



Nederlands
Jeugdinstituut

Interventie

M@ZL op het mbo

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering (voor jeugd)

Datum: 11 juni 2020

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: Drost (07 mei 2020)

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'M@ZL MBO'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud.....	3
Samenvatting	4
Doelgroep.....	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving.....	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	6
1.3 Aanpak	7
2. Uitvoering.....	11
3. Onderbouwing	14
4. Onderzoek	18
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	18
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	19
5. Samenvatting Werkzame elementen	22
6. Aangehaalde literatuur	23
7. Praktijkvoorbeeld	26

Samenvatting

M@ZL MBO (Medische Advisering van de Ziekgemelde Leerling; middelbaar beroepsonderwijs) is een interventie die door scholen en jeugdgezondheidszorg (JGZ)-instellingen, ondersteund door gemeenten, wordt toegepast om mbo-studenten met (verhoogd) ziekteverzuim vroegtijdig te signaleren en te begeleiden, waardoor het ziekteverzuim teruggedrongen en langdurend thuiszitten en voortijdig schoolverlaten kan worden voorkomen. M@ZL is toepasbaar op elke mbo-school. Schoolmedewerkers en jeugdartsen hebben samen aandacht voor de student 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 of trajectbegeleider bij ziekteverzuim wordt beschreven. M@ZL beschrijft hoe, wanneer, door wie en met welk doel het ziekteverzuim wordt besproken met student en/of ouders. Er wordt aangesloten bij de overlegstructuur van de school, de samenwerking met netwerkpartners in en om de school, in de wijk en in de gezondheidszorg.

Doelgroep

De interventie richt zich op de mbo-student, die verzuimt na ziekmelding. De school voert samen met de jeugdarts de interventie uit. Ook worden ouders, schoolleiding, schoolmedewerkers, leerplichtambtenaren en trajectbegeleiders in deze samenwerking betrokken.

Doel

Het doel van de interventie is het op korte termijn stabiliseren en op lange termijn verlagen van de ziekteverzuimcijfers, zowel het aantal ziekmeldingen (frequentie) als de totale duur van het ziekteverzuim (omvang), waardoor langdurig thuiszitten en voortijdig schoolverlaten kan worden voorkomen.

Aanpak

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

Materiaal

Een handboek 'M@ZL op het MBO', inclusief de bijlagen het 'Stappenplan', 'Gespreksleidraad', 'Informatiefolder', kaartje 'Redenen voor verwijzing naar de jeugdarts', 'Aanmeldformulier voor een consult bij de jeugdarts', 'Terugkoppelingsformulier voor de jeugdarts' en een 'Tekst met de aankondiging werkwijze M@ZL'. Er is ook een [animatiefilmpje](#) en [introductiefilmpje](#) beschikbaar.

Onderbouwing

M@ZL MBO sluit aan bij het beslissingsmodel uit de bedrijfsgeneeskunde. Het beslissingsmodel gaat er van uit dat de beslissing om je bij bepaalde klachten (verzuimnoodzaak) ziek en/of beter te melden (de verzuimbeslissing) wordt beïnvloed door de verzuimbehoefte en de verzuimgelegenheid. Een afname van het ziekteverzuim wordt bewerkstelligd door het terugdringen van de verzuimgelegenheid, en het beperken van de verzuimnoodzaak en de verzuimbehoefte. M@ZL dringt de verzuimgelegenheid terug door regelgeving en monitoring en beperkt de verzuimnoodzaak en

verzuimbehoefte door aandacht voor elke student bij ziekmelding en signalering en aanpak van de achterliggende problematiek bij 'zorgwekkend' ziekteverzuim: Na probleemanalyse door de schoolmedewerker en zo nodig de jeugdarts komt meer duidelijkheid over de verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte. Vervolgens kan optimalisering van de zorg voor de student en een plan van aanpak de verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte terugdringen.

Onderzoek

Nederlands onderzoek laat een daling van ziekteverzuim en depressieve klachten bij mbo-studenten zien na de toepassing van M@ZL interventie op het mbo. Op scholen waar M@ZL wordt toegepast rapporteerden de mbo-studenten dat zij zich minder vaak ziek melden en hadden ze een lagere score op een schaal van depressieve klachten ten opzichte van mbo-studenten op scholen waar M@ZL niet wordt toegepast. Verder blijkt uit onderzoek dat de toepassing van M@ZL als (heel) zinvol wordt ervaren door jeugdartsen. De mbo-studenten gaven het verzuimgesprek met de jeugdarts gemiddeld het cijfer 8,3 (Van den Toren et al., *submitted*).

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De doelgroep van deze interventie zijn alle mbo-studenten die verzuimen na ziekmelding, ongeacht leeftijd, geslacht, SES, motivatie, toegankelijkheid, geografische locatie, woonsituatie, etnische achtergrond of taal.

Intermediaire doelgroep

De interventie richt zich niet alleen op de mbo-studenten en hun ouders, maar ook op de school, de jeugdarts en de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider. De intermediaire doelgroepen zijn: ouders, schoolleiding, schoolmedewerkers, de jeugdarts en de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider.

Selectie van doelgroepen

Er zijn geen toelatingscriteria en geen contra-indicaties van de (intermediaire) doelgroepen.

Er is aandacht voor elke mbo-student met ziekteverzuim. De mbo-school bepaalt zelf de criteria voor 'verhoogd' ziekteverzuim, waarna de student wordt geselecteerd om deel te nemen aan het individuele M@ZL-traject. De op het voortgezet onderwijs gehanteerde M@ZL-criteria (vanaf de vierde keer in 12 schoolweken of vanaf de zevende schooldag aaneengesloten ziek gemeld) kunnen als voorbeeld worden gebruikt. De student wordt vervolgens uitgenodigd voor een gesprek op school met een schoolmedewerker. Door wie dit gesprek vanuit school wordt gevoerd en wie bij dit gesprek aanwezig zijn wordt door de school en de student bepaald, en is afhankelijk van de afspraken die hierover binnen de mbo-school zijn gemaakt (bijvoorbeeld: tot 18 jaar of totdat de student nog thuis woont worden ouders altijd uitgenodigd).

Betrokkenheid doelgroep

Bij de doorontwikkeling van 'M@ZL VO' naar 'M@ZL MBO' zijn scholen betrokken geweest. Tijdens de pilotfase is M@ZL op het VO toegepast op 3 mbo-scholen door 8 studieloopbaanbegeleiders (SLB-ers) en 3 jeugdartsen. Een behoefteanalyse en een procesevaluatie vond plaats middels focusgroepbijeenkomsten met de uitvoerders van de interventie. Het antwoord op de vraag 'Wat maakt dat deze interventie wel of niet gaat werken?' gaf zicht op de succes- en faalfactoren.

