

ZORG

Gemiste lessen, gemiste kansen

ROL VOOR DE PUBLIEKE GEZONDHEIDSZORG BIJ ZIEKTEVERZUIM VAN JONGEREN

Yvonne T.M. Vanneste, L.A.M. (Ien) van de Goor en Frans J.M. Feron

In 2002 bedroeg het totale schoolverzuim in Nederland 7,9%; bijna de helft hiervan was ziekteverzuim.¹ Jongeren die vaak van school verzuimen lopen het risico dat hun sociaal-emotionele ontwikkeling en leerontwikkeling stagneren. Daardoor kunnen ze afglijden in onderwijsniveau en zelfs voortijdig de school verlaten.² Een laag onderwijsniveau en voortijdig schoolverlaten gaan gepaard met een lagere sociaal-economische status op volwassen leeftijd, die op zijn beurt gerelateerd is aan een hogere prevalentie van gezondheidsproblemen en psychische problemen en een kortere gezonde levensverwachting.^{3,4} De kinderen van de voortijdige schoolverlaters met een lage sociaal-economische status lopen meer risico op ongezondheid,^{5,6} wat weer kan leiden tot suboptimale leerprestaties en schoolverzuim.^{7,8} Op die manier kan een neerwaartse spiraal ontstaan. Hoe is deze spiraal te doorbreken?

AANPAK VAN SCHOOLVERZUIM

De aanpak van ziekteverzuim onder jongeren is een belangrijke strategie om gezondheidsrisico's te verminderen en hun kansen in het onderwijs te vergroten. Hun ziekteverzuim is weliswaar gezondheidsgerelateerd, maar naast biomedische factoren kunnen ook psychosociale factoren het verzuim veroorzaken, zo is de ervaring in de jeugdgezondheidszorg. Dat vraagt om een benadering vanuit biopsychosociaal perspectief, waarbij aandacht wordt besteed aan biomedische, psychologische en sociale factoren en de interactie daartussen.⁹

Jeugdartsen kunnen de achterliggende factoren van schoolverzuim door ziekte in kaart brengen. Dankzij hun positionering op school en in maatschappelijke netwerken kunnen zij, in samenwerking met de gezondheidszorgsector, de gezondheid en onderwijsparticipatie van deze jongeren optimaliseren. Dit gebeurt door het organiseren van gezondheidszorg, psychosociale begeleiding en passend onderwijs, in nauwe samenwerking met onderwijsprofessionals en met andere hulpverleners in en om school en in de wijk. Op die manier is een stagnerende ontwikkeling te voorkomen.

De praktijk leert echter dat scholen vaak niet of veel te laat aandacht besteden aan leerlingen met ziekteverzuim. Daarom is 'M@ZL' ontwikkeld (dit staat voor 'Medische Advisering Ziekgemelde Leerling').

WAT IS M@ZL?

M@ZL (spreek uit: 'mazzel') is een gepersonaliseerde aanpak van ziekteverzuim bij leerlingen, waarbij de mentor of zorgcoördinator en de jeugdarts samen aandacht hebben voor leerlingen die zijn ziek gemeld. De samenwerking wordt vastgelegd in het schoolverzuimbeleid. Het stappenplan dat hierbij wordt gehanteerd maakt duidelijk hoe, wanneer, door wie en met welk doel het ziekteverzuim besproken wordt met de leerling en diens ouders (figuur).¹⁰ Bij de ontwikkeling van M@ZL gaven mentoren en zorgcoördinatoren aan dat zij zich vaak ongemakkelijk voelden bij het gesprek met de leerling en de ouders over ziekteverzuim, onder andere omdat ouders dit gesprek vaak als bemoeizucht zien. Verondersteld werd dat vaste criteria zouden helpen om het beleid uit te leggen: 'We voeren altijd een verzuimgesprek bij deze omvang van het verzuim.' Er werd gekozen voor de volgende criteria als aanleiding voor een gesprek: meer dan 4 keer ziekteverzuim in 12 schoolweken of meer dan 7 schooldagen aaneengesloten ziek gemeld.¹¹ Het eerste criterium – voor frequent kortdurend ziekteverzuim – wordt gehanteerd op verzoek van de scholen; het tweede criterium werd op aandringen van de jeugdgezondheidszorg geformuleerd om te voorkomen dat er onnodig gesprekken zouden plaatsvinden vanwege een 'ongecomplieerde' griep.¹²

GGD West-Brabant, afd. Jeugdgezondheidszorg, Breda.

Dr. Y.T.M. Vanneste, arts maatschappij en gezondheid en jeugdarts KNMG.

