZL). Achtergrondartikelen en wetenschappelijke artikelen. Flowchart voor scholen met stappenplan. Workshop 'Ziekteverzuim bespreekbaar maken' en een cursus 'train-de-trainer' voor het geven van deze workshop. Scholing 'M@ZL voor jeugdartsen'.

## 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 gezondheidsgerelateerd 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 zorgcoördinatoren, 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.

---

<sup>1</sup> De zorgcoördinator kan ook een leerjaar- of verzuimcoördinator zijn.

## Onderzoek

M@ZL 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 zorgcoördinatoren van vo-scholen en met medewerkers van vier JGZ-instellingen is verkend of de methodiek bruikbaar en toepasbaar is, en welke factoren een duurzame verspreiding en implementatie van M@ZL beïnvloeden.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## Beschrijving interventie

### 1.1 Doelgroep

#### **Uiteindelijke doelgroep**

M@ZL is bedoeld voor alle scholieren op het regulier voortgezet onderwijs (vo) die verzuimen na ziekmelding.

#### **Intermediaire doelgroep**

M@ZL 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 viceversa, 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 regulier vo-leerling met ziekteverzuim. De leerlingen met verhoogd ziekteverzuim (volgens de M@ZL-criteria: vanaf de 4<sup>de</sup> keer in 12 schoolweken of de 7<sup>de</sup> schooldag aaneengesloten ziekgemeld) volgen het individuele 'M@ZL-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 nauw betrokken geweest: Op verzoek van scholen is M@ZL ontwikkeld. Bij de keuze voor de interventie waren schoolmedewerkers, jeugdartsen en leerplichtambtenaren betrokken. In schooljaar 2007/2008 werd M@ZL gepilot op zowel de reguliere als de zorglocatie van een West-Brabantse vmbo-school. De evaluatie van de pilot richtte zich onder andere op de tevredenheid bij alle intermediaire doelgroepen, inclusief de ouders. In schooljaar 2011/2012 is de methodiek op grote schaal geëvalueerd. De beschrijving van de doelgroep en evaluatie op effectiviteit vond plaats op zeven West-Brabantse vmbo-scholen die M@ZL toepasten. Op een aantal West-Brabantse vmbo-scholen die M@ZL toepasten werd verkend of de methodiek bruikbaar en toepasbaar is en welke factoren een duurzame verspreiding en implementatie van M@ZL beïnvloeden. Hiervoor werden schooldirecteuren en zorgcoördinatoren geïnterviewd. Aan middelbare scholieren werd gevraagd naar hun ervaringen met het consult bij de jeugdarts.

### 1.2 Doel

#### **Hoofddoel**

Het hoofddoel van M@ZL 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 M@ZL-traject komen (bij een verzuimomvang die voldoet aan een van de M@ZL-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 'M@ZL-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 (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.
  - a. 5 jaar na de implementatie van M@ZL 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:
    - i. Deze aandacht is altijd vanuit zorg en niet (meer) vanuit controle.
    - ii. Leerlingen met ziekteverzuim zijn ziek. We spreken niet (meer) over het wel/niet 'echt' ziek-zijn van een leerling.
    - iii. Bij ziekteverzuim van de leerling neemt elke partij zijn eigen rol en (maatschappelijke) verantwoordelijkheid.
2. Bewustwording. Doelgroep, intermediaire doelgroepen.
  - a. 5 jaar na de implementatie van M@ZL is minstens 80% van de doelgroep en intermediaire doelgroepen zich ervan bewust dat:
    - i. Praten over ziekteverzuim kan, ook bij ontbreken van medische kennis.
    - ii. Omvangrijk ziekteverzuim negatieve gevolgen heeft voor (de schoolloopbaan van) een kind.
    - iii. Ziekteverzuim van leerlingen niet alleen wordt veroorzaakt door biomedische factoren maar ook door psychosociale factoren, zoals leefstijl en problemen thuis of op school.
    - iv. Al deze factoren vaak kunnen worden beïnvloed, waardoor de gezondheid en het welbevinden van de leerling toeneemt en het ziekteverzuim afneemt.
    - v. 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.
    - vi. 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.Men weet hoe M@ZL werkt en waarvoor de jeugdarts om advies gevraagd kan worden.
3. Zorg, begeleiding en passend onderwijs voor leerlingen met verhoogd ziekteverzuim. Doelgroep, intermediaire doelgroepen.
  - a. 5 jaar na de implementatie van M@ZL wordt
    - i. Minstens 80% van alle leerlingen met verhoogd ziekteverzuim gesignaleerd en bereikt door school en/of jeugdarts.
    - ii. 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 M@ZL-traject hebben gevolgd, ervaren na afloop een significante toename van welbevinden en gezondheid.