Inmiddels is een M@ZL app ontwikkeld om re-integratie online te ondersteunen. In het voorjaar 2020 geven jongeren en JGZ-professionals via focusgroepen en interviews feedback op de M@ZL app. Op basis hiervan worden aanbevelingen geformuleerd voor de eventuele doorontwikkeling van de M@ZL app, voor grootschaliger evaluatieonderzoek en de implementatie ervan in de praktijk in de JGZ en in het onderwijs. Bekijk het [promo filmpje](#).

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van de interventie is het op korte termijn stabiliseren en op lange termijn verlagen van de ziekteverzuimcijfers door een beperking van verzuimgelegenheid, verzuimhoeftte en verzuimnoodzaak:

- Drie jaar na de implementatie is er een stabilisering van het aantal verzuimmeldingen en van de totale ziekteverzuimduur op schoolniveau.

- Vijf jaar na de implementatie is
 - er een significante afname van het aantal verzuimmeldingen en de ziekteverzuimduur op schoolniveau.
 - verlaat geen enkele student met ziekteverzuim in de voorgeschiedenis de school, zonder dat deze begeleid is vanuit M@ZL.
 - het aantal voortijdig schoolverlaters met ziekteverzuim in de voorgeschiedenis aantoonbaar afgenomen.

Subdoelen

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

Subdoel 1: Beperking van de verzuimgelegenheid.

- De **schoolleiding**: M@ZL is opgenomen in het schoolverzuimbeleid en de onderwijs- en praktijkovereenkomst (OOK en PAK).
- **Studenten**, hun **ouders** en de **schoolmedewerkers** weten dat, waarom en hoe er vanuit school aandacht wordt besteed aan ziekteverzuim, en kennen hun eigen rol en verantwoordelijkheden daarin.
- **Studenten** (en **ouders**) melden het ziekteverzuim volgens de afspraken van de school.
- De **schoolmedewerkers** monitoren het verzuim en de re-integratie van de studenten.
- De **jeugdarts** neemt deel aan het zorgteam en heeft aandacht voor de (uitvoer van de) interventie.
- De betrokken **leerplichtambtenaren** en **trajectbegeleiders** weten dat de school bij de aanpak van ziekteverzuim werkt volgens M@ZL, kennen de aanpak en gaan op verzoek van de school in gesprek over het 'zorgwekkende' ziekteverzuim.

Subdoel 2: Beperking van de verzuimnoodzaak en de verzuimbehoefte

- De **schoolmedewerkers** merken het ziekteverzuim op en er wordt altijd contact opgenomen met de student.
- De **schoolmedewerkers** weten hoe het contact inhoud en vorm te geven.
- Bij 'zorgwekkend' ziekteverzuim vindt er altijd een gesprek plaats op school en door school.
- De **schoolmedewerkers** kennen de redenen voor een consult bij de jeugdarts, en weten student en ouders daarvoor te motiveren.
- De **jeugdarts** maakt samen met de **student**, de **schoolmedewerkers** en andere betrokken partijen een plan van aanpak.

Zie voor een meer gedetailleerde weergave van de bovengenoemde subdoelen het handboek (zie Handboek 1.5). De tussenliggende resultaten kunnen ook gezien worden als effectmaten voor een succesvolle implementatie.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De interventie kent activiteiten op (1) **schoolniveau** het aanscherpen van het ziekteverzuimbeleid, met daarin het opnemen van M@ZL, om de verzuimgelegenheid te verminderen, en (2) **individueel niveau** het signaleren en begeleiden van de student met ('zorgwekkend') ziekteverzuim, om door het organiseren van passende zorg en onderwijs, de verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte te verminderen. Het signaleren en

begeleiden is vervolgens opgebouwd uit verschillende stappen, die in opeenvolging worden uitgevoerd.

Schoolniveau

Er worden afspraken gemaakt over het

- hoe, wanneer en door wie melden van het ziekteverzuim;
- contact opnemen met de ziek gemelde student door school;
- aanwezig zijn bij en de locatie van het verzuimgesprek;
- monitoren van het ziekteverzuim door school;
- samenwerken met de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider.

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

Individueel niveau

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

Inhoud van de interventie

Werving

Zowel de mbo-school, gemeente als JGZ-organisatie kunnen het initiatief nemen om M@ZL te implementeren. Dit vraagt om intersectoraal beleid. Een mbo-school kan deze wens zelf ofwel bij de gemeente ofwel de JGZ-organisatie kenbaar maken. De JGZ-organisatie kan ervoor zorg dragen dat ze voor de aanpak van ziekteverzuim op het MBO de interventie M@ZL in huis hebben en dit aan de mbo-scholen/opleidingen in haar gemeenten kenbaar maken. De gemeente kan samen met de JGZ de aanpak van ziekteverzuim volgens M@ZL bij mbo-studenten prioriteren en ervoor zorgen dat er gelden beschikbaar komen. Extra aandacht is gewenst voor:

- het feit dat mbo-studenten buiten hun woongemeente (de gemeente die verantwoordelijk is voor de zorg) naar een mbo-school kunnen gaan (de gemeente die M@ZL 'inkoopt'). Dit levert problemen op als de ene gemeente wel en de andere gemeente geen M@ZL implementeert.
- JGZ tot 18 jaar zorg levert, terwijl veel mbo-studenten ouder dan 18 jaar zijn. Dat betekent dat - als hierover niet expliciet afspraken worden gemaakt - voor de ene student wel een M@ZL-consult bij de jeugdarts beschikbaar is en voor de andere student niet.
- de mogelijkheid om M@ZL niet op de hele mbo-school (tegelijkertijd) te implementeren. Sommige scholen willen starten met 1 opleiding/afdeling. Dit kan een effectieve implementatiestrategie zijn en zou zo ook aangeboden moeten worden.

Schoolniveau

De implementatie van M@ZL start met het aanscherpen van het ziekteverzuimbeleid op schoolniveau. In het 'nieuwe' ziekteverzuimbeleid wordt verzuim altijd gemeld en is er altijd aandacht voor de student die verzuimt. Er worden afspraken gemaakt over:

- hoe, wanneer en bij wie de student zich ziek meldt;
- hoe, wanneer en wie van de school op de ziekmelding van de student reageert;
- wanneer de school spreekt over 'zorgwekkend' verzuim. De criteria voor 'zorgwekkend' ziekteverzuim worden door de school zelf bepaald (bijvoorbeeld de verzuimomvang, verzuimfrequentie, zorgen rondom de studievoortgang of gedragsverandering). Dit 'vrijlaten' heeft te maken met de visie van de school.
- ziekteverzuim tijdens de stagedagen. De ervaring leert dat hier zeer wisselend (per stage, opleiding en school) mee wordt omgegaan.
- het betrekken van ouder(s). Ouder(s) worden in principe altijd betrokken als de student nog thuis woont of jonger dan 18 jaar is. Als de student aangeeft het

ongewenst te vinden dat zijn/haar ouders betrokken worden, dan wordt dit in eerste instantie gehonoreerd. Dit vanwege het recht op privacy van de student. Het niet nakomen van eerder gemaakte afspraken (zie stap 1) kan een reden zijn om ouders (alsnog) te (gaan) betrekken.