Universiteit Tilburg, Tranzo, Tilburg.

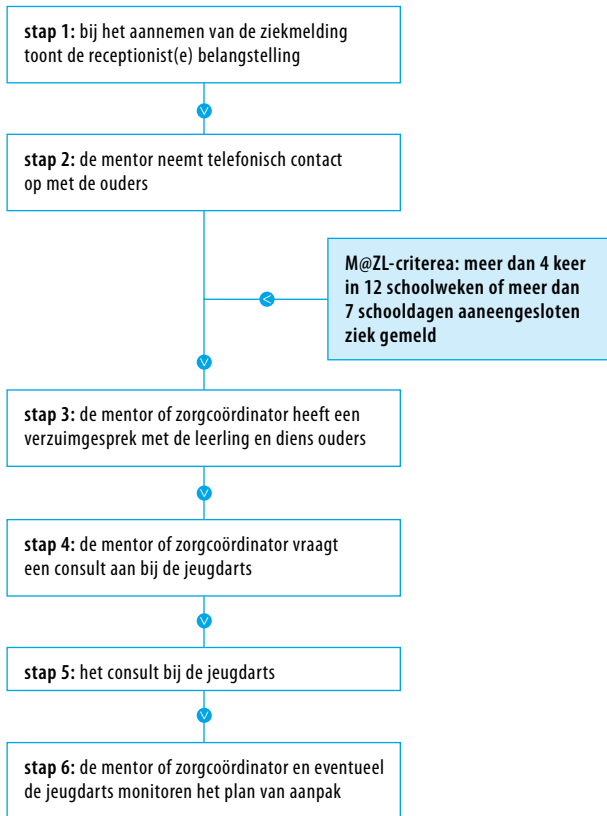
Prof.dr. L.A.M. van de Goor, gezondheidswetenschapper.

Universiteit Maastricht, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, vakgroep Sociale Geneeskunde, Maastricht.

Prof.dr. F.J.M. Feron, arts maatschappij en gezondheid.

Contactpersoon: dr. Y.T.M. Vanneste

(y.vanneste@ggdwestbrabant.nl).



FIGUUR Stappenplan voor de M@ZL-methodiek, een gepersonaliseerde aanpak voor de leerling met ziekteverzuim (bewerking van een elders gepubliceerd stappenplan).¹⁰

WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING VAN DE METHODIEK

De methodiek is geëvalueerd op 7 vmbo-scholen in West-Brabant. Jeugdartsen beschreven op basis van gezondheidsonderzoeken – inclusief Strengths and Difficulties Questionnaires en navraag bij de huisarts – de gezondheid van vmbo-leerlingen die gedurende het schooljaar 2011-2012 een ziekteverzuim hadden dat voldeed aan de M@ZL-criteria. De 493 leerlingen die aan deze criteria voldeden vormden 12% van de totale schoolpopulatie.

Met kwalitatief onderzoek is verkend of de methodiek bruikbaar en toepasbaar is en welke factoren een duurzame verspreiding en implementatie van M@ZL beïnvloeden. Hiervoor werden 9 schooldirecteuren en 8 zorgcoördinatoren geïnterviewd.¹³ De effectiviteit van M@ZL werd onderzocht in een kwantitatief onderzoek: veranderingen in het ziekteverzuim van de 493 leerlingen uit de 7 'M@ZL-scholen' na 3 en 12 maanden werden vergeleken met veranderingen in het ziekteverzuim van leerlingen uit een controlegroep.¹³ Deze controlegroep bestond uit 445 leerlingen van 7 controlescholen waar

niet M@ZL maar het eigen ziekteverzuimbeleid werd toegepast.¹⁴

EENDUIDIG BELEID HELPT OM IN GESPREK TE GAAN

Uit het onderzoek blijkt dat bij toepassing van de M@ZL-criteria leerlingen in beeld komen die in 12 schoolweken gemiddeld circa 14% van de schooldagen verzuimd hebben. De ontwikkeling van een jongere stagneert bij een verzuim van in totaal meer dan 20% over meerdere schoolperiodes.¹⁵ De M@ZL-criteria brengen dus jongeren in beeld die nog onder deze grens van problematisch ziekteverzuim zitten. Dat geeft gelegenheid om tijdig zorg aan te bieden en te voorkómen dat jongeren uitvallen.

ZIEKTEVERZUIM BIJ JONGEREN REDUCEREN? HET KAN!