## 1.3 Aanpak

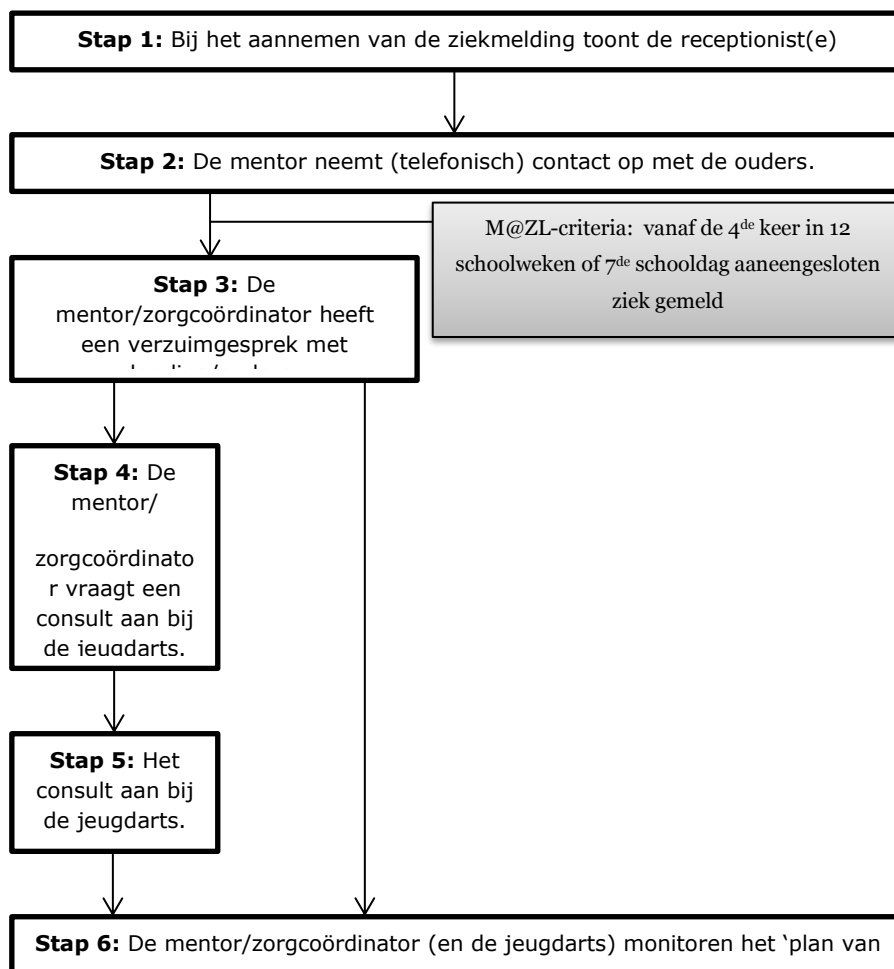
### Opzet van de interventie

M@ZL 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. M@ZL is voor JGZ een manier om vroegtijdig preventieve gezondheidszorg aan 'risicjongeren' aan te bieden en zo hun ontwikkel- en onderwijskansen te optimaliseren. Er is aandacht voor elke leerling met ziekteverzuim. De zorg staat hierbij centraal. Leerlingen met verhoogd ziekteverzuim (volgens de M@ZL-criteria: vanaf de 4<sup>de</sup> keer in 12 schoolweken of de 7<sup>de</sup> schooldag

aaneengesloten ziekgemeld) volgen het individuele 'M@ZL-traject': een verzuimgesprek door school met leerling en ouders, waarna de jeugdarts om advies gevraagd kan worden.

De collectieve component van de aanpak is terug te vinden in de voorbereidende fase, waarin de school M@ZL opneemt in het schoolverzuimbeleid en hierover zowel intern als extern communiceert. Vervolgens wordt het individuele M@ZL-traject bij de leerling met (verhoogd) ziekteverzuim uitgevoerd aan de hand van een stappenplan (zie Figuur 1):

1. Bij het aannemen van de ziekmelding toont de receptionist(e) belangstelling.
2. De mentor neemt (telefonisch) contact op met de ouders.
3. Bij een verzuimomvang volgens een van de M@ZL-criteria vindt er op school een verzuimgesprek plaats met leerling en ouders door de mentor/zorgcoördinator. Lukt het de mentor/zorgcoördinator niet om tot afspraken te komen die daadwerkelijk leiden tot minder ziekteverzuim, dan wordt een consult bij de jeugdarts geadviseerd.
4. De mentor/zorgcoördinator vraagt een consult aan bij de jeugdarts en informeert de jeugdarts, met toestemming van leerling en ouders.
5. De jeugdarts analyseert de achterliggende problematiek en maakt samen met leerling, ouders, betrokken behandelaars en school een 'plan van aanpak'.
6. De mentor/zorgcoördinator coördineert het onderwijs, de jeugdarts organiseert, bespoedigt en coördineert de zorg. De mentor/zorgcoördinator en de jeugdarts monitoren samen het 'plan van aanpak'.



Figuur 1: Stappenplan methodiek M@ZL voor de leerling met ziekteverzuim, aangepast. Uit: Vanneste Y. Een integrale aanpak van ziekteverzuim volgens M@ZL op het voortgezet onderwijs. Handboek voor JGZ-instellingen. Breda: GGD West-Brabant. 2014.

### Inhoud van de interventie

Draagvlak en samenwerkingsafspraken tussen school, JGZ-instelling en gemeenten zijn nodig voor het werken conform M@ZL. 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-instellingen om de school te attenderen op de methodiek M@ZL voor de aanpak van ziekteverzuim onder hun leerlingen. Zij kunnen de school laten zien wat de methodiek oplevert en zo prikkelen om M@ZL te implementeren.

Alvorens M@ZL uit te voeren bereiden de JGZ-instelling en de school zich voor.

De JGZ-instelling:

- De JGZ-instelling benoemt een aandachtsfunctionaris, die de implementatie intern bij de JGZ-instelling faciliteert, coördineert en borgt, zoals:
  - Het regelen van deskundigheidsbevordering van de jeugdartsen.
  - Het regelen van de mogelijkheid van registratie van de M@ZL-consulten in het DD JGZ.
  - Het creëren van de mogelijkheid om M@ZL-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 M@ZL.
- De jeugdarts ('aanjager'<sup>2</sup>) die aan een school verbonden is neemt vervolgens het initiatief voor het in gang zetten van implementatie op schoolniveau.