- wanneer, hoe en waar de jeugdarts kan worden geconsulteerd. De schoolmedewerker bepaalt zelf wanneer, en wordt daarbij ondersteund door de 'redenen voor verwijzing naar de jeugdarts' (zie handboek, bijlage 4), en de mogelijkheid van geanonimiseerde consultatie van de jeugdarts. Met behulp van de redenen voor verwijzing, de insteek vanuit de zorg voor de jongere, en het bewust zijn dat de omvang zorgelijk is, kunnen de ouders en de student gemotiveerd worden mee te werken. De school bepaalt welke schoolmedewerker dit consult kan aanvragen.
- de consequenties voor de student van het niet nakomen van deze afspraken. Ieders rol en verantwoordelijkheid wordt vastgelegd.

Hierna wordt er helder gecommuniceerd over deze aanpak van ziekteverzuim, met expliciete vermelding van het doel (het optimaliseren van de kans op het behalen van een diploma voor alle studenten) en de reden (studenten met ziekteverzuim kunnen hierbij hinder ervaren. Daarom wordt hen extra zorg geboden). Het benadrukken van dit gemeenschappelijke doel versterkt de wederzijdse afhankelijkheid en daarmee de noodzaak om het in gezamenlijkheid aan te pakken.

Individueel niveau

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

De schoolmedewerker neemt contact op met de student en neemt een luisterende en betrokken houding aan. Er wordt niet expliciet gevraagd naar de reden van het verzuim. Het uitgangspunt is: ziek=ziek! Er worden met de student afspraken gemaakt over terugkeer naar school en het onderhouden van het contact. De student wordt daar mede verantwoordelijk voor gemaakt.

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

Bij 'zorgwekkend' ziekteverzuim vindt er op en door school een verzuimgesprek plaats met de student (en ouders). In het verzuimgesprek wordt het gemeenschappelijke doel benadrukt en expliciet benoemd dat de zorg om en voor de student het uitgangspunt is bij een gesprek over ziekteverzuim. De zorgen en verantwoordelijkheden worden met student en ouder(s) gedeeld. Student én ouders worden bewust gemaakt van het feit dat een dergelijke verzuimomvang buitenproportioneel en zorgelijk is en dat ouders hier een rol in kunnen spelen. Ouders wordt gevraagd mee te denken over mogelijke oorzaken (bijvoorbeeld de invloed van problemen thuis en voorbeeldgedrag), en over hun bijdrage aan het oplossen van het probleem (bijvoorbeeld bij het zoeken naar of accepteren van hulp/ondersteuning). De schoolmedewerker maakt met de student (en ouders) afspraken over begeleiding, zorg en onderwijsdeelname. De student (en ouders) krijgt daarin zoveel mogelijk eigen verantwoordelijkheid en regie.

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

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

Stap 4: Het consult bij de jeugdarts:

Stap 4 houdt in dat de student (en ouders) door de jeugdarts wordt uitgenodigd voor een consult op de JGZ-organisatie. Voor de uitvoering van dit consult zijn adviezen opgesteld (zie de landelijke handreiking 'Snel terug naar school is veel beter'). De jeugdarts vermeldt dat hij/zij er is om de student verder te helpen (aan een diploma). De jeugdarts maakt een professionele probleemanalyse met een integrale focus vanuit het biopsychosociale model (Engel, 1977 en 1992), brengt draaglast en draagkracht in beeld, evenals ervaren knelpunten bij onderwijsdeelname, en optimaliseert zo nodig de (medische) zorg. Vervolgens maken ze samen een plan van aanpak (er worden afspraken gemaakt over deelname aan lessen en stage en het zoeken van hulp), zowel op proces/communicatie als acties, en de jeugdarts communiceert dit met de school.

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

De school is verantwoordelijk voor het monitoren van het verzuim, en de uitvoer van de schoolgerelateerde afspraken uit het plan van aanpak. De school heeft afspraken gemaakt over wie hiervoor verantwoordelijk is. Indien de student weigert mee te werken, afspraken niet nakomt of niet op het consultat verschijnt, spreekt de school hem/haar hierop aan. De student kan worden aangemeld bij de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider door het verzuim aan te merken als 'vermoedelijk ongeoorloofd'. Zo zorgt de school voor een sluitende zorgketen. De jeugdarts neemt deel aan het ZAT (ZorgAdviesTeam) om zo de zorg en de werkwijze op elkaar af te stemmen, en knelpunten ten aanzien van het beleid en de uitvoer van M@ZL te bespreken. De jeugdarts evalueert de geboden zorg, en de school monitort (het verzuim van) de student (stap 5). Een goede dossiervorming en snelle procedure zijn hiervoor essentieel.

2. Uitvoering

Materialen

De volgende materialen voor de uitvoer zijn digitaal beschikbaar na het aanschaffen van een licentie: Een handboek 'M@ZL op het MBO', inclusief het 'Stappenplan in beeld', een 'Gespreksleidraad voor het gesprek met de student op en door school', een 'Informatiefolder voor de student', een kaartje 'Redenen voor verwijzing naar de jeugdarts', een 'Aanmeldformulier voor een consult bij de jeugdarts', een 'Terugkoppelingsformulier voor de jeugdarts' en een 'Tekst met de aankondiging werkwijze M@ZL'. Er is ook een [animatiefilmpje](#) en een [introductiefilmpje](#) beschikbaar.

Locatie en type organisatie

De interventie wordt deels uitgevoerd op een mbo-school/opleiding door schoolmedewerkers (zie Figuur 1, stap 1, 2, 3 en 5) en op de JGZ-organisatie door de jeugdarts (zie Figuur 1, stap 4). De leerplichtambtenaar is betrokken na een melding in DUO. Inmiddels maken in totaal 16 JGZ-organisaties in Nederland gebruik van de M@ZL interventie, waaronder 217 gemeenten. Deze cijfers gaan over alle M@ZL interventies, zowel op het mbo als op het vo. Er is tot nu toe voornamelijk gekeken naar de JGZ-organisaties die M@ZL uitvoeren en nog niet zozeer naar het type school. Het NCJ is bezig om in kaart te brengen hoeveel mbo-scholen daadwerkelijk M@ZL toepassen.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Voor alle schoolmedewerkers is het van belang dat er:

- een basisattitude is, waarbij als vanzelfsprekend wordt ervaren dat er aandacht is voor de student als persoon. Dit komt overeen met de landelijke visie van het MBO. Het uitdragen van deze visie ondersteunt de aandacht voor de ziek gemelde student vanuit zorg voor de student.
- kennis is over het gedachtegoed van M@ZL. De jeugdarts kan hierover inlichtingen geven.

Uit onderzoek (Vanneste, 2013) is bekend dat het voeren van een verzuimgesprek vraagt om:

- een brede en integrale kijk op studenten, voorbij de studieresultaten en -voortgang.
- handvatten met betrekking tot de gespreksvoering.