Het onderzoek gaf zicht op de achterliggende problematiek van schoolverzuim. De uitkomsten gaven handvaten voor de samenwerking tussen de mentor of zorgcoördinator en de jeugdarts. In de M@ZL-groep bleek 43,5% van de leerlingen een gediagnosticeerde ziekte te hebben en 81,5% had problemen, zoals lichamelijke klachten, psychosociale problemen, leefstijlproblemen of slaapproblemen (tabel). Bij ongeveer twee derde van de leerlingen met een gediagnosticeerde ziekte lagen tevens problemen thuis of op school ten grondslag aan het ziekteverzuim. Bij meer dan de helft van de leerlingen werd het verzuim veroorzaakt door psychische of lichamelijke klachten en niet door een gediagnosticeerde ziekte; ook bij deze leerlingen was er meestal een combinatie met problemen thuis of op school.

DE EFFECTEN VAN M@ZL

In de groep waar de M@ZL-aanpak was gevolgd, was na 1 jaar het gemiddelde verzuim gedaald van 8,5 naar 4,9 schooldagen ziekgemeld per 12 schoolweken. In de controlegroep was het verzuim afgenomen van 10,4 naar 9,3 schooldagen per 12 schoolweken. Dit verschil tussen de M@ZL-groep en de controlegroep was statistisch significant. De conclusie was dat M@ZL effectiever is dan het gebruikelijke beleid om ziekteverzuim op scholen terug te dringen.

HOE WERKT HET IN DE PRAKTIJK? EEN PAAR VOORBEELDEN

Leerling A is een 14-jarige jongen die zich in een periode van 2 maanden 5 keer heeft ziek gemeld. Zijn ouders geven in het gesprek met de mentor aan dat bij hun zoon ADHD is gediagnosticeerd. De mentor vraagt of de leerling als gevolg van ADHD op school problemen ervaart. Zijn er bijvoorbeeld problemen met het innemen van de medicatie? Ook vraagt hij naar psychosociale problemen, bijvoorbeeld negatieve beeldvorming in de klas door de onrust die hun zoon veroorzaakt, en naar leerproblemen, die het gevolg kunnen zijn van een gebrek aan concentra-

TABEL De gezondheidstoestand van 493 vmbo-leerlingen met verhoogd ziekteverzuim, onderverdeeld in gediagnosticeerde ziekte en actuele problemen

categorie	beschrijving van gediagnosticeerde ziekten en actuele problemen	prevalentie* %
gediagnosticeerde ziekte		43,5
chronische somatische ziekte	migraine, cervicogene hoofdpijn, astma, allergieën, eczeem, urticaria, syndroom van Osgood-Schlatter, lage bloeddruk, hypermobiliteitssyndroom, mastocytose, diabetes mellitus, obesitas, hyperthyreoïdie, goedaardige huidtumor, prikkelbaredarmsyndroom, lactose-intolerantie, gehoorstoornis, aangeboren afwijking	24,0
tijdelijke somatische ziekte	ziekte van Pfeiffer, longontsteking, luchtweginfectie, acute otitis, sinusitis, griep, urineweginfectie, blaasontsteking, appendicitis, anemie, abces, lymfklierontsteking, laryngitis, waterpokken, kinkhoest, gordelroos	13
trauma	hersenschudding, elleboogfractuur, peesruptuur, enkelblessure, wervelfractuur	3,9
psychiatrisch ziektebeeld	obsessief-compulsieve stoornis, ADHD, pervasieve ontwikkelingsstoornis, angststoornis, depressie, dysthymie, stemmingsstoornis, gedragsstoornis, seksueel misbruik, verslaving, eetstoornis	8,3
actueel probleem		81,5
lichamelijke klachten (niet gerelateerd aan de actuele ziekte)	obstipatieklachten, moeheid, hoofdpijn, buikpijn, spierpijn, menstratieklachten	34,9
slaapproblemen	inslaapprobleem, doorslaapprobleem	33,9
leefstijlproblemen	ongezonde voeding, laat naar bed gaan, excessief computergebruik, slechte persoonlijke verzorging, bewegingsarmoede, middelengebruik	18,8
psychosociale problemen†		
kindgerelateerd	een traumatische ervaring (overlijden van een familielid, ongeluk van een kind), hypersensitieve persoonlijkheid	40,4
gezinsgerelateerd	scheiding van de ouders, armoede, werkloosheid van een van de ouders, ouder met een verslaving, psychiatrische of somatische ziekte, mantelzorg	7,3
schoolgerelateerd	pesten, leerprobleem, motivatieprobleem, verstoorde relatie tussen leerling en docent	16,5

* De percentages tellen niet op tot 100%. Een leerling kon meerdere ziekten of actuele problemen hebben.