De school:

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

De uitvoer van het individuele M@ZL-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 M@ZL-criteria vindt er op school een verzuimgesprek plaats met leerling en ouders door de mentor/zorgcoördinator. In dit verzuimgesprek deelt de mentor/zorgcoördinator de verantwoordelijkheden (school kan het niet alleen) en zorgen door te wijzen op de gevolgen van het omvangrijke verzuim voor de leerling. De mentor/zorgcoördinator achterhaalt onderwijsgerelateerde problematiek, zoals bijvoorbeeld pesten of een leerprobleem, en vraagt hoe school kan ondersteunen om het verzuim te verminderen. Bij medische

---

<sup>2</sup> De 'aandachtsfunctionaris' is een medewerker van de JGZ-instelling die de implementatie intern bij de JGZ-instelling faciliteert, coördineert en borgt. De 'aanjagers' (zorgcoördinator en jeugdarts) zijn degenen die op schoolniveau de uitvoer van M@ZL borgen.

problematiek wordt ouders gevraagd hulp te zoeken. Ook wordt gevraagd of de medische problematiek consequenties heeft voor het functioneren op school. De mentor/zorgcoördinator 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/zorgcoördinator 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. 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:

- 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.
- dat de jeugdarts zowel kennis heeft van ziekte als van onderwijs/school.
- dat de jeugdarts geen controlerende rol heeft.
- 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/zorgcoördinator kan samen met ouders het aanmeldformulier invullen (transparantie!).

M@ZL stimuleert het versterken van eigen kracht van leerling/ouders, en legt de regie van de hulpverlening zo veel en waar mogelijk bij leerling/ouders. Deze richtlijn beveelt aan 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 ([www.richtlijnenjeugdhulpenjeugdbescherming.nl](http://www.richtlijnenjeugdhulpenjeugdbescherming.nl)). M@ZL 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-instelling 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. 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/zorgcoördinator: 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/zorgcoördinator organiseert en coördineert vervolgens onderwijsgerelateerde afspraken (regierol binnen school), de jeugdarts organiseert, bespoedigt en coördineert de zorg (regierol buiten school). De mentor/zorgcoördinator 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 M@ZL. Als het M@ZL-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

- Handboek voor JGZ-instellingen. Integrale aanpak van ziekteverzuim volgens M@ZL op het voortgezet onderwijs (inclusief formats).
- Instructiefilms voor schoolmedewerkers en jeugdartsen.
- Flowchart voor scholen (met stappenplan en inhoudelijke leidraad voor gespreksvoering en voor het vragen van een advies aan de jeugdarts).
- Workshop 'Ziekteverzuim bespreekbaar maken'.
- Cursus 'train-de-trainer' voor het geven van deze workshop.
- Scholing 'M@ZL voor jeugdartsen'.

### Locatie en type organisatie

De interventie wordt in eerste instantie door en op de school uitgevoerd. Het is daarvoor wel noodzakelijk dat ook de JGZ-instelling, waarmee de school samenwerkt, M@ZL uitvoert en wenselijk dat de gemeenten en afdelingen leerplicht M@ZL ondersteunen. Het consult bij de jeugdarts wordt doorgaans op de JGZ-locatie uitgevoerd.

### Opleiding en competenties van de uitvoerders

#### Competenties schoolmedewerkers

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 zorgcoördinatoren 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 'M@ZL voor jeugdartsen' gevolgd.

### Kwaliteitsbewaking

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

Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) is voornemens met ingang van 1 april 2017 M@ZL in landelijk beheer te nemen. Daarmee wordt een infrastructuur voor de verspreiding, implementatie, uitvoering, doorontwikkeling en borging van M@ZL gecreëerd, voor behoud van kwaliteit van uitvoering. Uitgangspunt hiervoor is Evidence-Based Practice (lerend doen wat werkt). Daartoe behoren:

- Een website met algemene informatie over M@ZL en met informatie voor uitvoerende organisaties (T.z.t. zal een link beschikbaar komen).
- Het vervullen van een vraagbaakfunctie.
- Het doorontwikkelen en updaten van de materialen.
- Het inrichten van een (landelijke) klankbordgroep zodat de doorontwikkeling van M@ZL goed blijft aansluiten op behoeften vanuit de praktijk. Er vindt een continue inventarisatie plaats van behoeften vanuit de praktijk om M@ZL goed te kunnen monitoren en door te ontwikkelen, ook in het licht van veranderingen in beleid en wettelijke regelgeving; doorontwikkeling vindt ook plaats

naar aanleiding van de jaarlijkse evaluaties van M@ZL, die regionaal plaatsvinden op schoolniveau.

- Een verkenning van de mogelijkheid tot verbinding van de huidige regionale aanpakken en met de M@ZL-methodiek.
- Het organiseren van bijeenkomsten voor aandachtsfunctionarissen, trainers en uitvoerenden om de kennis en expertise rondom de methodiek hoog te houden en om uitwisseling te stimuleren.
- Het verzorgen van de geaccrediteerde trainingen (mentoren en jeugdartsen).
- Het monitoren en evalueren van de uitvoering van de methodiek.

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-instellingen 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 M@ZL 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 M@ZL.
  - Vanuit het landelijk beheer bewaakt het NCJ dat JGZ-instellingen die M@ZL toepassen hun jeugdartsen (blijven) scholen en voor hen een 'ICT M@ZL' (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 M@ZL:
  - Jaarlijkse evaluaties door de 'aanjager' van de school en de jeugdarts ('aanjager' vanuit de JGZ-instelling) aan de hand van het 'Evaluatieformulier' (zie Handboek voor JGZ-instellingen) waarbij de voortgang van de implementatie van M@ZL 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 M@ZL (zie 3. Onderbouwing, Aan te pakken factoren).
  - Vanuit het landelijk beheer bewaakt het NCJ de kwaliteit van de uitvoer van M@ZL door het:
    - evalueren of er gewerkt wordt volgens de kernelementen van M@ZL.
    - organiseren van bijeenkomsten voor trainers en uitvoerenden om de kennis en expertise rondom de methodiek hoog te houden.
    - doorontwikkelen van M@ZL, begeleid door evaluatieonderzoek.
    - vervullen van een vraagbaakfunctie.

