

Tilburg University

Medische Advisering Ziekgemelde Leerling door jeugdarts (M@ZL). Ontwikkeling van een interventie

Vanneste, Y.; Rots, C.; van de Goor, L.A.M.; Feron, F.

Published in:

TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen

Publication date:

2012

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Vanneste, Y., Rots, C., van de Goor, L. A. M., & Feron, F. (2012). Medische Advisering Ziekgemelde Leerling door jeugdarts (M@ZL). Ontwikkeling van een interventie. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 90(7), 412-419.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Medische Advisering Ziekgemelde Leerling door de jeugdarts (M@ZL)

Ontwikkeling van een interventie

Yvonne Vanneste,^{1,2,3} Carin Rots,^{1,2} Ien van de Goor,² Frans Feron³

Sociaal economische gezondheidsverschillen kunnen worden gereduceerd door het verminderen van gezondheidsrisico's en het verhogen van onderwijskansen. Bij dit laatste is omvangrijk schoolverzuim een risicofactor. Door aandacht te besteden aan schoolverzuim wegens ziekte levert de jeugdgezondheidszorg een bijdrage aan de gezondheid, het welbevinden en de onderwijskansen van jongeren en daarmee aan het terugdringen van sociaal economische gezondheidsverschillen. De GGD West-Brabant heeft in een pilot de interventie M@ZL (Medische Advisering Ziekgemelde Leerling) voor de aanpak van ziekteverzuim door scholieren in het voortgezet onderwijs ontwikkeld. In dit artikel worden methodiek en pilotresultaten beschreven. Van de leerlingen met omvangrijk ziekteverzuim werd 98% bereikt door de jeugdarts of de leerplichtambtenaar; 50% had lichamelijke klachten, veel leerlingen hadden psychosociale problemen. Bij 63% van de leerlingen die in het begeleidingstraject kwamen nam de verzuimomvang af. Het ziekteverzuim op schoolniveau nam af met gemiddeld 1,1 ziekte dagen per leerling per schooljaar. Uit de pilot wordt voorlopig geconcludeerd dat de interventie M@ZL veelbelovend is voor het terugdringen van ziekteverzuim op het voortgezet onderwijs. Er worden aanknopingspunten voor verdere ontwikkeling gegeven.

Trefwoorden: jeugdgezondheidszorg, ziekteverzuim, voortgezet onderwijs, voortijdig schoolverlaten, schoolverzuim

INLEIDING

Bij schoolverzuim maken we onderscheid tussen geoorloofd en ongeoorloofd verzuim. Afwezigheid na ziektemelding is de meest voorkomende vorm van geoorloofd schoolverzuim. Onderzoek wijst uit dat het totale schoolverzuimpercentage 7,9 % bedraagt (bij 'tellen in de klas' is 7,9% van de leerlingen op het moment van de telling afwezig). Bij bijna de helft (49%) van deze leerlingen is ziekte de opgegeven reden van afwezigheid.¹

Sinds 1990 is er veel (inter)nationale aandacht voor het terugdringen van voortijdig schoolverlaten (het verlaten van de school zonder diploma) en de relatie met schoolverzuim. Omvangrijk schoolverzuim kan leiden tot een stagnerende (leer)ontwikkeling, met als mogelijk gevolg uitstroom naar een lager onderwijsniveau of het niet behalen van een schooldiploma. Determinanten van voortijdig schoolverlaten zijn schoolverzuim en slechte schoolprestaties.²⁻¹⁰ Het herkennen van schoolverzuim

leidt tot vroegsignalering van kinderen met risico voor voortijdig schoolverlaten.²

Een schooldiploma geeft een betere uitgangspositie in de maatschappij: meer kans op het krijgen van duurzaam geschoold werk en een eigen plek in de samenleving, met minder kans op sociale uitsluiting en op de ontwikkeling van criminaliteit.¹¹ Daarnaast is opleiding een goede voorspeller van gezondheid.¹²⁻¹⁴ Een lager opleidingsniveau is sterk geassocieerd met hogere sterftecijfers, verhoogd risicogedrag (roken, overgewicht, bewegingsarmoede) en een hogere prevalentie van chronische gezondheidsproblemen en van de meeste psychische problemen.¹⁵ In de literatuur wordt gesuggereerd dat het investeren in het verbeteren van opleidingsniveau meer levens kan sparen dan de medische vooruitgang.¹⁶ Bovendien is er ook in omgekeerde richting een causale relatie: gezondheid en welbevinden zijn van invloed op schoolprestaties¹⁷ en op voortijdig schoolverlaten. Het optimaliseren van onderwijskansen voor alle jongeren is daarom ook een maatschappelijk relevante verantwoordelijkheid van de publieke gezondheidszorg.

In de literatuur wordt gewezen op zowel de individuele, als de maatschappelijke en economische belangen

¹ GGD West-Brabant, Breda

² Tranzo, Tilburg University, Tilburg

³ CAPHRI - Sociale Geneeskunde, Maastricht University, Maastricht

van het volgen van een goede opleiding.^{18,19} Ter versterking van de Europese economie maakten de landen van de EU in 2000 in Lissabon afspraken over het reduceren van het aantal voortijdig schoolverlaters. Dit heeft in Nederland geleid tot de invoer van de startkwalificatie (een havo of vwo-diploma of een mbo-diploma vanaf niveau 2) en de 'Aanval op de uitval': een pakket van extra maatregelen om schooluitval actief te bestrijden. De maatregelen zijn vooral gericht op het 'bij de les houden' van jongeren door controle op het ongeoorloofde schoolverzuim.