Degene die het gesprek voert heeft minimaal de 'Introductiecursus studieloopbaanbegeleiding' en de cursus 'Basiscommunicatie voor studieloopbaanbegeleiders' gevolgd. Deze post-hbo-cursussen worden landelijk aangeboden door de hogescholen.

Een M@ZL workshop 'Ziekteverzuim bespreekbaar maken' is ontwikkeld, als ook een train-de-trainer.

Voor de jeugdartsen verzorgt de NSPOH, in samenwerking met het NCJ, de M@ZL-scholing. Deze is alleen toegankelijk voor jeugdartsen, werkzaam bij een JGZ-instelling met een M@ZL-licentie. Het is noodzakelijk dat jeugdartsen deze opleiding volgen voordat zij de interventie uitvoeren. Aanbevolen wordt intercollegiale toetsing voor de jeugdartsen te organiseren.

Kwaliteitsbewaking

Het NCJ beheert de M@ZL interventie. Het NCJ waarborgt de kwaliteit van de uitvoering door jeugdartsen in M@ZL te scholen. Daarnaast organiseert het NCJ tweemaal per jaar

een overleg voor coördinatoren en managers van JGZ-organisaties, die M@ZL uitvoeren. De deelnemers van deze bijeenkomsten vormen de klankbordgroep. Tijdens deze overleggen worden interventiespecifieke zaken besproken, zoals implementatievraagstukken (gebrek aan jeugdartsen, financiering), lokale evaluatiegegevens en behoeften en ideeën voor doorontwikkeling, etc. Er wordt van elkaar geleerd en het NCJ krijgt vanuit de praktijk input voor de doorontwikkeling van M@ZL. Daarnaast krijgt het NCJ input vanuit onderzoek. Door steeds meer jeugdartsen en artsen M&G in opleiding en onderzoekers buiten de JGZ wordt momenteel onderzoek gedaan naar M@ZL en schoolverzuim. Deze onderzoeksresultaten zullen komende jaren telkens worden besproken tijdens deze overleggen en dienen eveneens als input voor de doorontwikkeling. Ook organiseert het NCJ jaarlijks een expertmeeting schoolverzuim, waar landelijke (beleids)ontwikkelingen met betrekking tot de aanpak van schoolverzuim besproken. Er wordt gekeken hoe deze zich verhouden tot de M@ZL-aanpak door JGZ-organisaties. Het NCJ krijgt ook hier input voor de doorontwikkeling van M@ZL.

Daarnaast is het NCJ voornemens om de certificering als M@ZL-jeugdarts, na het volgen van de training, te verrijken met een systeem van vijf jaarlijks herregistreren door deel te nemen aan terugkomdagen.

Randvoorwaarden

Voor alle schoolmedewerkers is het van belang dat er:

- een basisattitude is, waarbij als vanzelfsprekend wordt ervaren dat er aandacht is voor de student als persoon. Dit komt overeen met de landelijke visie van het MBO. Het uitdragen van deze visie ondersteunt de aandacht voor de ziek gemelde student vanuit zorg voor de student.
- kennis is over het gedachtegoed van M@ZL. De jeugdarts kan hierover inlichtingen geven.

Uit onderzoek (Vanneste, 2013) is bekend dat het voeren van een verzuimgesprek vraagt om:

- een brede en integrale kijk op studenten, voorbij de studieresultaten en -voortgang.
- handvatten met betrekking tot de gespreksvoering.

Degene die het gesprek voert heeft minimaal de 'Introductiecursus studieloopbaanbegeleiding' en de cursus 'Basiscommunicatie voor studieloopbaanbegeleiders' gevolgd. Deze post-hbo-cursussen worden landelijk aangeboden door de hogescholen.

Implementatie

In het handboek en onder het kopje 'subdoelen' worden aanwijzingen gegeven voor de implementatie. Meetbare effectmaten, zoals opname van de werkwijze in beleidsstukken, bekend zijn met de werkwijze, het melden van verzuim door de studenten, het hebben van contact na verzuimmelding, het voeren van verzuimgesprekken, en het consulteren van de jeugdarts, geven aanwijzingen voor een succesvolle implementatie.

Kosten

Licentiekosten

In onderling overleg wordt bepaald aan welke partij (JGZ-gemeente-school) de licentiekosten (zie Bijlage 6) worden doorberekend.

Implementatiekosten

In het eerste jaar worden er extra implementatiekosten berekend voor een projectmatige aanpak (zie Bijlage 4 Implementatieplan). Bijeenkomsten en extra inzet zijn nodig, als

ook het trainen van de schoolmedewerkers in de gespreksvoering en het scholen van jeugdartsen in M@ZL. Daarna is het van belang om geld te reserveren voor monitoring.

Inzet jeugdarts

De inzet van de jeugdarts in het kader van M@ZL is een extra taak (valt buiten het Basispakket JGZ), waarvoor extra betaald moet worden. Als 3% van de leerlingen wordt aangemeld per jaar, dus op een school van 1.000 studenten: 30 studenten. Per bij de jeugdarts aangemelde mbo-student rekenen we 3 uur voor een consult en overleg met de jeugdarts. Daarnaast wordt er 14 uur per jaar per school berekend aan ondersteuning van implementatie, inclusief evaluatie, van de interventie op de school door de jeugdarts. Verder wordt er 10 uur per jaar per school berekend aan consultatie, bijvoorbeeld als de school met de jeugdarts overlegt om een verwijzing te overwegen. Kosten voor inzet van de jeugdarts per 1.000 studenten: 114 uren arts a €115 = €13,11 per ingeschreven student.

3. Onderbouwing

Probleem

Het is van maatschappelijk belang dat frequent of langdurig schoolverzuim onder jongeren wordt aangepakt, aangezien dit geassocieerd is met dalende schoolprestaties en meer schooluitval (Kearney, 2008). Nederlands onderzoek toont aan 40% van de adolescenten en jongvolwassenen zich maandelijks of meerdere dagen per maand ziek melden (RIVM, 2019). Ziekteverzuim gaat in meer dan de helft van de gevallen gepaard met psychosociale problemen, slaapproblemen en leefstijlproblemen in plaats van dat het gerelateerd is aan een specifieke aandoening (Vanneste et al., 2015). Schoolgerelateerde factoren, zoals studiedruk, zijn ook te linken met ziekteverzuim (Vanneste et al., 2016). Jongeren met meer schoolverzuim, als gevolg van ziekte of spijbelen, rapporteerden een lagere gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven (van den Toren, Van Grieken, & Raat, 2019). Zo gaat ziekteverzuim gepaard met meer emotionele- en gedragsproblemen, meer fysieke klachten en dalende schoolprestaties (Vanneste et al., 2015; Lenzen et al., 2013; Gottfried, 2011). Ernstig ziekteverzuim kan uiteindelijk mogelijk leiden tot vroegtijdig schoolverlaten (Gubbels, van der Put, & Assink, 2019). Onderzoeksgegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) tonen aan dat 7,5% van de jongeren tussen 18-25 jaar de school voortijdig verlaat, waarvan 64% mannen en 36% vrouwen (CBS, 2019). Studenten die vroegtijdig school verlaten zijn kwetsbaarder bij het vinden van een baan (Harbers & Hoeymans, 2013), hebben lagere inkomsten, komen vaker in aanmerking met politie en hebben een verminderde gezondheid vergeleken met leeftijdsgenoten met basiskwalificatie (Kearney, 2008; Berzin, 2010; Maynard et al., 2017; Lansford et al., 2016; Traag, Marie & Van der Velden, 2010). Ziekteverzuim en vroegtijdig schoolverlaten kan voorkomen worden door vroegsignalering van studenten die zich ziek melden, om vervolgens te kijken in hoeverre extra ondersteuning nodig is.