### Randvoorwaarden

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

Draagvlak en financiering zijn niet alleen de belangrijkste randvoorwaarden maar tegelijkertijd ook de grootste uitdagingen. Het wijdverbreid kunnen toepassen van M@ZL zou gebaat zijn bij wet- en regelgeving rondom het hanteren van een adequaat ziekteverzuimprotocol door scholen. De wens van de rijksoverheid om het aantal thuiszitters en voortijdig schoolverlaters terug te dringen door passend onderwijs en meer preventieve zorg kan wet- en regelgeving bevorderen (Rijksoverheid, 2014). Aandacht voor ziekteverzuim is sinds 1 januari 2015 opgenomen in het nieuwe Basispakket Jeugdgezondheidszorg (BP JGZ; Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2015).

De financiering van de JGZ-activiteiten betreft de inzet van de jeugdarts (M@ZL-consulten en 'aanjagersrol'), een aandachtsfunctionaris binnen de JGZ-instelling (bijvoorbeeld: bij implementatie van M@ZL 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 er dan de borging voldoende is gerealiseerd binnen de JGZ-instelling), de deskundigheidsbevordering van jeugdartsen (scholing en ICT) en mentoren.

Randvoorwaarde voor de uitvoer van M@ZL 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 M@ZL, en dat er op school kennis is over het fenomeen ziekteverzuim.

### Implementatie

M@ZL kan op een school op drie niveaus worden geïmplementeerd:

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

- door de zorg-/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-instelling per implementatiefase (invoering, uitvoering en evaluatie), zowel op organisatorisch gebied als met betrekking tot de communicatie. Zie hiervoor: 'Handboek voor JGZ-instellingen'.

De 'aanjager' van de school en de jeugdarts evalueren samen (jaarlijks) de uitvoer van M@ZL op proces en tevredenheid. De jeugdarts koppelt deze (proces)evaluatie terug aan de JGZ-instelling en de gemeenten. De JGZ-instelling maakt jaarlijks een analyse en verslag van alle evaluaties. Borging van M@ZL op school vindt ook plaats door het verzuimgesprek als vast onderdeel van de formele functioneringsgesprekken van de mentor en zorgcoördinator op te nemen, evenals het hebben van aandacht voor het ziekteverzuim van de leerling, en het uitvoeren van M@ZL 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-instelling. Extra inzet van de 'aanjager' (10 uren per jaar), voor het regelen van de randvoorwaarden, de communicatie, en het monitoren en evalueren.

De JGZ-instelling (zie ook Tabel 1):

Eenmalige kosten (eerste en tweede jaar):

- Inzet aandachtfunctionaris.
- Deskundigheidsbevordering van jeugdartsen (kan uit scholingsbudget betaald worden).
- Het volgen van een 'train-de-trainer' voor het geven van de workshop 'Ziekteverzuim bespreekbaar maken' aan mentoren.
- Ondersteuning scholen bij de implementatie.

Terugkerende kosten:

- Beheerkosten.
- Deskundigheidsbevordering van nieuwe jeugdartsen.
- Inzet van de jeugdarts:
  - Uitvoer consulten bij 2,5% van de schoolpopulatie. Per aanmelding een inzet van 3 uren.
  - ICT M@ZL voor jeugdartsen.
  - Ondersteuning van de school bij de implementatie van M@ZL.
- De JGZ-instelling kan ervoor kiezen alle scholen die M@ZL uitvoeren jaarlijks een workshop 'Ziekteverzuim bespreekbaar maken' aan te bieden. Hieraan zijn wel kosten verbonden. Deze zouden deels door de school betaald kunnen worden.

Tabel 1. Overzicht kosten M@ZL voor de JGZ-instelling.

Enmalige kosten (1ste en 2de jaar)	Kosten algemeen:	1e 2 jaar	Vervolg
• GGD intern:			
○ Scholing alle jeugdartsen (geaccrediteerd)	€900 + 30 x 4 uur per 10 JA	x	-
○ Aanstellen en inzet aandachtsfunctionaris eigen instelling.	€70 per uur. 4 uur per week	x	-
○ Workshop M@ZL voor mentoren: Train de trainer	€200 per trainer + 2,5 uur aanwezigheid	x	-
▪ 2,5 uur training voor 6 toekomstige trainer + 2,5 uur per toekomstige trainer begeleiding 1 <sup>e</sup> workshop. €70 per uur.			
• Ondersteunen scholen implementatie			
○ Inzet jeugdarts	Zelfde uren als jaarlijkse uitvoer. Worden bij de start vooral gebruikt voor ondersteuning implementatie op school en intern.	x <sup>1</sup>	-
Terugkerende kosten (jaarlijks)			
• NCJ			
○ Beheer	NCJ vult dit in (voorstel is middelgroot €5.000 euro en grote instelling €10.000)	x	x
• GGD			
○ Scholing nieuwe jeugdartsen (geaccrediteerd)	€900 + 30 x 4 uur per 10 JA	-	x
○ Inzet jeugdartsen uitvoer	2,5% v/d leerlingen x 3 uur	-	x <sup>1</sup>
○ Intercollegiale casuïstiek bespreking	6x/2uur per JA	x	x
○ Inzet jeugdartsen ondersteuning werkwijze op scholen	Evaluatie e.d. passen binnen inzet JA uitvoer	x	x
• Ondersteunen scholen implementatie			
○ Workshop M@ZL voor mentoren: (2x training/1000 Ilen)			
▪ €350 acteur			
▪ €280 trainer	2x€630 / 1000 Ilen	x	x

x kosten worden in dit deel gemaakt, - kosten worden niet gemaakt. <sup>1</sup> Communicerende vaten: eerste twee jaar zal inzet jeugdarts vooral voor implementatie op de school zijn, naar mate er betere implementatie is zal er meer tijd gaan naar de uitvoer.