Knelpunten bij de aanpak van schoolziekteverzuim

Omvangrijk schoolziekteverzuim blijft bij de school vaak onopgemerkt omdat er onvoldoende aandacht is voor adequate gegevensaggregatie op leerlingniveau. Het tijdig in gesprek gaan met ouders en leerling bij langdurige of frequente afwezigheid na ziekmelding is daardoor niet mogelijk. In de praktijk blijkt dat de school het vaak lastig vindt om met de leerling en ouders het schoolziekteverzuim te bespreken vanwege de vertrouwensrelatie met de ouders en het ontbreken van medisch inzicht en mogelijkheden voor overleg met behandelaars.

De jeugdarts heeft wel de medische expertise, maar deze wordt slechts beperkt benut. Dit komt enerzijds doordat een bezoek aan de jeugdgezondheidszorg (JGZ) vrijblijvend is, waardoor bepaalde leerlingen niet worden bereikt. Anderzijds komt dit omdat er geen afspraken zijn gemaakt 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. Voor een goede verzuimbegeleiding is dit van groot belang.

De leerplechtambtenaar heeft geen wettelijke taak bij geoorloofd ziekteverzuim en mist medische expertise om een vermoeden van ongeoorloofd ziekteverzuim vast te stellen.

De aanpak van schoolziekteverzuim is al langere tijd een prioriteit voor de afdelingen Jeugdgezondheidszorg van de GGD-en. De GGD West-Brabant heeft een methodiek ontwikkeld om leerlingen met omvangrijk ziekteverzuim te signaleren en te bereiken. De interventie is onderwerp van een pilot study geweest. Er is nagegaan of, en welk effect er van een dergelijke aanpak te verwachten valt.

In het schooljaar 2007/2008 is een pilot gedaan met de methodiek M@ZL op twee schoollocaties van een vmbo-school, de hoofdlocatie (759 leerlingen) en de zorglocatie (283 leerlingen). De evaluatie van de pilot was gericht op het bereik, de uitvoering, de cliënttevredenheid en de

Kernpunten

- De inbreng van de jeugdgezondheidszorg bij schoolverzuim wegens ziekte bevordert de participatie van jongeren in het onderwijs.
- Dit kan bijdragen aan het reduceren van sociaal economische gezondheidsverschillen.
- Accurate inventarisatie van de context van ziekteverzuim biedt de mogelijkheid tot proactieve preventie en gepersonaliseerde jeugdgezondheidszorg.
- De resultaten uit deze studie bieden goede aanknopingspunten voor doorontwikkeling van de interventie M@ZL.
- Verder onderzoek is noodzakelijk om de interventie evidence-based en overdraagbaar te maken.

beoogde effecten. In de procesevaluatie is onderzocht hoe de uitvoering is verlopen en wat het bereik was. In de effectmeting is gekeken naar afname van de omvang van het ziekteverzuim op schoolniveau en leerlingniveau.

Onderzoeksvragen en -methoden

De vraagstellingen van de pilot waren:

Ten aanzien van het bereik en de (bereikte) doelgroep:

- Wat is het bereik van de interventie en wat zijn de

kenmerken van de bereikte doelgroep?

- Wat zijn de bevindingen en acties van de jeugdarts?
- Wat zijn de acties van de leerplechtambtenaar?

Ten aanzien van de uitvoering van de interventie:

- Hoe wordt de werkwijze M@ZL gewaardeerd door de vier uitvoerende partijen?
- Welke knelpunten worden ervaren bij de uitvoering van M@ZL?

Ten aanzien van de cliënttevredenheid:

- Hoe tevreden zijn de leerlingen en hun ouders over de aandacht voor ziekteverzuim en het consult van de jeugdarts?

Ten aanzien van het effect:

- Is het ziekteverzuim op schoolniveau afgenomen?
- Is het ziekteverzuim op individueel niveau afgenomen?

M@ZL

M@ZL (Medische Advisering Ziekgemelde Leerling) is in 2007 en 2008 ontwikkeld door de GGD West-Brabant, de afdeling leerplechtzaken van de gemeente Breda en een regionale vmbo-school. M@ZL staat voor een integrale aanpak van schoolziekteverzuim met een heldere positionering van de drie betrokken partijen, inbedding van ziekteverzuimbegeleiding in de zorgstructuur van de school en criteria om de jeugdarts in te schakelen.

De doelstelling van M@ZL is het terugdringen van ziekteverzuim en in het verlengde daarvan van voortijdig schoolverlaten. Dit wordt bewerkstelligd door het vroeg signaleren en tijdig in contact brengen met de jeugdarts van leerlingen die meer dan gemiddeld wegens ziekte verzuimen van school. Door het achterhalen van de redenen achter de ziekmelding kan op de juiste manier worden geïntervenieerd. Daardoor kan zorg op maat geboden worden en kan hulpverlening worden ingezet, waardoor het ziekteverzuim wordt begrensd. Hierin ligt de toegevoegde waarde van de jeugdarts.

