

## Reported sick from school

Citation for published version (APA):

Vanneste–van Zandvoort, Y. T. M. (2015). *Reported sick from school: a study into addressing medical absenteeism among students*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20151105yv>

### Document status and date:

Published: 01/01/2015

### DOI:

[10.26481/dis.20151105yv](https://doi.org/10.26481/dis.20151105yv)

### Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

### Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

### 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.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

## Summary

School absenteeism does not only impact on young people's personal development and therefore on their future, but it also has a huge impact on society, both socially and economically. Substantial school absenteeism negatively affects students' social and emotional development, and causes students' educational development to stagnate, which may lead to moving down to a lower level of education or even early school dropout. The impact of school absenteeism due to sickness reporting, so-called medical absenteeism, can be explained by the consequences of the absence itself and by the direct influence of suboptimal health on school results and personal development. Looked at from a life-time perspective, both health problems and lesser educational achievement in youth may be followed by a lower socioeconomic status in adulthood. Such a lower socioeconomic status may in turn cause a transgenerational transmission of less favourable health which in turn may cause a downward spiral. It is to be expected that such a downward spiral can be avoided by adequately addressing medical absenteeism, and consequently creating optimal educational opportunities and health for young people. This may contribute to driving back socioeconomic health differences. School absenteeism must therefore not only be seen as a problem for education but also as a serious problem for other sectors, including public health care.

In the Netherlands preventive youth health care (YHC) is an important field of application within (public) health care. Its goal is to foster the optimal trajectory for growth and development in children and to provide (anticipatory) the necessary care and support, to lessen or even prevent reduced health in later life. In this way, YHC aims not only to optimize the personal well-being and future of children, but also to reduce socioeconomic health differences. YHC does not only contribute to the personal well-being and future of vulnerable children, but also to reducing socioeconomic health differences. Because of its socio-medical expertise and biopsychosocial perspective, YHC is pre-eminently able to intervene with school absenteeism due to sickness reporting. YHC can contribute to reducing school absenteeism and in this way contribute to the reduction of socioeconomic health differences.

Because no interventions and agencies existed that paid attention to medical absenteeism among students, the intervention 'Medical Advice for Sick-reported Students', acronym MASS (In Dutch: 'Medische Advisering van de Ziekgemelde Leerling', acronym M@ZL) was developed in close partnership between the YHC department of the Regional Public Health Service, secondary schools and the municipal school attendance service for compulsory education in West Brabant, the Netherlands. The MASS intervention has an integrated and personalized approach in which school personnel and youth health care physicians (YHCPs) play a major role. MASS provides a clear framework in which school personnel, in direct collaboration with YHCPs, is able to reach students and their parents, discuss aspects of the student's medical absence, and design and monitor a management plan that aims to optimize students' health and maximize their participation in school activities.

This thesis endeavours to contribute to gaining a better understanding of medical absenteeism among pre-vocational secondary education students, primary school children and intermediate vocational students, and to study the effectiveness of the MASS intervention. Research has taken place into the health condition of pre-vocational secondary education students with extensive

medical absence, and into the implementation and the effectiveness of the intervention in pre-vocational secondary schools (part I, chapter 1, 2, 3). Exploratory research into aspects of medical absenteeism in primary and intermediate vocational education aimed at eventually adapting the intervention for use with these new target groups (part II, chapter 4, 5, 6).

In **chapter 1** the background, the general objective and aims of the thesis are described in terms of policy context on reducing school absenteeism. Additional attention is paid to the impact of school absenteeism on young people's development and future, to factors associated with medical absenteeism based on literature research, and to the perspective on and added value of the YHCP in addressing medical absenteeism. A description of the MASS intervention and its presumed potential results are part of this chapter. The characteristics of practice-driven research are described to introduce the research design. MASS has been developed by means of a participative bottom-up approach and has been implemented in real-life conditions from the onset, for which this kind of research is suitable.

**Chapter 2** describes the pilot study that focused on evaluating the intervention in pre-vocational secondary education with a view to its acceptability, feasibility and practicability, from the perspectives of both the professionals, and students and parents. In addition the study looked for possible outcome measurements and indications of effectiveness. The pilot study was partly qualitative and descriptive and partly quantitative. The findings provided indications for further development of the intervention. The adapted intervention, as described in chapter 1, then became the subject of a larger-scale practice-driven intervention study, the results of which are described in chapter 3 and 4.