### 3. Onderbouwing

#### Probleem

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 socialemotionele ontwikkeling en gezondheid, als ook 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 gezondheidsgerelateerde factoren die bij ziekteverzuim een rol spelen ook rechtevreeks de onderwijskansen negatief kunnen beïnvloeden (Basch, 2011. Higgins, 2008. O'toole, 2012. Suhrcke, 2011. Woolf, 2005. Freudenberg, 2007. Heesch, 2011. Case, 2005. Haas, 2006).

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.

In 2002 bedroeg het totale schoolverzuim in Nederland 7,9%, waarvan bijna de helft ziekteverzuim. Vmbo'ers (4%) melden een hoger ziekteverzuim dan havisten (3,7%) en vwo-leerlingen (3,4%) (NIPO, 2002). 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.

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 'M@ZL' ontwikkeld.

## Oorzaken

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

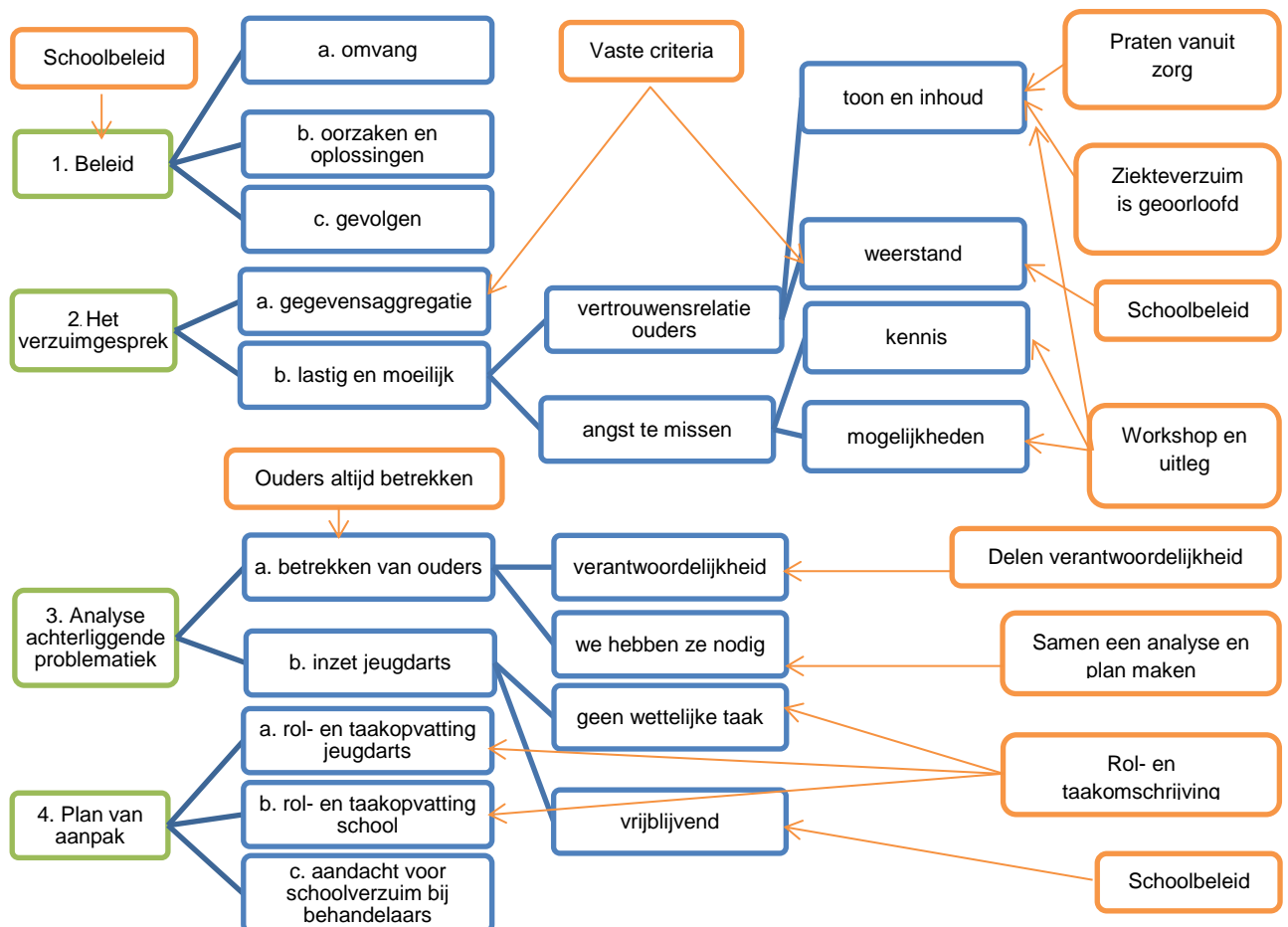
1. Het ontbreken van (landelijk) beleid, en dus wet- en regelgeving en middelen. Ziekteverzuim is geoorloofd schoolverzuim en behoeft wettelijk gezien pas na vier schoolweken aaneengesloten ziek gemeld door school gemeld te worden bij leerplicht. Leerplichtambtenaren missen vervolgens medische expertise om het ziekteverzuim adequaat aan te pakken. Het ontbreken van (landelijk) beleid komt onder andere omdat er bij beleidsmedewerkers, schooldirecties en -besturen:
  - a. geen zicht is op de omvang van ziekteverzuim onder middelbare scholieren.
  - b. 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.
  - c. 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.