De school neemt in haar schoolreglement op dat de jeugdarts als medisch adviseur optreedt bij omvangrijk schoolziekteverzuim. De school registreert de ziekmeldingen en aggregeert de momentane ziekmelding op leerlingniveau. Criteria voor aanmelding bij de jeugdarts

zijn meer dan zes schooldagen aaneengesloten of meer dan zestien (min of meer losse) uren per vier schoolweken afwezig na ziekmelding. De jeugdarts kan gezondheidsklachten beoordelen, in overleg treden met behandelaars in de eerste- of tweedelijns gezondheidszorg en heeft als generalistische specialist van het kind aandacht voor de interactie van de jongere met de omgeving. De jeugdarts maakt samen met ouders en leerling een probleemanalyse van de verzuimredenen en een vertaalslag van ziekte, klachten of problemen naar mogelijkheden. De jeugdarts doet een uitspraak over 'de mogelijkheid om al dan niet (volledig) deel te kunnen nemen aan de lessen', vanaf het moment van het consult, en stelt zo nodig een reïntegratieadvies op. Gewenste begeleiding of acties vanuit de school kunnen onderdeel zijn van dit advies. Dit wordt met de school kortgesloten. Het advies wordt indien gewenst in het Zorg Advies Team (ZAT) van de school besproken en meegenomen in het begeleidingstraject vanuit de school. Indien nodig regelt de jeugdarts (para)medische zorg voor of externe begeleiding van de leerling.

Als de ouders en leerling geen informatie willen verschaffen, niet mee willen werken aan het oplossen of terugdringen van het verzuim, of als zij niet verschijnen op het spreekuur van de jeugdarts, adviseert de jeugdarts aan de school het ziekteverzuim om te zetten in 'mogelijk ongeoorloofd verzuim' en de leerling aan te melden bij de leerplichtambtenaar. Vervolgens is het de bevoegdheid van de leerplichtambtenaar om de leerplicht te handhaven. Daarnaast biedt de GGD aan de leerplichtambtenaar de mogelijkheid om bij een onafhankelijk jeugdarts - niet de jeugdarts van de betreffende school - een medisch advies aan te vragen. De eigen jeugdarts van de school komt hierdoor niet in een rolconflict.

De school, de JGZ en de leerplichtambtenaar hebben zo elk een onderscheiden verantwoordelijkheid en taak bij de uitvoering (zie figuur 1). De school is de spil: zij signaleert de leerling met omvangrijk ziekteverzuim en meldt deze aan bij de jeugdarts of leerplichtambtenaar. Vervolgens monitort zij de leerling, nadat deze in het verzuimtraject is gekomen, ten aanzien van de omvang van het ziekteverzuim. De jeugdarts adviseert de school en de leerling/ouders bij omvangrijk ziekteverzuim. De leerplichtambtenaar handhaaft bij ziekteverzuim dat door de school wordt gemeld als 'mogelijk ongeoorloofd'. Er worden bindende afspraken gemaakt tussen zowel de GGD als de gemeente als de school.

ONDERZOEKSOPZET

Er werden diverse onderzoeksmethoden gebruikt (zie tabel 1). Om inzicht te krijgen in het verloop van de interventie werd gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews met de jeugdarts, de schoolcontactpersoon, de leerplichtambtenaar en de onafhankelijke jeugdarts.²⁰ Verder werd van elke bereikte leerling een registratieformulier door de jeugdarts ingevuld. Bij de school en de leerplichtambtenaar werden achteraf gegevens (leerlingenkenmerken en ondernomen acties) van de groep leerlingen opgevraagd. Om een indruk te krijgen van de mate van cliënttevredenheid werd een vragenlijst ontwikkeld, waarmee aan ouders en leerlingen een reactie werd gevraagd op een aantal stellingen over de interventie. Om de omvang van het ziekteverzuim op schoolniveau te bepalen werden bij zowel de interventieschool als de controleschool (een vmbo-school waar geen ziekteverzuimbegeleiding plaatsvond) het aantal uren ziekmelding van alle leerlingen over het schooljaar 2006-2007 (het schooljaar voorafgaand aan de invoer van de interventie, de nulmeting) en het schooljaar 2008-2009 (het schooljaar volgend op de start van de interventie) achteraf opgevraagd.

Om te onderzoeken of en in welke mate het ziekteverzuim was afgenomen bij de individuele leerlingen die ziekteverzuimbegeleiding kregen, werd nagegaan welk percentage van de leerlingen op twee maanden en vier maanden na het starten van het traject voldeed aan één van de criteria voor ziekteverzuimbegeleiding volgens de interventie M@ZL.