In **chapter 3** the health condition and characteristics of those pre-vocational secondary education students who met the MASS-criteria for extensive medical absenteeism (i.e. reported sick four times in 12 school weeks or more than six consecutive school days) are described, from the biopsychosocial perspective of YHC. Based on analysis of data from school files, medical assessments and Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQs) of 493 students who had been referred to the YHCP over the course of one school year (2011-2012), their health condition was described. This study revealed that when using the threshold criteria for extensive medical absenteeism to intervene with the absence, students with a mean absence rate of 14% in 12 school weeks are identified. If students had a diagnosed disease, it seemed that with about two-thirds of them their medical absence was also based on problems at home or in school. More than half of the students' absence was caused by mental or physical problems, often in combination with problems at home or in school, rather than by a diagnosed disease. It was concluded that the great diversity of these underlying problems calls for a personalized approach, and that a broad biopsychosocial perspective and medical expertise are needed to distinguish between emerging mental and physical diseases, psychosocial and lifestyle problems.

**Chapter 4** reports on the intervention's effectiveness in pre-vocational secondary education, based on a quantitative study with a quasi-experimental character. The change in the level of medical absenteeism of students with extensive medical absenteeism in seven schools that had applied the MASS intervention, was compared to the change in the level of medical absenteeism of students with extensive medical absenteeism who visited one of the seven control schools that

had not applied the MASS intervention but had been offering 'care as usual'. The intervention appeared to be effective for pre-vocational secondary education students with increased absence rates. It was concluded that personalized management of medical absenteeism by systematic identification of students with extensive medical absenteeism through use of the MASS-criteria, and consistent referral to a YHCP who subsequently designs and monitors a management plan, is more effective than 'care-as-usual'. The effectiveness of the intervention is shown primarily by a decrease in the number of periods reported sick, one of the indicators of the extent of medical absenteeism. The difference between aspects of volume of medical absenteeism in number of absence periods and days per period is important for understanding that the effectiveness of the intervention.

**Chapter 5** presents a study that aims to explore factors that influence the adoption and (sustainable) dissemination and implementation of MASS, from schools' perspectives. In nine secondary schools that were applying MASS school principals and special education needs coordinators were questioned, using semi-structured interviews. The following research questions were leading the interviews: what motivates school staff to pay attention to medical absenteeism, what are their experiences in applying MASS, and what are facilitators and obstacles when implementing MASS, including considerations of sustainability? The study revealed that according to the interviewees schools' initial reasons for implementing MASS relate to the individual student: their concerns about students' well-being and future prospects and the wish to share these concerns with students' parents. According to those interviewed MASS also improves parental involvement in school and the quality of care for students. Moreover, in their perception, MASS supports schools in achieving their primary goal, namely increasing the number of students that graduate. All these factors promote the acceptability and usefulness of MASS, thereby supporting its adoption and dissemination. School personnel, as stated by the interviewees, is convinced that reducing medical absenteeism improves educational outcomes and emphasizes the benefit of working together with YHCPs. According to the interviewees, adequate communication about the purpose of the intervention with all stakeholders and the training of mentors in conducting a constructive dialogue about medical absenteeism with students and their parents are preconditions for success. They stated that in order to achieve a sustainable implementation of the approach of medical absenteeism, agenda setting is needed. The issue is of great importance not only for the health sector but also for the educational sector and needs to be put on schools' agendas. To achieve this, an intersectoral health policy and collaboration are needed.

Since attendance patterns become manifest already at an early stage, it is important to find a way to minimise school absenteeism already in primary school. **Chapter 6** describes a study of the factors that indicate an increased risk of medical absenteeism in general primary school, ultimately aimed at tailoring the intervention to suit this new target group. The school and YHC files of primary school children with extensive medical absenteeism and of those with a minimum of medical absenteeism were studied in a practice-based retrospective matched case-control study. The study showed that, in general primary schools, there is a higher incidence of extensive medical absenteeism among children growing up in disadvantaged families. Low school motivation was also found to be associated with extensive medical absenteeism. It was concluded that as well as in pre-vocational secondary education as in primary education medical

absenteeism would require a broad and integrated approach by school personnel as well as YHC professionals, focusing not only on biomedical and health aspects but also on the psychosocial context and home environment of the child.