Literatuur over (voorkomen van) schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten benadrukt vooral de voorkeur voor een integrale aanpak (Christenson, 2004; Smink & Reimer, 2005). Echter, beleid dat zich richt op een integrale aanpak van ziekteverzuim ontbreekt en richt zich vooral op aanscherpen spijbelbeleid, leerproblemen, voorkomen van onderwijsachterstanden etc. (de Baat, 2012). Bij de aanpak van ziekteverzuim is expertise op het gebied van gezondheidsproblemen en daaraan gerelateerde psychosociale problematiek gewenst, evenals het werken vanuit het brede biopsychosociale kader. Beiden vormen de basis voor het werk van de jeugdarts (Stahl, 2011; Adolfsson, 2011). M@ZL is een interventie met de focus op het aanpakken van ziekteverzuim en de mentale en fysieke factoren die geassocieerd zijn met ziekteverzuim, waar de samenwerking met school en de jeugdarts een belangrijk rol in speelt.

Oorzaken

Verschillende factoren op zowel individueel als schoolniveau kunnen ziekteverzuim en vroegtijdig schoolverlaten veroorzaken. Op individueel niveau speelt de verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte een belangrijke rol. De verzuimnoodzaak wordt vooral bepaald door de ziektebeleving. Er zijn verschillen waar te nemen in de medische legitimiteit: wanneer kan iemand daadwerkelijk als ziek worden beschouwd? Het gaat hierbij niet alleen om lichamelijke en psychische klachten, ook psychosociale factoren kunnen een rol spelen. Denk hierbij aan slaapproblemen, relationele problemen op school of thuis, schooldruk, motivatieproblemen, problemen met het rooster en de inhoud van de lessen op school

(Vanneste, 2015; Vanneste, 2016; Vanneste, Feron, Van Mook, & De Rijk, 2017). Schoolverzuim zou ook een resultaat kunnen zijn van schoolverwijdering (waardoor vooral verzuimbehoefte ontstaat). Bovendien worden studenten vaak gestraft als gevolg van schoolverzuim. Dit kan verder leiden tot meer negatieve gedachten over het belang om te investeren in school en mogelijk leiden tot meer schoolverwijdering en schoolverzuim (Archambault, Janosz, Fallu, & Pagini, 2009; Finn, 1989). Daarnaast zou schoolverzuim ook het gevolg kunnen zijn van het feit dat de student een verkeerde studiekeuze heeft gemaakt en het niet naar zijn of haar zin heeft op school. Achter een ziekmelding kunnen verder ook leefstijlproblemen schuil gaan, bijvoorbeeld een verslaving, weinig beweging, slechte voeding etc. Het is dus van belang om te luisteren naar het gehele verhaal en de achterliggende redenen. Ziekteverzuim kan ook voorkomen worden als er in het algemeen een goede sfeer is in de klas en het rooster aansluit bij de mogelijkheden en interesses van de studenten (Vanneste et al., 2017).

Ook speelt de verzuimgelegenheid een grote rol. Op schoolniveau heeft dit betrekking op de ziekmeldprocedure; kan de student zich bijvoorbeeld anoniem en gemakkelijk ziekmelden? Het ziekmelden van een mbo-student lijkt meer een reactie op een noodzaak, behoefte of gelegenheid te zijn, dan het resultaat van een bewust besluitvormingsproces. Daarnaast is het volgens studenten van belang dat ze het gevoel krijgen dat school hen serieus neemt. Het personaliseren van de procedures voor het ziekmelden en het tonen van interesse in plaats van controle kan dus mede van invloed zijn op het ziekteverzuim (Vanneste et al., 2017).

Aan te pakken factoren

Ziekteverzuim wordt teruggedrongen door terugdringing van de verzuimgelegenheid, en beperking van de verzuimnoodzaak en de verzuimbehoefte (zie ook figuur 3).

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

- Het maken van afspraken over het melden van ziekteverzuim door studenten
- Het contact opnemen met de ziek gemelde student door school
- Bekendheid met de nieuwe verzuimaanpak bij alle betrokkenen
- Monitoren van het verzuim en de re-integratie
- Aandacht voor ziekteverzuim door de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider
- De jeugdarts neemt deel aan het ZAT, en vraagt aandacht voor de interventie/ziekteverzuimbeleid.

De verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte worden beperkt door aandacht voor elke student bij ziekmelding, waardoor de binding met school wordt bevorderd. Bij 'zorgwekkend' ziekteverzuim geeft probleemanalyse duidelijkheid over de noodzaak en behoefte, waarna de (psychosociale en/of medische) zorg van de student geoptimaliseerd kan worden en de verzuimbehoefte kan worden teruggedrongen. Dit wordt ondersteund door het opstellen van een plan van aanpak.

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

Het aanpakken van deze factoren dragen uiteindelijk bij aan terugdringing van ziekteverzuim.

Verantwoording

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

1. Stakeholders: de eigen regie van het individu dient als uitgangspunt voor het werken binnen de bedrijfsgeneeskunde. We zijn echter van mening dat deze eigen regie van een student (nog) niet (altijd) verwacht mag worden.

2. Het zorgkarakter is de basis voor samenwerking. Bij de aanpak staat de zorg en het belang van de student centraal, met als gemeenschappelijk doel het behalen van een startkwalificatie. Dit doel is ook in belang van de school, die een zorgplicht heeft, en de jeugdarts, die tot taak heeft de groei en ontwikkeling van jongeren te optimaliseren. Uit ziekteverzuimonderzoek blijkt dat het hebben van een gemeenschappelijke doel de wederzijdse afhankelijkheid vergroot en daarmee positief bijdraagt tot de samenwerking (Hoefsmit, 2013).