Recent heeft de minister een uitspraak gedaan dat ook ziekteverzuim geregistreerd en een adequaat ziekteverzuimprotocol gehanteerd moet worden (Rijksoverheid, 2016).

2. Er vinden nauwelijks verzuimgesprekken plaats door de school met leerling en ouders.
  - a. verhoogd ziekteverzuim blijft bij de school vaak onopgemerkt omdat er onvoldoende aandacht is voor adequate verzuimgegevensaggregatie op leerlingniveau.
  - b. het verzuimgesprek wordt als lastig en moeilijk ervaren vanwege angst om
    - i. de vertrouwensrelatie met ouders te beschadigen:
      - a) twijfels over juiste toon en inhoud van gesprek. Het in gesprek gaan gebeurt meestal vanuit controle.
      - b) weerstand bij ouders, die het vaak als bemoeizucht ervaren.
    - ii. medische zaken te missen vanwege gebrek aan medische kennis:
      - a) weinig kennis over oorzaken en gevolgen van ziekteverzuim.
      - b) 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
  - a. het vaak niet betrekken van ouders. De samenwerking met ouders is essentieel voor een adequate aanpak van ziekteverzuim:
    - i. 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.
    - ii. 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.
  - b. het in de huidige zorgstructuur te beperkt benutten van de sociaal-medische expertise van de jeugdarts. De geringe inzet van de jeugdarts komt omdat
    - i. 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<sup>3</sup>, 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.

- ii. bezoek aan jeugdarts vrijblijvend is, waardoor een deel van de leerlingen niet worden bereikt.
4. Er wordt geen plan van aanpak gemaakt dat vervolgens gemonitord wordt omdat dit
- a. 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.
  - b. geen rol- en taakopvatting van school is.
  - c. Er geen 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 M@ZL aangepakt (werkzame elementen van M@ZL; zie Figuur 2):

<sup>3</sup> <https://www.ncj.nl/toolbox-basispakket-jgz1/uitvoeringsvarianten/landelijk-professioneel-kader>

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 M@ZL vertelt hoe in gesprek te gaan met ouders:
    - I. Praten over ziekteverzuim vindt altijd plaats vanuit zorg en niet vanuit controle.
    - II. Ziekteverzuim is geoorloofd verzuim. Er wordt niet gesproken over het wel/niet 'echt' ziek-zijn van een leerling.
3. Analyse achterliggende problematiek:  
Bij M@ZL 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. M@ZL 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. M@ZL beschrijft dat het de verantwoordelijkheid en taak van de school is om onderwijs- en schoolgerelateerde afspraken en het ziekteverzuim te monitoren
  - b. M@ZL 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 M@ZL 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 M@ZL werkt: ziekteverzuim wordt door M@ZL teruggedrongen. Dit beïnvloedt (landelijk) beleid.<sup>4</sup> 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		

<sup>4</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/09/15/beantwoording-kamervragen-over-bericht-scholier-vaak-ziek-thuis>

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 M@ZL is gebruik gemaakt van deze kennis. M@ZL intervenueert 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:
  - a. 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).
  - b. Bewustwording ten aanzien van:
    - i. het belang van registreren en signaleren.
    - ii. het belang van het op de juiste manier in gesprek gaan.
    - iii. 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. M@ZL 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:
  - a. 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.
  - b. 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<sup>de</sup> keer in 12 schoolweken of 7<sup>de</sup> 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 M@ZL-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 M@ZL-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 voorkomen dat jongeren uitvallen. Uit de effectstudie blijkt dat systematische signalering van leerlingen met een ziekteverzuimomvang volgens een van de M@ZL-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 M@ZL-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).

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.

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

**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).'**

In schooljaar 2007/2008 is de methodiek M@ZL gepilot en zowel kwantitatief als kwalitatief geëvalueerd op een vmbo-school. De evaluatie richtte zich op het bereik van de doelgroep (registratieformulier ingevuld door de jeugdarts na het consult), de cliënttevredenheid van leerling/ouders (vragenlijst), de door de uitvoerende partijen (school, jeugdarts, leerplichtambtenaar) waardering van M@ZL en ervaren knelpunten bij de uitvoering van M@ZL (semigestructureerde interviews), en de beoogde effecten ten aanzien van ziekteverzuimomvang op school- en individueel niveau. Het onderzoek naar de afname van de omvang van het ziekteverzuim vond plaats op zowel de pilotschool als op een vmbo-school waar geen M@ZL-pilot had plaatsgevonden. Om te onderzoeken of en in welke mate het ziekteverzuim was afgenomen op schoolniveau werd bij beide scholen het aantal schooldagen ziekmelding van alle leerlingen over schooljaar 2006/2007 en 2008/2009 achteraf opgevraagd (schoolverzuimregistratiesysteem). Om te onderzoeken of en in welke mate het ziekteverzuim was afgenomen bij de individuele leerlingen die ziekteverzuimbegeleiding kregen, werd nagegaan welk percentage van deze leerlingen vier maanden na het starten van het traject voldeed aan één van de M@ZL-criteria (vanaf de 7<sup>de</sup> schooldag aaneengesloten of meer dan 16 (min of meer losse) uren per 4 schoolweken afwezig na ziekmelding).