Due to the high number of school dropouts in intermediate vocational schools and the need of school personnel to also address medical absenteeism among their students according to MASS, an exploratory research on sickness reporting by intermediate vocational students is conducted. **Chapter 7** describes a qualitative study in intermediate vocational schools of students' perceptions of medical absenteeism, using semi-structured interviews. The aim of the study was to explore the reasons for medical absenteeism of students. Here also the ultimate objective was to find leads for adapting the intervention to this educational level. The following research questions were leading the interviews: what, according to the students, are their reasons for medical absence, and what factors, according to the students, influence their sickness reporting? As Veerman's model was used as theoretical foundation to adapt the MASS intervention to intermediate vocational education, this study also aimed to investigate to what extent Veerman's model applies to the medical absence of students in intermediate vocational education. The conclusion was that intermediate vocational students have different views on their medical absence. Besides medical reasons, feelings of being able to take own responsibility and the way the school context is perceived can also play a role in medical absence. This variety in backgrounds and the sometimes impulsive character of sick reporting, call for great diversity in the guidance of intermediate vocational students who report sick. In determining the guidance needed, one should take the student's own view on the absence as a starting point. Our study shows that Veerman's model does not seem applicable to the medical absence of intermediate vocational students.

Finally, in **chapter 8** the findings presented in the preceding chapters are combined and presented and considered thematically, including implications for practice and suggestions for future research. Subsequently, the strengths and limitations of the study are presented and discussed, followed by general reflections on the study findings. Moreover, designing a final version of the intervention and securing sustainable dissemination in the current policy climate are considered.

The studies presented have demonstrated that the MASS intervention is effective for pre-vocational secondary students with increased absence rates: systematic identification of students with extensive medical absenteeism by using the MASS-criteria, followed by consistent referral to a YHCP who designs and monitors a management plan that aims to optimize students' health and maximize students' participation in school activities and that is being monitored, is more effective than 'care-as-usual'. The great diversity of students' health condition calls for a personalized approach and the use of a biopsychosocial perspective that includes medical expertise. Through a joint effort of school staff and YHCs, students and parents, the educational and health outcomes of these students can be optimized, leading to a diminished volume of medical absenteeism.

The policy climate provides a foundation without which change will not be sustainable. An educational policy focus on the prevention of early school dropout, and on inclusion of students with disabilities and special education needs in general schools ('Inclusive Education') will contribute to putting medical absenteeism on schools' agendas. The current youth (health) care policy climate

with a focus on more preventive care ('Transforming Youth Care') will put medical absenteeism on the agendas of (public) health care and municipalities. Together these two policies may be expected to contribute to a sustainable and widespread dissemination of the MASS intervention.



## Samenvatting

Schoolverzuim is niet alleen van grote invloed op de individuele ontwikkeling van jonge mensen, en daarmee op hun toekomst, maar heeft ook een enorme maatschappelijke impact in zowel sociaal als economisch opzicht. Omvangrijk schoolverzuim beïnvloedt de sociale en emotionele ontwikkeling van leerlingen negatief en veroorzaakt een stagnatie in hun leerontwikkeling. Dit kan terugval naar een lager onderwijsniveau of zelfs voortijdig schoolverlaten tot gevolg hebben. De impact van schoolverzuim als gevolg van ziekmelding, het zogeheten ziekteverzuim, kan verklaard worden door de gevolgen van het schoolverzuim zelf en door de directe invloed van suboptimale gezondheid op schoolresultaten en de persoonlijke ontwikkeling. Gezien in levenslooperspectief kunnen zowel gezondheidsproblemen als lagere onderwijsprestaties op hun beurt een lagere sociaaleconomische status op volwassen leeftijd tot gevolg hebben. Deze lagere sociaaleconomische status kan vervolgens weer leiden tot de transgenerationale overdracht van minder gunstige gezondheid, resulterend in een neerwaartse spiraal. Naar verwachting zal deze neerwaartse spiraal worden voorkomen door een adequate aanpak van ziekteverzuim, waarbij bijtijds de onderwijskansen en de gezondheid van jonge mensen worden geoptimaliseerd. Dit kan een bijdrage leveren aan het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Ziekteverzuim moet daarom niet alleen gezien worden als een probleem voor de onderwijssector maar ook als een serieus probleem voor meer sectoren, waaronder de publieke gezondheidszorg.