3. Voor de inzet van de jeugdarts bij ziekteverzuim op school bestaat (nog) geen juridisch kader, in tegenstelling tot de inzet van de bedrijfsarts bij ziekteverzuim op de werkvloer. Vanuit praktijkervaringen en vanwege de analogie met de bedrijfsgeneeskunde sluiten we in deze interventie aan bij het beslissingsmodel uit de bedrijfsgeneeskunde (Philipsen, 1969; Veerman, 1993; De Rijk, 2013). We gebruiken dit model vanwege de herkenbaarheid van de te beïnvloeden factoren. Vanwege de eerder geschetste verschillen is dit model gemodificeerd. Het beslissingsmodel gaat uit van de relatie tussen het individu (student) en het werk (school) waar het gaat om besluitvormingsproces(sen) resulterend in ziekmelden en betermelden. In het model wordt er vanuit gegaan dat ziekteverzuim wordt bepaald door verzuimgelegenheid, verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte. Het doel van de interventie is een afname van het ziekteverzuim door het terugdringen van de verzuimgelegenheid, en beperking van de verzuimnoodzaak en de verzuimbehoefte. Door meer aandacht voor de ziek gemelde student (geen student blijft ongemerkt weg van school), en meer controle op ziekmelden, wordt de verzuimgelegenheid teruggedrongen. Door zicht op de achterliggende problematiek kunnen de verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte worden bepaald, en door het organiseren van passende zorg en onderwijs worden beperkt. Door de integrale aanpak over de scholen heen wordt ook preventief gewerkt door, bij overstap naar een andere MBO-school, de verzuimbehoefte op de 'nieuwe' school te voorkomen. Er wordt door scholen al veel gedaan om de binding met school te bevorderen. Deze interventie richt zich specifiek op het signaal dat door ziekteverzuim wordt afgegeven, om een volgende ziekmelding te voorkomen. De jeugdarts kan een cruciale rol spelen bij het onderscheid maken tussen verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte.

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

1. Bij verzuimgelegenheid gaat het om aspecten als formele regelgeving met betrekking tot verzuimmeldingen en consequenties van verzuim voor de studievoortgang en -stageplaats, verzuimcontroleprocedures, maar ook om aspecten als de verzuimcultuur binnen de opleiding. Controle staat hierin voorop.

2. De verzuimbehoefte verwijst vooral naar de waardering van en de binding met de opleiding of het werk/stageplaats: de inhoud van de studie en de mate waarin passend onderwijs/werk kan worden geboden, de motivatie voor de studie, de relatie met

docenten, stagebegeleider en medestudenten, en de mate waarin je onmisbaar bent. Verzuimbehoefte ontstaat vaak pas bij aanwezigheid van klachten. Op het moment dat je je 'niet lekker' voelt gaan de aspecten van verzuimbehoefte een rol spelen bij je beslissing om wel of niet thuis te blijven. Verzuimbehoefte wordt niet door regelgeving afgedwongen.

3. Bij verzuimnoodzaak, die vooral wordt bepaald door ziektebeleving, spelen naast biomedische aspecten zoals ziekte, ook psychologische en sociale aspecten een rol. Denk bij psychologische aspecten bijvoorbeeld aan 'coping mechanismen', en bij sociale aspecten bijvoorbeeld aan overdrachtsmechanismen, kopieer- en voorbeeldgedrag en lage sociaal economische status. Al deze factoren zijn van invloed op het ontstaan, het verloop en de beleving van ziekte en klachten. Vanuit het systeemdenken, terug te vinden in het biopsychosociale model, doet het hele systeem mee. Dit houdt in dat er altijd aandacht is voor de opgroeisituatie en sociale omgeving van de jongere, en dat hierbij ouder(s) zo veel mogelijk betrokken dienen te worden. Door het beïnvloeden van de verzuimgelegenheid (meer controle), -noodzaak en -behoefte (een vertaalslag naar noodzakelijke zorg en aanpassingen) kan het ziekteverzuim verlaagd worden (Staal, 2013).

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

Om zicht te krijgen op de factoren die een rol spelen bij de verzuimnoodzaak en verzuimbehoefte maakt de jeugdarts gebruik van het ICF-CY (International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth). Het ICF-CY is een classificatiesysteem waarmee het functioneren van jongeren kan worden beschreven vanuit verschillende perspectieven. In dit model wordt, naast biomedische aspecten, ook veel aandacht besteed aan contextuele factoren. De ICF-CY legt de nadruk op het bevorderen van de participatie. De domeinen van de ICF-CY kunnen vervolgens op verschillende niveaus gebruikt worden binnen de interventie: 1. De professionele probleeminventarisatie, 2. Outcome measurements, en 3. De inzet van deelinterventies. Vervolgens kan ICF-CY gebruikt worden in de longitudinale follow-up om het functioneren van de jongeren te evalueren in het kader van de volgverantwoordelijkheid van de JGZ.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Procesevaluatie ontwikkeling M@ZL MBO (2013)

- a. Van januari tot juli 2013 heeft een pilot plaatsgevonden, begeleid door onderzoek. Het betreft een interne, niet gepubliceerde rapportage (GGD West-Brabant, 2013).
- b. Het begeleidende onderzoek betrof een behoefteanalyse en een procesevaluatie. De onderzoeksmethode bestond uit focusgroep bijeenkomsten met de uitvoerders van de interventie. Het doel van de pilotfase was ervaring opdoen met het regelen van toegankelijk zorgaanbod en sluitende zorg in geval van ziekteverzuim op het MBO. Vragen als 'Hoe doen we dat?', 'Behoeft de werkwijze M@ZL zoals beschreven voor het voortgezet onderwijs bijstelling?' en 'Wat hebben we nodig?' vormden een uitgangspunt bij de eerste bijeenkomst. Bij de tweede en derde bijeenkomst werden deze vragen besproken, ook aan de hand van ervaringen met verwijzing en (cijfermatige) input. Ook de vraag 'Wat maakt dat deze interventie wel of niet gaat werken?' stond centraal. Het antwoord op deze vraag gaf zicht op de succes- en faalfactoren.
- c. Relevante resultaten:
 - Zicht op de barrières voor verwijzing naar de jeugdarts. Er is bij SLB-ers onduidelijkheid over
 - de meerwaarde van de jeugdarts en
 - over hun mogelijkheden om de student te 'verplichten' gehoor te geven aan de uitnodiging voor dit consult.
 - Zicht op succes- en faalfactoren:
 - Faalfactoren:
 - Geen prioritering, waardoor er geen middelen (tijd) worden vrijgemaakt om de interventie te implementeren.
 - Geen toegang tot het aanwezigheidsregistratiesysteem.
 - Geen cultuur waarbij de student werkelijk centraal staat. Het is niet alleen belangrijk 'elke student telt!' met de mond belijden, maar ook dit beleid door te voeren in de hele organisatie.
 - Geen goede afbakenen van verantwoordelijkheden, van de uitvoerenden, de student en de ouders.
 - Er wordt niet uitgedragen dat de aanpak werkt wordt vanuit zorg voor de student.
 - Succesfactoren:
 - Reële verwachtingen hebben over de 'winst'.
 - Meer begrip, minder frustratie en inzicht in redenen waarom de student een opleiding verlaat, is ook 'winst'.
 - Draagvlak binnen de organisatie. Iedereen moet het gaan doen.
 - Duidelijkheid over de meerwaarde, van zowel M@ZL als de jeugdarts.
 - Goede communicatie, elkaar bevragen en aanspreken, consulteren: samen doen!
 - Een verzuimcultuur waarin wordt uitgestraald dat verzuim altijd gemeld wordt, en dat het ook bij ziekteverzuim

'normaal' is dat gevraagd wordt naar achterliggende redenen.