† Onder psychosociale problemen werd verstaan: emotionele problemen of gedragsproblemen die werden veroorzaakt door kind-, gezins- of schoolfactoren.

tievermogen. De mentor besluit de jeugdarts in consult te roepen. Deze bekijkt of de leerling adequaat voor ADHD behandeld wordt. Zij overlegt hiertoe met de huisarts en de behandelaar en adviseert de school vervolgens over de begeleiding die het zorgteam in en om de school kan geven.

ADHD kan een grote impact hebben op kinderen en hun ouders en kan vragen om onderwijskundige aanpassingen.¹⁶ Vaak blijken de bijkomende problemen een reden te zijn voor leerlingen om ziek thuis blijven, ook omdat deze problemen op hun beurt weer stressgerelateerde gezondheidsklachten kunnen veroorzaken. Bij een chronische ziekte is omvangrijk ziekteverzuim echter niet nodig, mits de leerling goed wordt behandeld en begeleid.² Ook kan veel gezondheidswinst behaald worden met betere therapietrouw en een gezondere leefstijl, zoals bij migraineaanvallen, die vaak verminderen bij een evenwichtig dag-nachtritme.

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

Leerling C, een 17-jarige jongen, glijdt af van tweetalig onderwijs op gymnasiumniveau naar de mavo, maar dreigt ook dit niveau niet te halen. Hij blijft regelmatig ziek thuis vanwege vermoeidheid, maakt zijn huiswerk niet en is inmiddels aangemeld bij Bureau Halt omdat hij frequent te laat komt. Zijn gedrag wordt gezien als lui en puberaal. De jeugdarts constateert een beeld dat suspect is voor een depressie. Hij verwijst de jongen door naar een jeugdpsychiater, die de diagnose ‘depressie’ bevestigt en behandeling inzet. Deze verwijzing en behandeling blijken het juiste antwoord te zijn op de problemen, in tegenstelling tot de strafmaatregelen. Samen met de leerling en zijn ouders vraagt de jeugdarts aan school begrip voor diens situatie en bekijken ze welke ruimte en begeleiding mogelijk is, zodat hij toch zijn diploma kan halen. Als bij een leerling nog geen diagnose is gesteld, gaat de jeugdarts op geleide van de gezondheidsklachten na of zich mogelijk een lichamelijke ziekte of psychiatrische aandoening aan het ontwikkelen is. Veel psychiatrische ziektebeelden ontstaan namelijk al in de adolescentie,¹⁷ zoals bij leerling C. De vertrouwelijkheid van de jeugdarts geeft de leerling en de ouders de mogelijkheid om medische problemen en psychosociale problemen – thuis of op school – te bespreken. Achter middelengebruik kan scheidingsproblematiek of rouwverwerking schuilgaan.

NADER ONDERZOEK

M@ZL blijkt effectief te zijn voor vmbo-leerlingen met een omvangrijk ziekteverzuim. Verondersteld wordt dat het verzuim afneemt door de aandacht en het optimaliseren van zorg en begeleiding. Leerlingen met omvangrijk ziekteverzuim vertonen een grote verscheidenheid in de gezondheidstoestand (zie de tabel), vaak met bijkomende niet-medische problemen. Dat vraagt om een gepersonaliseerde benadering. Een biopsychosociaal perspectief is nodig om onderscheid te kunnen maken tussen opkomende psychische en lichamelijke ziektes, psychosociale problemen en leefstijlproblemen.

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 overigens weinig reden om aan te nemen dat M@ZL daar geen toegevoegde waarde zou hebben.

Mentoren en zorgcoördinatoren blijven het verzuimgesprek met de leerling en de ouders lastig vinden. Dit komt vooral doordat het gesprek meestal vanuit een

controleperspectief wordt gevoerd.¹³ Er zijn workshops ontwikkeld om mentoren en zorgcoördinatoren te trainen in gespreksvoering vanuit een zorgperspectief (www.ggdwestbrabant.nl/mazl).

IMPLEMENTATIE

De impact van een methodiek als M@ZL op de publieke gezondheid wordt niet alleen bepaald door zijn effectiviteit, maar ook door duurzame verspreiding en implementatie. De Rijksoverheid levert daar een bijdrage aan in haar beleid om voortijdig schoolverlaten te voorkomen.¹⁸ Binnen de publieke gezondheidszorg en jeugdzorg wordt nadruk gelegd op meer preventieve zorg, waardoor het onderwerp ‘ziekteverzuim’ op de agenda van gemeenten zal komen. Bovendien is ‘Aandacht voor ziekteverzuim’ sinds 1 januari 2015 opgenomen in het nieuwe Basispakket Jeugdgezondheidszorg.¹⁹ Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid is voornemens de M@ZL-methode in landelijk beheer te nemen. Al deze ontwikkelingen zullen naar verwachting bijdragen aan een duurzame implementatie en verspreiding van M@ZL, waarmee alle jongeren in Nederland hun voordeel kunnen doen.