In Nederland is de jeugdgezondheidszorg (JGZ) een belangrijk toepassingsgebied van de publieke gezondheidszorg. Het doel van de preventieve JGZ is het optimaliseren van de groei en ontwikkeling van kinderen en het (anticiperend) bewerkstelligen van benodigde ondersteuning en zorg, waardoor een verminderde gezondheid in het latere leven kan worden beperkt of zelfs voorkomen. De JGZ beoogt daarmee niet alleen het persoonlijk welbevinden en de toekomst van het kind te optimaliseren, maar eveneens sociaaleconomische gezondheidsverschillen te reduceren. Vanwege haar sociaal-medische expertise en biopsychosociale perspectief is de JGZ bij uitstek in staat te interveniëren bij ziekteverzuim. JGZ kan zo een bijdrage leveren aan het terugdringen van schoolverzuim en daarmee van sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

Omdat er geen interventies en voorzieningen bestonden die gericht waren op aandacht voor leerlingen met ziekteverzuim, is de interventie 'Medische Advisering van de Ziekgemelde Leerling', afgekort M@ZL, ontwikkeld. Dit gebeurde in nauwe samenwerking tussen de JGZ-afdeling van de GGD, scholen voor voortgezet onderwijs en de gemeentelijke leerplichtafdeling in West-Brabant. De interventie M@ZL kent een integrale en gepersonaliseerde aanpak waarbij schoolpersoneel en jeugdartsen een belangrijke rol spelen. M@ZL voorziet in een duidelijk kader waarin schoolpersoneel, in directe samenwerking met jeugdartsen, de mogelijkheid heeft om leerlingen en hun ouders te bereiken, aspecten van het ziekteverzuim van de leerlingen te bespreken, en een plan van aanpak te ontwikkelen en te monitoren dat is gericht op het optimaliseren van de gezondheid van leerlingen en het maximaliseren van hun deelname aan schoolactiviteiten.

Dit proefschrift wil een bijdrage leveren aan het krijgen van meer inzicht in het ziekteverzuim bij leerlingen in het voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (vmbo), het primair onderwijs (po) en het middelbaar beroepsonderwijs (mbo), en aan onderzoek naar de effectiviteit van de



interventie M@ZL. Hiervoor is de gezondheidstoestand van vmbo-leerlingen met omvangrijk ziekteverzuim onderzocht en is onderzoek gedaan naar de implementatie, verspreiding en effectiviteit van de interventie op het vmbo (deel I, hoofdstukken 1, 2 en 3). Daarnaast is verkennend onderzoek verricht naar aspecten van ziekteverzuim op het po en mbo, met als uiteindelijk doel het verkrijgen van aanknopingspunten voor mogelijke aanpassing van de interventie voor gebruik bij deze nieuwe doelgroepen (deel II, hoofdstukken 4, 5 en 6).

In **hoofdstuk 1** worden de achtergrond en de algemene uitgangspunten en doelen van het proefschrift beschreven in relatie tot de context van het beleid om schoolverzuim terug te dringen. Daarnaast wordt ingegaan op de impact van schoolverzuim op de ontwikkeling en de toekomst van jongeren, op factoren die op basis van literatuuronderzoek gerelateerd zijn aan ziekteverzuim, en op het perspectief en de toegevoegde waarde van de jeugdarts bij de aanpak van ziekteverzuim. Ook een beschrijving van de interventie M@ZL en de te verwachten resultaten ervan maken onderdeel uit van dit hoofdstuk. De kenmerken van praktijkgestuurd onderzoek worden beschreven als introductie op de onderzoeksopzet. M@ZL is ontwikkeld door middel van een participatieve benadering van onderaf en is vanaf de start geïmplementeerd in de praktijk, waardoor deze vorm van onderzoek meest aangewezen is.

**Hoofdstuk 2** beschrijft de pilot, gericht op de evaluatie van de interventie op het vmbo met betrekking tot acceptatie, haalbaarheid en bruikbaarheid, vanuit het perspectief van zowel de beroepskrachten als de leerlingen en hun ouders. Daarnaast werd er gezocht naar mogelijke uitkomstmaten en aanwijzingen voor effectiviteit. Deze pilot was deels kwalitatief en beschrijvend en deels kwantitatief van aard. De bevindingen gaven aanknopingspunten voor verdere ontwikkeling van de interventie. De aangepaste interventie, zoals beschreven in hoofdstuk 1, was vervolgens onderwerp van een grootschaliger praktijkgestuurde interventiestudie, waarvan de resultaten in hoofdstuk 3 en 4 worden beschreven.