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

Procesevaluatie toepassing M@ZL MBO (2020)

- a. Van den Toren, S.J., Franse, C.B., Vanneste Y.T.M., Bannink, B., Lugtenberg, M., De Kroon, M.L.A., Mulder, W.C., Van Grieken, A. & Raat, H. (2020). Addressing sickness absence among vocational education students: a controlled before-and-after evaluation of the Medical Advice for Sick-reported Students (MASS) intervention. *Submitted*.
- b. De interventie M@ZL is op het MBO geëvalueerd onder studenten en jeugdartsen o.a. door middel van vragenlijsten. Jeugdartsen vulden in totaal 35 evaluatieformulieren in, waarvan er 18 afkomstig waren van consulten met studenten die ook de baseline vragenlijst hadden ingevuld en die voldeden aan de criteria van zorgwekkend ziekteverzuim.
- c. De mbo-studenten gaven een relatief hoge beoordeling aan het gesprek met de jeugdarts in het kader van M@ZL, namelijk een 8,3. De toepassing van de interventie M@ZL wordt als (heel) zinvol ervaren door jeugdartsen, evenals de toepassing van het biopsychosociale model en de zelfredzaamheidsmatrix:

Tevredenheid met de M@ZL interventie

- Uit 97,1% van de ingevulde evaluatieformulieren bleek dat de toepassing van de M@ZL interventie als heel zinvol tot zinvol werd ervaren.
- Uit 87,9% van de ingevulde evaluatieformulieren bleek dat de toepassing van het biopsychosociale model als heel zinvol tot zinvol werd ervaren.
- Uit 74,3% van de ingevulde evaluatieformulieren bleek dat de toepassing van de zelfredzaamheidsmatrix als heel zinvol tot zinvol werd ervaren.

Gebruik van de M@ZL interventie

- in alle gevallen (100%, 29/29) heeft de school contact opgenomen met de student in verband met zijn of haar ziekteverzuim
- de school heeft in 28 van de 29 gevallen (96,6%) verklaard wat de toegevoegde waarde is van een consult met de jgz-professional
- de school heeft in 31 van de 35 gevallen (88,6%) een reïntegratieplan opgesteld samen met de student.
- de jeugdarts communiceert de afspraken die gemaakt zijn met de student altijd (100%) met school.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Effectstudie M@ZL mbo

- a. Van den Toren, S.J., Franse, C.B., Vanneste Y.T.M., Bannink, B., Lugtenberg, M., De Kroon, M.L.A., Mulder, W.C., Van Grieken, A. & Raat, H. (2020). Addressing sickness absence among vocational education students: a controlled before-and-after evaluation of the Medical Advice for

Sick-reported Students (MASS) intervention. *Submitted.* .

- b. Een gecontroleerde voor- en nameting is uitgevoerd op mbo-scholen in Nederland. De scholen zijn verdeeld in een interventie- of controlegroep, afhankelijk of de school de M@ZL interventie heeft geïmplementeerd (interventiegroep) of niet (controlegroep). Interventiescholen bieden actieve ondersteuning voor studenten met ziekteverzuim, inclusief een consult met jeugdarts indien nodig. Scholen in de controlegroep bieden hulp zoals gebruikelijk, zonder structurele inzet van de jeugdarts. Data is verzameld door een vragenlijst uit te zetten onder studenten in beide groepen met verhoogd ziekteverzuim. In de interventiegroep is na ieder consult met een jeugdarts een vragenlijst ingevuld door zowel de student als de jeugdarts. Primaire uitkomstmaten zijn aantal dagen verzuim vanwege ziekte, mate waarin onderwijs bij een student past en ervaren schoolprestaties. Secundaire uitkomsten meten mentaal, fysiek en sociaal welbevinden van de studenten door middel van een aantal indicatoren, zoals depressieve symptomen. Uiteindelijk konden 287 participanten in de interventiegroep en 221 participanten in de controlegroep bij de nulmeting geïnccludeerd worden. Bij de nameting na 6 maanden vulden in totaal 200 participanten (81 participanten in de interventiegroep en 119 participanten in de controlegroep) de vragenlijst in.
- c. In totaal deden 200 participanten mee aan de voor- en nameting, met een gemiddelde leeftijd van 18,6 jaar (SD 2,02), waarvan 78,5% vrouw was. De mbo-studenten van de interventiescholen rapporteerden minder ziekteverzuim ($\beta = -1.13$, 95% CI = -2.22; - 0.05, $p < 0.05$) en minder depressieve klachten ($\beta = -4.11$, 95% CI = -7.06—1.17, $p = .006$), $p < 0.05$) dan de mbo-studenten op de controlescholen. Op overige uitkomsten werden geen verschillen tussen de mbo-studenten gevonden ($p > 0.05$). De resultaten van het project lieten verder zien dat het hebben van hoofdpijn de meest genoemde reden voor verzuim was. Conclusie: De M@ZL interventie laat een daling van ziekteverzuim en depressieve klachten bij mbo-studenten zien.

Effectstudie M@ZL op het VO

- a. 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
- b. 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.
- c. 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 M@ZL op het vo 22 verzuimfrequentie was afgenomen van 3,9 naar 2,5 (na 3 maanden) naar 2,2 (na 12 maanden) keren ziek gemeld 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 ziek gemeld in 12 schoolweken tijd. Na 12 maanden bleek de gemiddelde verzuimfrequentie toegenomen naar 3,7 keren ziek gemeld 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 voleerlingen 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.

5. Samenvatting Werkzame elementen

De werkzame elementen van M@ZL zijn:

Een verzuimcultuur waarin wordt uitgestraald:

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

1 = duidelijke ziekmeldprocedure

2 = contact door school na ziekmelding

3 = verzuimgesprek door school bij 'zorgwekkend' ziekteverzuim

4 = consult door de jeugdarts

5 = plan van aanpak

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

7 = melden bij de leerplichtambtenaar of trajectbegeleider

8 = heldere communicatie op schoolniveau

6. Aangehaalde literatuur

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

Archambault, I., Janosz, M., Fallu, J. S., & Pagani, L. S. (2009). Student engagement and its relationship with early high school dropout. *Journal of Adolescence*, 32(3), 651-670.

Berzin, S. C. (2010). Vulnerability in the transition to adulthood: Defining risk based on youth profiles. *Children and Youth Services Review*, 32(4), 487-495.