ZIEKTEVERZUIM BIJ JONGEREN, EEN AANDACHTSPUNT VOOR ELKE ARTS

Ziekteverzuim is een afspiegeling van de impact van gezondheidsklachten op het dagelijks functioneren van jongeren. Verzuimende jongeren kunnen stress onderkennen doordat zij achterop raken met de lesstof of negatieve reacties op hun verzuim krijgen van docenten en klasgenoten. Deze stress, maar ook bijvoorbeeld het ontbreken van een dagstructuur, kan gezondheidsklachten in stand houden.

Het is daarom van groot belang dat ook huisartsen en klinici aandacht hebben voor het ziekteverzuim bij jongeren die hun spreekuur bezoeken vanwege lichamelijke of psychische klachten, en dat zij samenwerking zoeken met de jeugdarts. Vervolgens kan samen met de jeugdarts de begeleiding van deze jongeren op school en thuis, in samenwerking met jeugdprofessionals, geoptimaliseerd worden.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 30 juni 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D398

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D398**

LITERATUUR

- 1 Schoolverzuim in het Voortgezet Onderwijs. Amsterdam: NIPO; 2002.
- 2 Kearney CA. School absenteeism and school refusal behavior in youth: a contemporary review. *Clin Psychol Rev.* 2008;28:451-71.
- 3 Huisman M, Kunst AE, Bopp M, et al. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet.* 2005;365:493-500.
- 4 Sagatun Å, Wentzel-Larsen T, Heyerdahl S, Lien L. Mental health in adolescence and subsequent receipt of medical benefits in young adulthood: The mediating role of upper secondary school completion. *Scand J Public Health.* 2016;44:431-8.
- 5 Havas J, Bosma H, Spreuwenberg C, Feron FJ. Mental health problems of Dutch adolescents: the association with adolescents' and their parents' educational level. *Eur J Public Health.* 2010;20:258-64.
- 6 van de Mheen HD, Stronks K, Mackenbach JP. A Lifecourse perspective on socio-economic inequalities in health: the influence of childhood socio-economic conditions and selection processes. *Sociol Health Illn.* 1998;20:754-77.
- 7 Basch CE. Healthier students are better learners: a missing link in school reforms to close the achievement gap. *J Sch Health.* 2011;81:593-8.
- 8 Suhrcke M, de Paz Nieves C. The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence. 2011. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011.
- 9 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196:129-36.
- 10 Vanneste Y. Een integrale aanpak van ziekteverzuim volgens M@ZL op het voortgezet onderwijs. Handboek voor JGZ-instellingen. Breda: GGD West-Brabant; 2014.
- 11 Vanneste YTM, Mathijssen JJP, van de Goor LAM, Rots-de Vries MC, Feron FJM. Extensive medical absenteeism among secondary school students: an observational study on their health condition from a biopsychosocial perspective. *Open J Prev Med.* 2015;5:111-21.
- 12 Centers for Disease Control and Prevention. Clinical signs and symptoms of influenza. www.cdc.gov/flu/professionals/acip/clinical.htm, geraadpleegd op 20 juli 2016.
- 13 Vanneste Y, van de Loo M, Feron F, Rots-de Vries C, van de Goor I. Attitudes towards addressing medical absenteeism of students: a qualitative study among principals and special education needs coordinators in Dutch secondary schools. *PLoS ONE.* 2016;11:e0148427.
- 14 Vanneste Y. Reported sick from school, a study into addressing medical absenteeism among students [proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2015.
- 15 Jones R, Hoare P, Elton R, Dunhill Z, Sharpe M. Frequent medical absences in secondary school students: survey and case-control study. *Arch Dis Child.* 2009;94:763-7.
- 16 Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child.* 2005;90(Suppl 1):i2-7.
- 17 Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry.* 2007;20:359-64.
- 18 Rijksoverheid. Aanpak voortijdig schoolverlaten. www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/aanval-op-schooluitval/inhoud/aanpak-voortijdig-schoolverlaten, geraadpleegd op 20 juli 2016.
- 19 Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Inhoud Basispakket. www.ncj.nl/toolbox-basispakket-jgz1/inhoud, geraadpleegd op 20 juli 2016.