De belangrijkste resultaten van de pilot waren dat van de leerlingen met omvangrijk ziekteverzuim 1/3 werd bereikt door de leerplichtambtenaar en 2/3 door de jeugdarts. De meeste leerlingen/ouders (66%) zagen het nut van het contact met de jeugdarts bij ziekteverzuim niet. Het was voor hen niet duidelijk wat de rol van de jeugdarts was. Van de door de jeugdarts bereikte groep gaf 50% aan lichamelijke klachten te hebben en bleek bij een groot deel van de leerlingen dat psychosociale problemen ook aan de verzuimmelding ten grondslag lagen. M@ZL werd door alle vier actoren positief gewaardeerd. Door de inzet van de jeugdarts kwam medische expertise beschikbaar. Voor de school was het registreren en het vervolgens consequent hanteren van de aanmeldcriteria een aandachtspunt. Op schoolniveau werd een afname van het ziekteverzuim gemeten van 1,1 ziektedagen per leerling per schooljaar (van 8,4 naar 7,3 ziektedagen). Bij de controleschool werd geen afname geconstateerd (van 8,0 naar 8,1 ziektedagen). Bij 63% van de leerlingen, die bereikt werden met de interventie, voldeed de omvang van het ziekteverzuim 4 maanden na de start van het traject niet meer aan een van de criteria van M@ZL. Hieruit werd geconcludeerd dat de interventie M@ZL veelbelovend was voor het terugdringen van ziekteverzuim op het voortgezet onderwijs. Er werden aanknopingspunten voor verdere ontwikkeling gegeven. Samenvattend werd gesteld dat de pilotresultaten aanknopingspunten boden voor doorontwikkeling van M@ZL. Een grootschalig evaluatieonderzoek werd opgezet voor het verder ontwikkelen en wetenschappelijk onderbouwen van M@ZL, begeleid met een (quasi-)experimentele effectiviteitsonderzoek.

**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**

Deze studie vond plaats op 7 vmbo-scholen in West-Brabant. Om zicht te krijgen op de achterliggende problematiek van ziekteverzuim beschreven jeugdartsen op basis van gezondheidsonderzoeken – inclusief Strengths and Difficulties Questionnaires – de gezondheid van vmbo'ers die gedurende het schooljaar 2011-2012 een ziekteverzuim hadden dat voldeed aan de M@ZL-criteria. De 493 leerlingen die aan deze criteria voldeden vormden 12% van de totale schoolpopulatie. In de M@ZL-groep bleek 43,5% van de leerlingen een gediagnosticeerde ziekte te hebben en 81,5% had problemen, zoals lichamelijke klachten, psychosociale problemen, leefstijlproblemen of slaapproblemen. Bij ongeveer twee derde van de leerlingen met een gediagnosticeerde ziekte lagen tevens problemen thuis of op school ten grondslag aan het ziekteverzuim. Bij meer dan de helft van



de leerlingen werd het verzuim veroorzaakt door psychische of lichamelijke klachten en niet door een gediagnosticeerde ziekte. Ook bij deze leerlingen was er meestal een combinatie met problemen thuis of op school. Geconcludeerd werd dat leerlingen met omvangrijk ziekteverzuim een grote verscheidenheid in de gezondheidstoestand vertonen, vaak met bijkomende niet-medische problemen. Dat vraagt om een gepersonaliseerde benadering. Een biopsychosociaal perspectief, inclusief medische expertise, is nodig om onderscheid te kunnen maken tussen opkomende psychische en lichamelijke ziektes, psychosociale problemen en leefstijlproblemen. De uitkomsten gaven handvatten voor de samenwerking tussen de mentor of zorgcoördinator en de jeugdarts.

**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**

Met kwalitatief onderzoek is verkend of de methodiek voor scholen bruikbaar en toepasbaar is en welke factoren een duurzame verspreiding en implementatie van M@ZL beïnvloeden. Hiervoor werden 9 schooldirecteuren en 8 zorgcoördinatoren van het voortgezet onderwijs geïnterviewd, door middel van semigestructureerde interviews. De volgende vragen werden gesteld: welke redenen hebben scholen om aandacht te besteden aan leerlingen met verhoogd ziekteverzuim, welke ervaringen hebben zij met de toepassing van M@ZL, en wat zijn de succes- en faalfactoren voor duurzame verspreiding en implementatie van M@ZL? Volgens de geïnterviewden zijn in eerste instantie zorgen over welbevinden en toekomst van de leerling met ziekteverzuim, de wens om deze zorgen te delen met de ouders en de wens om de verzuimdrempel te verhogen de voornaamste redenen waarom scholen aandacht willen besteden aan leerlingen met ziekteverzuim. Bovendien zijn ze ervan overtuigd dat door het terugdringen van de ziekteverzuimomvang de schoolprestaties van deze leerlingen kunnen verbeteren. M@ZL maakt het volgens hen voor de mentoren en zorgcoördinatoren gemakkelijker om in gesprek te gaan met leerling/ouders over ziekteverzuim door het duidelijke kader met samenwerkingsafspraken en de heldere criteria. M@ZL voorkomt zo schade aan de onderlinge relatie tussen schoolmedewerker en leerling/ouders en voorkomt dat medische zaken worden gemist. Bij de toepassing worden als de drie belangrijkste faalfactoren genoemd: 1) het in gesprek met leerling/ouders over ziekteverzuim. Dit blijft lastig, omdat men het (nog) niet gewend is en de ingang toch vaak controle is en niet de zorg om de leerling. 2) Het opvolgen van het advies van de jeugdarts. Dit is lastiger als de school niet eerst zelf in gesprek gaat met de leerling/ouders en meteen doorverwijst naar de jeugdarts. 3) Een correcte verzuimregistratie. De angst dat deze niet altijd helemaal in orde is weerhoudt scholen er soms van de leerling/ouders met leerling/ouders in gesprek te gaan en actie te ondernemen. De geïnterviewden zijn er van overtuigd dat door M@ZL de zorg en begeleiding van de leerling met ziekteverzuim verbetert, waardoor het ziekteverzuim afneemt. M@ZL zorgt ook voor meer ouderbetrokkenheid. Door al deze factoren draagt M@ZL bij aan een hoger percentage leerlingen dat hun diploma haalt. Dit zijn belangrijke redenen voor het toepassen van M@ZL en dus aandachtspunten bij de verdere verspreiding van M@ZL. Zij kunnen er voor zorgen dat M@ZL op de beleidsagenda van scholen komt, wat nodig is voor een duurzame toepassing van de methodiek. Heldere communicatie over het doel van M@ZL en training in gespreksvaardigheden van mentoren/schoolpersoneel voor de verzuimgesprek zijn belangrijke succesfactoren van M@ZL. Samenwerking tussen onderwijs en jeugdgezondheidszorg op beleidsniveau is van belang voor duurzame verspreiding van de methodiek.