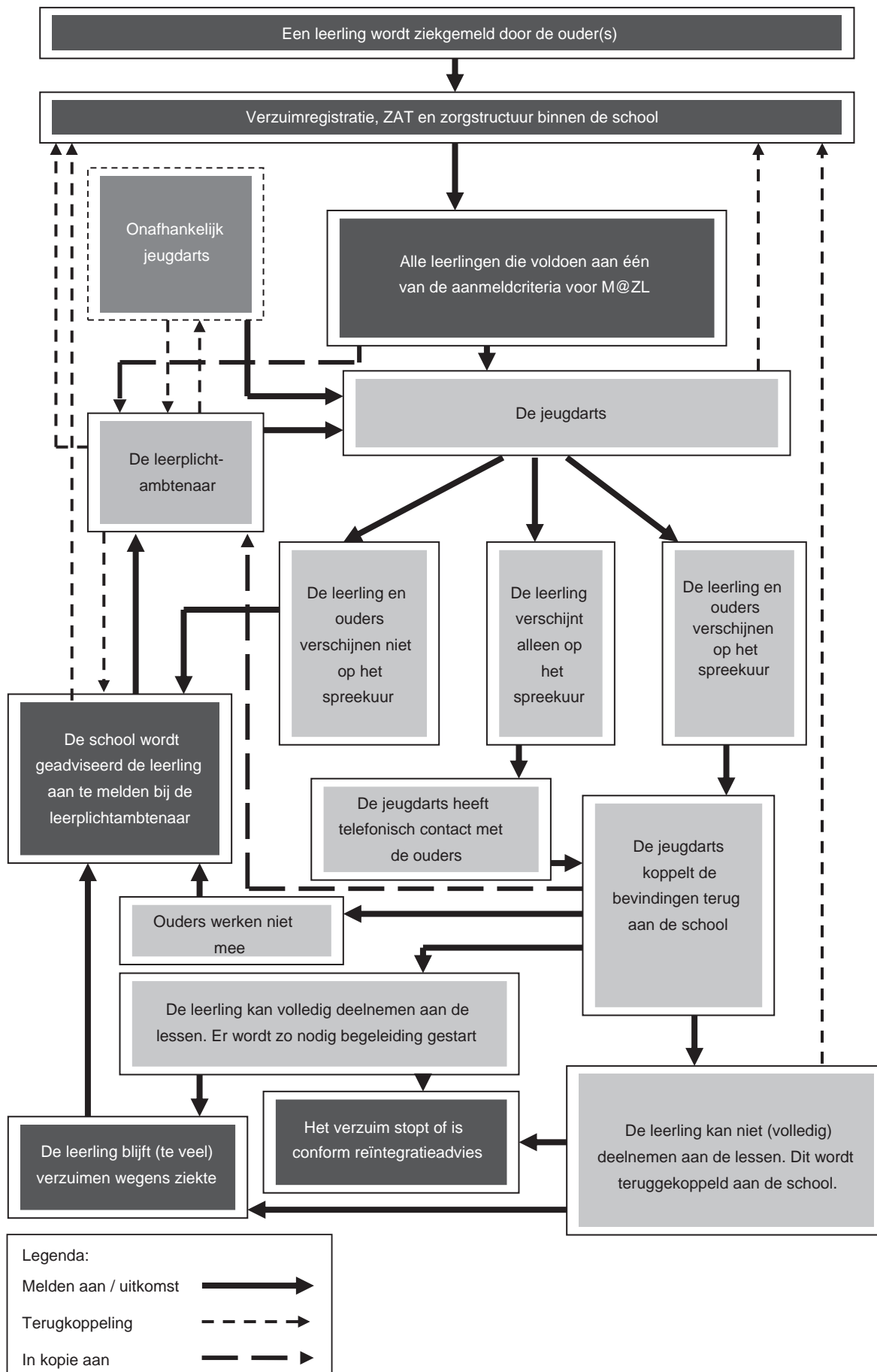
RESULTATEN

Bereik en kenmerken bereikte doelgroep

Van de totale schoolpopulatie (n = 1042) kwamen in een jaar tijd 66 leerlingen (6,3%) in het traject voor ziekteverzuimbegeleiding, 52 (79%) meisjes en 14 (21%) jongens. De totale schoolpopulatie bestond uit 55% jongens en 45% meisjes. Van de derdeklassers werd een aanzienlijk hoger percentage aangemeld dan van leerlingen uit de klassen 1, 2 en 4. Van de 66 leerlingen werden 52 leerlingen door de jeugdarts bereikt en 12 leerlingen alleen door de leerplichtambtenaar. Twee leerlingen werden niet bereikt. Vier van de leerlingen die door de jeugdarts werden bereikt werden twee keer door de school aangemeld. Dit resulteerde in een totaal van 56 consulten bij 52 leerlingen.

Tabel 1 Onderzoeksmethoden

Verzamelde gegevens	Onderzoeksgroep	Methode van dataverzameling
Procesevaluatie	Schoolcontactpersoon, jeugdarts, leerplichtambtenaar en onafhankelijk jeugdarts	Semigestructureerde interviews
Bereik	Leerlingen	JGZ-dossier, leerlingvolgsysteem school, registratie leerplichtambtenaar en registratieformulier onderzoek
Cliënttevredenheid	Ouders en leerlingen	Vragenlijst
Effectmeting omvang ziekteverzuim leerlingniveau	Leerlingen	Verzuimregistratie school en registratieformulier onderzoek
Effectmeting omvang ziekteverzuim schoolniveau	Interventie- en controleschool	Verzuimregistratie scholen



Figuur 1. Stroomschema 'ziekteverzuimbegeleiding binnen M@ZL'

Bevindingen en acties van de jeugdarts

De helft van de leerlingen gaf aan dat lichamelijke klachten reden waren voor het ziekteverzuim. Bij een groot deel van alle door de jeugdarts bereikte leerlingen bleken meerdere psychosociale problemen op het moment van het consult te spelen en aan de verzuimmelding ten grondslag te liggen. De top 4 van de meest voorkomende problemen is: lichamenlijk gezondheidsprobleem (50%), problemen in thuissituatie (41%), internaliserend gedragsprobleem (30%) en de houding van ouders ten aanzien van omgaan met klachten in relatie tot ziekteverzuim, die resulteerde in een lage verzuimdrempel (23%) (zie tabel 2).