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

CBS (2020). Cijfers voortijdig schoolverlaters (vsv). Opgehaald van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82381NED/table?ts=1582722279120>

Dam, P., & Prinsen, B. (2013). Rapport 'Investeren in opvoeden en opgroeien loont!' www.vka.nl. Derriks, M., Kat, E. de, Voncken, E. (2008). Rapport Iedereen bij de les! Externe evaluatie pilots 100% actie terugdringen VSV. FMG: Research Institute Child Development and Education (CDE). Binnengehaald op 21 september 2013 van <http://dare.uva.nl/record/306983>.

De Rijk, A. (2013). Handbook of Work Disability: Prevention and management. *Work Disability Theories: a taxonomy for researchers*, (pp 475-513). Springer Science + Business Media New York. Durlak, J.A. (1997). Successful prevention programs for children and adolescents. New York/London: Plenum Press.

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

Finn, J. D. (1989). Withdrawing from school. *Review of Educational Research*, 59(2), 117-142.

Gottfried, M.A. (2011). The Detrimental Effects of Missing School: Evidence from Urban Siblings. *American Journal of Education*. 117(2): p. 147-182.

Gubbels, J., C.E. van der Put, and M. Assink, Risk Factors for School Absenteeism and Dropout: A Meta-Analytic Review. *Journal Youth Adolescence*, 2019. 48(9): p. 1637-1667.

Harbers, M.M. & Hoeymans, N. (2013). Gezondheid en maatschappelijke participatie: Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Opgehaald van: <https://www.rivm.nl/publicaties/gezondheid-en-maatschappelijke-participatie-themaport-volksgezondheid-toekomst>

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

- Kearney, C. A. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 451-471.
- Lansford, J.E., et al. (2016). A Public Health Perspective on School Dropout and Adult Outcomes: A Prospective Study of Risk and Protective Factors From Age 5 to 27 Years. *Journal of Adolescent Health*. 58(6): p. 652-8.
- Lenzen, C., Fischer, G., Jentsch, A., Kaess, M., Parzer, P., Carli, V., ... Brunner, R. (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]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 62(8), 570-582. doi: 10.13109/prkk.2013.62.8.570
- Maynard, B.R., et al., Truancy in the United States: Examining temporal trends and correlates by race, age, and gender. *Children and Youth Services Review*, 2017. 81: p. 188-196.
- Philipsen, H. (1969). Afwezigheid wegens ziekte. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen. WoltersNoordhoff.
- RIVM. (2019). Gezondheidsmonitor jeugd. Geraadpleegd via: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/gezondheidsmonitor-jeugd/schoolverzuim#!node-schoolverzuim-door-ziekte-middelbare-scholieren-klas-2-en-klas-4-ggd-regio>
- Smink, J., & Reimer, M.S. (2005). Fifteen effective strategies for improving student attendance and truancy prevention. US: Clemson: National Dropout Prevention Center. Binnengehaald op 21 september 2013 van <https://www.dpi.state.nd.us/title1/progress/present/15ways.pdf>.
- Smulders, P.G.M., & Veerman, T.J. (1990). Handboek ziekteverzuim. Gids voor de bedrijfspraktijk. 's-Gravenhage: DELWEL.
- Staal, J.B., Oostrom, A. H. van, Anema, J.R., Uegaki, K., Gross, D.P., & Young, A.E. (2013). Handbook of Work Disability: Prevention and management. Effective Work Disability Prevention Interventions, (pp 317-423). Springer Science + Business Media New York.
- Stahl, Y., Granlund, M., Gäre-Andersson, B., & Enskar, K. (2011). Mapping of children's health and development data on population level using the classification system ICF-CY. *Scandinavian Journal of Public health*, 39,51-57. Theil, A., Verkerk, P., & Buiting, E. (2007). Snel terug naar school. Begeleiding jongeren met onbegrepen lichamelijke klachten moet beter. *Med Contact*, 62, 31-2.
- Traag, T., Marie, O., & Velden, R. van der. (2010): Risicofactoren voor voortijdig schoolverlaten en jeugdcriminaliteit: relatie VSV en jeugddelinquentie. Binnengehaald op 21 september 2013 van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/131FADA3-2E22-4E51-9A91-6BB53E1E0895/0/2010k2b15p55art.pdf>.
- Van den Toren, S. J., van Grieken, A., Mulder, W. C., Vanneste, Y., Lugtenberg, M., de Kroon, M. L., ... & Raat, H. (2019). School Absenteeism, Health-Related Quality of Life

[HRQOL] and Happiness among Young Adults Aged 16–26 Years. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3321.

Van den Toren, S.J., Franse, C.B., Vanneste Y.T.M., Bannink, B., Lugtenberg, M., De Kroon, M.L.A., Mulder, W.C., Van Grieken, A. & Raat, H. (2020). Addressing sickness absence among vocational education students: a controlled before-and-after evaluation of the Medical Advice for Sick-reported Students (MASS) intervention. *Submitted*

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

Vanneste, Y. (2013). Attitudes towards addressing medical absenteeism in secondary school. (aangeboden aan J Public Child Welfare). Woolf, S.H., Johnson, R.E., Philips, R.L., & Philipsen, M. (2007). Giving Everyone the Health of the Educated: An Examination of Whether Social Change Would Save More Lives Than Medical Advances. *American Journal of Public Health*, 97(4), 679-83.

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

Vanneste, Y., Feron, F. J., van Mook, M. A., & de Rijk, A. (2017). Towards a better understanding of sickness absence in adolescence: A qualitative study among Dutch intermediate vocational education students. *BioMed Research International*. doi: 10.1155/2017/1064307

7. Praktijkvoorbeeld

In de [introductiefilm](#) komen praktijkvoorbeelden aan bod die betrekking hebben op de uitvoering van de M@ZL interventie. Zowel een mbo student, leerkracht, zorgcoördinator, ouder als jeugdarts komen in dit filmpje aan het woord.

Casuïstiek –Voorbeelden uit de praktijk!

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

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

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

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

begrip voor haar thuissituatie krijgt ze van school meer tijd om haar verplichtingen ten aanzien van de schoolvorderingen na te komen.

Paul is 18 jaar en verzuimt veel van school. Hij meldt zich ziek, maar school vermoedt motivatieproblemen. Bij navraag blijft Paul zich verschuilen achter zijn lichamelijke klachten. Hij zegt naar de huisarts te gaan, die hem, zo vertelt Paul, wil doorverwijzen naar de specialist. Omdat het allemaal erg lang duurt vraagt de school toch een consult aan bij de jeugdarts. De jeugdarts overlegt, met toestemming van Paul, met de huisarts. Dan blijkt dat hij de huisarts nog niet bezocht heeft vanwege de klachten. Als de jeugdarts hem daarmee confronteert komt de aap uit de mouw: Paul wil helemaal niet naar de bakkersopleiding, maar durft het thuis niet te vertellen. Zijn vader wil dat hij het bedrijf overneemt. Dit wordt met de ouders besproken. Samen met school wordt naar een oplossing gezocht.

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 & Bewegen, 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.