#### **Toetsing op uitvoerbaarheid en haalbaarheid bij JGZ-instellingen.**

Behalve wetenschappelijke onderbouwing middels bovengenoemde interventieonderzoek, is de methodiek (met hulp van de GGD-en Brabant-Zuidoost, Gelderland-Midden, Limburg-Noord en Zeeland) getoetst op uitvoerbaarheid en haalbaarheid. Hiertoe hebben meerdere brainstormsessies plaatsgevonden, die geresulteerd hebben in het handboek M@ZL voor JGZ-instellingen. De kernelementen en mogelijkheden voor lokale aansluiting zijn hierin beschreven om draagvlak te creëren voor de methodiek en de methodiek zo breed mogelijk inzetbaar te maken.

## **4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten**

**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.

### **Landelijke Gezondheidsmonitor Jongeren**

Tussen oktober en december 2015 is ook in de regio West-Brabant de vierjaarlijkse landelijke Gezondheidsmonitor Jongeren afgenomen. Hierin werd een vraag gesteld over schoolverzuim door ziekte en over spijbelen bij middelbare scholieren onder tweede en vierde klassers. De uitkomsten laten zien dat in Nederland 40,4% (tegenover 30,1% in regio West-Brabant) van de jongeren aan gaf in de afgelopen vier schoolweken 1 of meer schooldagen ziek thuis te zijn geweest. In totaal 15% (tegenover 9,3% in regio West-Brabant) van de jongeren was 3 of meer dagen ziek thuis. Daarnaast gaf 11,2% (tegenover 1,8% in regio West-Brabant) van de jongeren aan in de afgelopen vier schoolweken 1 of meer lessen gespijeld te hebben. In Nederland heeft 5% (tegenover 1,8% in regio West-Brabant) van de jongeren in de afgelopen vier schoolweken drie of meer lessen gespijeld. Alle verschillen zijn significant.

(<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/gezondheidsmonitor-jeugd/inleiding>). De resultaten kunnen niet vergeleken worden met percentages uit de monitor van 2011 vanwege een andere methode van afname. Het lagere percentage van ziekteverzuim in de regio West-Brabant ten opzichte van Nederland zou verklaard kunnen worden door de toepassing van M@ZL op alle vo-scholen in de regio sinds schooljaar 2013/2014.

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

In dit artikel wordt helder beschreven hoe een school anders met ziekteverzuim omgaat door de toepassing van M@ZL en tot welke inzichten M@ZL heeft geleid.



## 5. Samenvatting Werkzame elementen

M@ZL 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. M@ZL 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 M@ZL 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 'M@ZL-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.

M@ZL 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](http://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](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](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 Beroepsopleiding 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](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%20mbo%20havo%20en%20vwo.pdf>.
- Haak, M van der. (2005). Dit werkt samen! Amersfoort: CPS. [https://www.bvekennis.nl/Bibliotheek/05-0345\\_CPS\\_Ditwerksamen.pdf](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](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>.

Kulhánová, 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 entschuldigten und unentschuldigten 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](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. *Social Health Illn*, 20, 754-77.

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](http://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>.

NIPO het marktonderzoeksinstituut. (2002). Rapport: Schoolverzuim in het Voortgezet Onderwijs. [Report on school absenteeism in secondary school.]. Amsterdam.  
<http://www.tns-nipo.com/pages/persvannipo/pdf/schoolverzuim03.pdf>.

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](http://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>

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](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 Nievesk, 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:10.2174/1573396309 04131223112559

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. (2014). Een integrale aanpak van ziekteverzuim volgens M@ZL op het voortgezet onderwijs. Handboek voor JGZ-instellingen. Breda: GGD West-Brabant.  
<https://www.ggdwestbrabant.nl/mazl>

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

Woolf, S.H., Johnson, R.E., Phillips Jr, R.L., Philipson, 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!

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

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

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. (2014). Een integrale aanpak van ziekteverzuim volgens M@ZL op het voortgezet onderwijs. Handboek voor JGZ-instellingen. Breda: GGD West-Brabant.  
<https://www.ggdwestbrabant.nl/mazl>

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 Geneeskd, 160: D398.

Vanneste, Y., Beer, M. (2016d). Evaluatie implementatie M@ZL in West-Brabant schooljaar 2015/2016.

## 7. Praktijkvoorbeeld

### Hoe werkt het in de praktijk? Een paar voorbeelden

**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 zorgcoördinator 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 zorgcoördinator 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 zorgcoördinator 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 Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport, 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.