De jeugdarts deed na probleemanalyse een uitspraak over de mogelijkheid van lesdeelname vanaf het moment van het consult, ondanks klachten of problemen. Voor 43 leerlingen gold dat zij in staat waren deel te nemen aan het lesprogramma. Bij de overige negen leerlingen waren er redenen waarom ze (deels) niet in staat waren het lesprogramma te volgen. De jeugdarts stelde in die gevallen, zo mogelijk in overleg met de behandelaar, een reïntegratieadvies op. Het reïntegratieadvies bestond uit afspraken over de opbouw van deelname aan het lesprogramma tot volledige reïntegratie was bereikt. Na het consult had de jeugdarts met tien leerlingen een vervolgspraak, bij acht leerlingen adviseerde de jeugdarts aan de school om de schoolgerelateerde problematiek aan te pakken.

De acties van de leerplichtambtenaar

De leerplichtambtenaar had in totaal met 41 van de 66 leerlingen contact. Van deze 41 leerlingen werden twaalf leerlingen door de school bij de leerplichtambtenaar aangemeld, nadat ze niet waren verschenen op het consult bij de jeugdarts. De andere 29 leerlingen werden door de school aangemeld omdat ze (te veel) bleven verzuimen na het advies van de jeugdarts. De leerplichtambtenaar gaf 23 keren een waarschuwing, vroeg negen keer een onafhankelijk medisch advies aan en maakte negen keer een proces-verbaal op wegens niet willen meewerken van de ouders en de leerling.

Cliënttevredenheid

Van de 66 leerlingen en hun ouders, die waren uitgenodigd voor een consult bij de jeugdarts hebben 40 leerlingen (61%) en 23 (35%) ouders een cliënttevreden-

Tabel 2 Aard van de door de jeugdarts geconstateerde problematiek tijdens het consult als percentage van het aantal consulten (n=56)

Aard van de problematiek	Geconstateerd door jeugdarts als percentage van het aantal consulten
Internaliserend gedragsprobleem	30%
Externaliserend gedragsprobleem	11%
Lichamenlijk gezondheidsprobleem	50%
Probleem met omgang medeleerlingen	11%
Probleem met omgang docenten	0%
Problemen in de thuissituatie	41%
Probleem met ingrijpende gebeurtenis	14%
Problemen gerelateerd aan leefstijl	18%
Houding ouders	23%
Niet naar de zin hebben	4%
Andere problemen	9%

heidsvragenlijst ingevuld. Van hen waren 32 leerlingen en zeventien ouders aanwezig geweest bij het consult van de jeugdarts. Alleen zij konden een uitspraak doen over het consult.

Van alle respondenten (n=63) gaf 84% aan het belangrijk te vinden dat de school aandacht heeft voor ziekteverzuimbegeleiding. Bijna de helft van hen zag daarin ook een belangrijke rol weggelegd voor de jeugdarts (zie tabel 3).

Van hen die bij het consult van de jeugdarts aanwezig waren geweest (n=49) waren er meer tevreden dan ontevreden over het consult bij de jeugdarts en zag 33% het nut van het contact met de jeugdarts ten aanzien van ziekteverzuimbegeleiding (zie tabel 4).

Effectmeting ziekteverzuim schoolniveau en leerlingniveau

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 66 gesignaleerde leerlingen voldeed de omvang van het ziekteverzuim vier maanden na de start

Tabel 3 Uitkomsten van de cliënttevredenheidstoets van alle respondenten: leerlingen en hun ouders (n=63)

	(Helemaal) niet mee eens	Neutraal	(Helemaal) mee eens
Nut ziekteverzuimbegeleiding:			
Vind het belangrijk dat ik / mijn kind dagelijks naar school gaat	0%	3%	97%
Vind het belangrijk dat school aandacht heeft voor ziekteverzuimbegeleiding	3%	13%	84%
Vind het belangrijk dat de jeugdarts een gesprek heeft met mij over het ziekteverzuim	16%	45%	39%
Samenwerking:			
Vind het belangrijk dat de jeugdarts goed samenwerkt met de school	3%	13%	67%
Vind het belangrijk dat de jeugdarts goed samenwerkt met mijn huisarts en specialist	10%	40%	50%
Vind het belangrijk dat jeugdarts goed samenwerkt met de leerplichtambtenaar	5%	39%	56%

Tabel 4 Uitkomsten van de cliënttevredenheidstoets van de respondenten die bij het consult van de jeugdarts aanwezig waren (n=49)

	(Helemaal) niet mee eens	Neutraal	(Helemaal) mee eens
Benadering van de jeugdarts:			
Is tevreden over hoe jeugdarts met mij omging	19%	23%	58%
Heeft het gevoel dat eigen mening ertoe deed	22%	29%	49%
Vond dat er voldoende gelegen was voor het stellen van vragen	4%	21%	75%
Nut ziekteverzuimbegeleiding:			
Vond het contact met de jeugdarts de moeite waard	27%	40%	33%
Informatie:			
Vind dat ik goed geholpen ben door de jeugdarts	27%	38%	35%
Heb het advies van jeugdarts opgevolgd	15%	43%	43%
Samenwerking:			
Heb mijn vragen en/of zorgen over gezondheid kunnen bespreken met de jeugdarts	15%	34%	51%

van het traject niet meer aan een van de criteria van M@ZL.

Waardering en knelpunten van de werkwijze M@ZL

Uit de vier interviews bleek dat de werkwijze M@ZL door alle vier actoren positief werd gewaardeerd. De terugkoppeling door de jeugdarts leverde de school duidelijkheid op over de mogelijkheid van deelname aan de lessen en benodigde begeleiding en gaf zicht op 'mogelijk ongeoorloofd' ziekteverzuim. Door de mogelijkheid van het aanvragen van een onafhankelijk sociaal medisch advies kwam de eigen jeugdarts van de school niet in een rolconflict en kwam ook voor de leerplechtambtenaar medische expertise beschikbaar. Hierdoor kon de leerplechtambtenaar ook bij 'mogelijk ongeoorloofd' ziekteverzuim de leerplecht handhaven. Voor de school was het registreren, aggregeren en vervolgens consequent hantieren van de aanmeldcriteria een aandachtspunt.

DISCUSSIE

Deze studie heeft een aantal beperkingen. Zo is de pilot uitgevoerd op slechts één vmbo-school. Er is geen kwaliteitstoets gedaan van de verzuimregistratie en er is niet gemeten of alle leerlingen die voldeden aan een van de criteria ook daadwerkelijk zijn aangemeld. De evaluatie was voornamelijk observationeel van karakter en niet kwantitatief getoetst aan de hand van indicatoren. Er zijn indicaties voor afname van de omvang van het ziekteverzuim op zowel school- als individueel niveau, echter vanwege de kleine groep kan geen uitspraak gedaan worden over de significantie van de gevonden verschillen. Het blijft onduidelijk of de afname van het ziekteverzuim direct is toe te schrijven aan M@ZL.

Het valt op dat in deze pilot in verhouding meer meisjes en derdejaarsleerlingen worden aangemeld bij de jeugdarts. Uit onderzoek is bekend dat meisjes vaker spanningsklachten ervaren dan jongens met als gevolg meer ziekten en slaapstoornissen.²¹ Mogelijk dat er een relatie is tussen deze beide bevindingen. De gesignaleerde doelgroep wordt, mede door de geïntegreerde aanpak, goed bereikt. De leerplechtambtenaar speelt een rol wanneer de leerling niet verschijnt op het consult van de jeugdarts en wanneer (te veel) ziekteverzuim blijft bestaan na advies door de jeugdarts. De aanpak stelt de

leerplechtambtenaar in de gelegenheid om de leerplecht ook bij 'mogelijk ongeoorloofd' ziekteverzuim te handhaven.

Bij de helft van de leerlingen met omvangrijk ziekteverzuim is sprake van een lichamelijk gezondheidsprobleem. Schoolverzuim vanwege lichamelijke klachten vereist lichamelijk onderzoek en een beoordeling van de indicatie tot nadere (psycho)diagnostiek.²² Onderzoek laat zien dat er een sterke associatie is tussen ziekteverzuim en psychiatrische ziektebeelden.²³ Slechts een minderheid van de jongeren met psychiatrische problematiek krijgt behandeling.²⁴⁻²⁶ Uit de literatuur is eveneens bekend dat jongeren met onbegrepen lichamelijke of psychische klachten de huisarts vaak niet consulteren.^{21,27} M@ZL biedt de mogelijkheid deze jongeren wel te bereiken en zo nodig te verwijzen voor diagnostiek en behandeling.

Indien een jongere al onder behandeling staat is het de taak van de jeugdarts in overleg te treden met de behandelend arts en aandacht te vragen voor het verzuim en het schoolfunctioneren. Uit de literatuur is bekend dat er bij behandelaars in het algemeen weinig aandacht is voor schoolfunctioneren.²⁷ Door het optimaliseren van de behandeling en aandacht te hebben voor handelingsgerichte advisering kan het schoolverzuim verminderd en het schoolfunctioneren verbeterd worden.

Uit de pilotresultaten blijkt dat aan de verzuimmelding vaak meerdere (psychosociale) problemen ten grondslag liggen. Het bespreken van lichamelijke klachten blijkt vaak een opstapje om terecht te komen bij achterliggende psychosociale problematiek. Langdurige afwezigheid van school, ook bij jongeren met een somatische ziekte, wordt vaak mede veroorzaakt door de aanwezigheid van psychosociale problematiek. Ziekte alleen is zelden een goede reden voor langdurige afwezigheid.^{3,23,28} De interactie tussen psyche en somatiek bij adolescenten is bekend.^{9,13,29-35} Er is een relatie tussen 'geen zin in school' en problemen thuis enerzijds en psychosomatische klachten zoals hoofdpijn en buikpijn anderzijds.^{3,23,24,36-38} Psychosomatische klachten leiden vervolgens tot disfunctioneren en schoolziekteverzuim.^{5,21,37-39} Indien de lichamelijk of psychische klachten veroorzaakt worden door school- of gezinsfactoren, kan de jeugdarts de onderlinge relatie voor de jongere en zijn of haar ouders

verduidelijken en hen helpen zoeken naar een adequate oplossing of begeleiding. De jeugdarts speelt niet alleen een rol in het vinden van een adequate oplossing of begeleiding, maar ook in het begeleiden van de leerling weer terug naar school. Ook is ziekteverzuim vaak een signaal voor risicogedrag.⁴⁰ De jeugdarts geeft in dat geval inzicht, voorlichting en begrenzing.

Ondanks de beperkingen van het onderzoek kunnen wij samenvattend stellen dat omvangrijk ziekteverzuim een signaal voor disfunctioneren is en dat ziekteverzuimbegeleiding van middelbare scholieren door de jeugdarts een bijdrage kan leveren aan het vroegtijdig signaleren van gezondheid- en psychosociale problematiek. Door vroege detectie wordt preventie mogelijk, in een stadium voordat een diagnose gesteld is.^{39,41} Het achterhalen van de redenen van ziekmelding biedt de mogelijkheid om aan ouders, leerling en school handvatten te geven voor begeleiding.

De onderzoeksgegevens suggereren dat de rol die de jeugdarts bij ziekteverzuim kan spelen voor de leerlingen en hun ouders lang niet altijd duidelijk is. Dit kan oorzaak zijn van het niet verschijnen op het consult van de jeugdarts. De werkwijze wordt positief gewaardeerd vanwege het kunnen gebruik maken van de sociaal medische expertise van de jeugdarts.

Er wordt een afname van ziekteverzuim gezien, zowel op school- als individueel niveau.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Op basis van de pilotresultaten kunnen we concluderen dat de M@ZL-aanpak veelbelovend is om schoolziekteverzuim terug te dringen. Bij de aanpak van ziekteverzuim door scholieren ligt een taak voor de jeugdarts. Het verdient aanbeveling de rol die de jeugdarts kan spelen bij omvangrijk ziekteverzuim meer onder de aandacht te brengen bij de doelgroep. Dit kan het opkomstpercentage van het consult bevorderen, waardoor de leerplichtambtenaar een minder prominente plaats hoeft in te nemen bij de aanpak. Aanpassingen van het verzuimregistratiesysteem van de school moet de school ondersteunen in het aggregeren van de verzuimcijfers op leerlingniveau, waardoor het signaleren van de leerlingen met omvangrijk ziekteverzuim vergemakkelijkt wordt.

In Nederland is tot op heden nog geen (quasi-)experimenteel effectiviteitsonderzoek uitgevoerd naar interventies die schoolverzuim verminderen.^{42,43} Deze pilotresultaten bieden aanknopingspunten voor doorontwikkeling van deze interventie. Momenteel voert de GGD West-Brabant een grootschalig onderzoek uit waarbij M@ZL verder wordt onderbouwd door het verfijnen en op grotere schaal herhalen van de interventie, waarbij deze begeleid wordt met een effectiviteitsonderzoek. Dit is noodzakelijk om vervolgens het programma op grote schaal te kunnen implementeren, als de positieve bevindingen worden bevestigd.⁴⁴

ABSTRACT

Medical advice for the sick reported student in secondary school by the youth health care physician (M@ZL): development of an intervention.

Socio-economic health differences can be reduced by decreasing health risks and increasing educational opportunities. In the latter substantial school absenteeism is a crucial risk factor. By addressing school absenteeism for medical reasons, youth health care makes a positive contribution to health, welfare and educational opportunities for young people and thereby to reduction of socio-economic health differences. The Regional Public Health Service (RPHS) West Brabant has developed M@ZL (medical advice for the sick reported student) to address school absenteeism for medical reasons by secondary school students. We present you with a description of M@ZL and data from the pilot study. Almost all students (98%) that missed a substantial number of schooldays due to illness were reached by the youth health care physician or school attendance officer. Half of the latter group showed physical symptoms, for many students psychosocial problems appeared to be the main cause for health-related absenteeism. The size of medical absence decreased in 63% of the students receiving guidance while on the school level it was reduced with 1,1 schooldays per student per year. It is concluded that M@ZL is a promising intervention for reducing secondary school medical absenteeism, leads for further development are therefore given.

Keywords: regional public health service, youth health care, medical absenteeism, secondary school, drop out, school absenteeism

LITERATUUR

1. NIPO het marktonderzoeksinstituut. Rapport: Schoolverzuim in het Voortgezet Onderwijs. Amsterdam: NIPO, 2002.
2. Weitzman M, Klerman LV, Lamb G, Menary J, Alpert JJ. School Absence: a problem for the paediatrician. *Pediatrics* 1982;69: 739-64.
3. Klerman LV. School absence - a health perspective. *Paed Clin N America* 1988;35:1253-69.
4. Rumberger RW. Dropping out of middle school: A multilevel analysis of students and schools. *Am Educ Res J* 1995;32:583-625.
5. Michaud P, Piot-Delbos I, Narring FMD. Silent Dropouts in Health Surveys: Are Nonrespondent Absent teenagers Different From Those Who Participate in School-Based Health Surveys? *J Adolescent Health* 1998;22:326-33.
6. Eckstein Z, Wolpin KI. Why Youths Drop Out of High School: the Impact of Preferences, Opportunities and Abilities. *Econom Society* 1999;67:1295-1339.
7. Battin - Pearson S. Predictors of Early High School Dropout: A Test of Five Theories. *J Educ Psychol* 2000;9:568-82.
8. Christenson SL, Thrulow ML. School Dropouts: Prevention Considerations, Interventions, and Challenges. *Am Psychol Soc* 2004;13:36-9.
9. Kearney CA. School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clin Psychol Rev* 2008;28:451-71.
10. Kearney CA. Bridging the Gap Among Professionals Who

- Address Youths With School Absenteeism: Overview and Suggestions for Consensus. *Prof Psychol Res Pract* 2003;34:57-65.
11. *Thrane C.* Explaining educational-related inequalities in health: Mediation and moderator models. *Soc Sci Med* 2006;62:467-78.
 12. *Cutler DM, Lleras-Muney A.* Education and Health: Evaluating Theories and Evidence, National Poverty Center Working Paper Series Paper no. 12352, 2006.
 13. *Freudenberg N, Ruglis J.* Reframing school dropout as a public health issue. *Prev Chronic Dis* 2007;4:1-11.
 14. *Lundborg P.* The Health Returns to Education: What Can We Learn from Twins? Discussion Paper Series paper no. 3399. Amsterdam: Free University Amsterdam, Tinbergen Institute, 2008.
 15. *Mackenbach JP.* Health Inequalities: Europe in Profile, Tackling Health Inequalities: Governing for Health. Rotterdam: European Commission: 2006.
 16. *Woolf SH, Johnson RE, Philips RL, Philipsen M.* Giving Everyone the Health of the Educated: An Examination of Whether Social Change Would Save More Lives Than Medical Advances. *Am J Public Health* 2007;97:679-83.
 17. *Duckett P, Kagan C, Sixsmith J.* Consultation and Participation with Children in Healthy Schools: Choice, Conflict and Context. *Am J Commun Psychol* 2010;46(1-2):167-78.
 18. *Rumberger RW.* Why Students Drop Out of School and What Can be Done? Dropouts in America: How Severe is the Problem? What Do We Know about Intervention and Prevention? Harvard: Harvard University, 2001, p.1-45.
 19. CBS. Jaarrapport landelijke Jeugdmonitor. CBS Den Haag/Heerlen, 2009.
 20. *Kolkman S.* Begeleiden van leerlingen met langdurig ziekteverzuim in het voortgezet onderwijs door jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Enschede: Gezondheidswetenschappen, Universiteit Twente, 2009.
 21. *Beker M, Maas CJ, Boelhouwer J, Hoff SJM.* Rapportage jeugd. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997, p.148.
 22. *Hockaday JM.* Headaches in children. In: Rose FC (ed). Modern approach to headache. Oxford: Oxford University Press, 1985.
 23. *Jones R, Hoare P, Helton R, Dunhill Z, Sharpe M.* Frequent medical absences in secondary school students: survey and case-control study. *Arch Dis Child* 2009;94:763-7.
 24. *Mitchell S, Shepherd M.* Reluctance to go to school. Out of School - Modern Perspectives in Truancy and School Refusal. Edited by L. Hersov and I. Berg. Pp 7-24. Wiley: Chichester. 1980.
 25. *Kataoka S, Zhang L, Wells K.* Unmet need for mental health care among US children: variation by ethnicity and insurance status. *Am J Psychiatry* 2002;159:1548-55.
 26. *Kessler RC, Berglund P, Demier O, Merikangas KR, Walters EE.* Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national Co-morbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.
 27. *Theil A, Verkerk P, Buiting E.* Snel terug naar school. Begeleiding jongeren met onbegrepen lichamelijke klachten moet beter. *Med Contact* 2007;62:31-2.
 28. *Anderson HR, Bailey PA, Cooper JS et al.* Morbidity and school absence caused by asthma and wheezing illness. *Arch Dis Childhood* 1983;58:777-84.
 29. *Anonymous.* Report of the state of young people's health in the European Union. Brussels: European Commission, Directorate-General of Health and Consumer Protection, 2000.
 30. *Michaud P.* Prevention and Health Promotion in School and Community Settings: A Commentary on the International Perspective. *J Adolescent Health* 2003;33:219-25.
 31. *Michaud P, Chossis I, Suris J.* Health-related behaviour: Current situation, trends, and prevention. *Handbook of Adolescent Development.* New York: Psychology Press, 2006:284-300.
 32. *Millstein S, Petersen A, Nightingale E.* Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century. Oxford: Oxford University press, 1993.
 33. *Löwe MD, Spitzer RL, Williams JB et al.* Depression, anxiety and somatisation in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:191-9.
 34. *Merikangas KR, Ames M, Cui L et al.* The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1180-8.
 35. *Allen LA, Gara MA, Escobar JI et al.* Somatisation: a debilitating syndrome in primary care. *Psychosom* 2001;42:63-7.
 36. *Michaud P, Narring FMD and Piot-Delbos I.* Is school absenteeism really linked with health problems? *J Adolescent Health* 1994;18:154.
 37. *Breuner CC, Smith MS, Womack WM.* Factors Related to School Absenteeism in Adolescents With Recurrent Headache. *Headache* 2004;44:217-22.
 38. *Besculides M, Hefferman R, Mostashari F, Weiss D.* Evaluation of school absenteeism data for early outbreak detection, New York City. *BMC Public Health* 2005;5:105.
 39. *Vander Stoep A, Weiss NS, McKnight B, Beresford SAA, Cohen P.* Which measure of adolescent psychiatric disorder-diagnosis, number of symptoms, or adaptive functioning-best predicts adverse young adult outcomes? *J Epidemiol Comm Health*, 2002;56:56-65.
 40. *Eaton DK, Brener N, Kann LK.* Associations of health risk behaviors with school absenteeism. Does having permission for the absence make a difference? *J School Health* 2008;78:223-9.
 41. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Mental Health. The future of Pediatrics: Mental Health Competencies for Pediatric Primary Care. *Pediatrics* 2009;124:410-21.
 42. *Steeg M, Webbink D.* Voortijdig schoolverlaten in Nederland: omvang, beleid en resultaten. Den Haag: Centraal Planbureau, 2006.
 43. *Baat MD.* Wat werkt bij het voorkomen en verminderen van schoolverzuim? Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut, 2009.
 44. *Nutbeam D.* Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. *Health Promotion Int* 1998;13:27-44.

CORRESPONDENTIEADRES

Mw. Y.T.M. Vanneste, GGD West-Brabant, Postbus 3369, 4800 DJ Breda, tel. 076-5282000, e-mail: y.vanneste@ggdwestbrabant.nl