In **hoofdstuk 3** worden de gezondheidstoestand en de kenmerken van de vmbo-leerlingen die voldeden aan de M@ZL-criteria voor ziekteverzuim (vier maal ziekgemeld in 12 schoolweken of meer dan zes opeenvolgende schooldagen) beschreven, vanuit het biopsychosociale perspectief van de JGZ. De gezondheidstoestand van 493 leerlingen die waren verwezen naar de jeugdarts in een schooljaar (2011-2012) werd beschreven op basis van analyse van de gegevens uit schooldossiers, medische onderzoeken en Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ's). Het onderzoek wees uit dat de toepassing van de drempelcriteria om te interveniëren bij omvangrijk ziekteverzuim leidde tot de signalering van leerlingen met een gemiddelde afwezigheid van 14% in 12 schoolweken. Wanneer leerlingen een gediagnosticeerde ziekte hadden, bleek dat bij ongeveer twee derde van hen eveneens problemen thuis of op school aan het ziekteverzuim ten grondslag lagen. Bij meer dan de helft de leerlingen werd het verzuim veroorzaakt door psychische of lichamelijke klachten, vaak in combinatie met problemen thuis of op school en niet door een gediagnosticeerde ziekte. De conclusie was dat de grote diversiteit van deze achterliggende problematiek vraagt om een gepersonaliseerde benadering, en dat een breed biopsychosociaal perspectief en sociaal-medische expertise nodig zijn om onderscheid te kunnen maken tussen opkomende psychische en lichamelijke ziektes, psychosociale problemen en leefstijlproblemen.

**Hoofdstuk 4** doet verslag van de effectiviteit van de interventie op het vmbo, op basis van een kwantitatieve studie met een quasi-experimentele opzet. Veranderingen in de omvang

van het ziekteverzuim van leerlingen met omvangrijk ziekteverzuim op zeven scholen die de interventie M@ZL hadden toegepast, werden vergeleken met veranderingen in de omvang van het ziekteverzuim van leerlingen met omvangrijk ziekteverzuim op zeven controlescholen waar de interventie M@ZL niet was toegepast maar waar de gebruikelijke zorg was verleend. De interventie bleek effectief te zijn voor vmbo-leerlingen met omvangrijk ziekteverzuim. Hieruit werd de conclusie getrokken dat de gepersonaliseerde benadering van ziekteverzuim door middel van systematische signalering van leerlingen met omvangrijk ziekteverzuim door gebruik te maken van de M@ZL-criteria, en consequente verwijzing naar jeugdartsen, die vervolgens een plan van aanpak ontwikkelen en monitoren, effectiever is dan het verlenen van de gebruikelijke zorg. De effectiviteit van de interventie bleek vooral uit de afname van het aantal ziekteverzuimperiodes, één van de factoren van de totale ziekteverzuimomvang.

In **hoofdstuk 5** wordt een onderzoek beschreven dat is gericht op het verkennen van factoren die de adoptie en (duurzame) verspreiding en implementatie van M@ZL beïnvloeden vanuit het perspectief van scholen. Op negen scholen voor voortgezet onderwijs waar M@ZL werd toegepast werden schooldirecteur en zorgcoördinator geïnterviewd met behulp van halfgestructureerde vragenlijsten. De volgende vragen gaven richting aan de interviews: wat beweegt schoolpersoneel om aandacht te besteden aan ziekteverzuim, wat zijn hun ervaringen met het toepassen van M@ZL, en welke faciliterende en belemmerende factoren hebben ze bij de implementatie van M@ZL ervaren, ook met betrekking tot duurzaamheid? De studie liet zien dat deze scholen in eerste instantie vooral M@ZL implementeerden vanuit het belang van individuele leerlingen: hun bezorgdheid om het welzijn en het toekomstperspectief van hun leerlingen en hun wens om deze zorg te delen met de ouders van die leerlingen. Volgens de geïnterviewden wordt door mentoren ook een positieve invloed ervaren van M@ZL op de betrokkenheid van ouders bij de school en op de kwaliteit van de leerlingenzorg. Tevens ondersteunt M@ZL in hun beleving bij het bereiken van het primaire onderwijsdoel van een zo hoog mogelijk slagingspercentage. Al deze factoren bevorderen de acceptatie en bruikbaarheid van M@ZL. Schoolmedewerkers zijn er volgens de geïnterviewden van overtuigd dat het terugdringen van ziekteverzuim de onderwijsresultaten verbetert en benadruken de voordelen van samenwerking met jeugdartsen. De geïnterviewden gaven aan dat adequate communicatie met alle betrokkenen over het doel van de interventie en training van mentoren in het voeren van een constructief gesprek over ziekteverzuim met leerlingen en hun ouders voorwaarden zijn voor succes. Ze stelden dat voor een duurzame implementatie van de aanpak van ziekteverzuim agendasetting van het onderwerp nodig is. Het thema is niet alleen voor de gezondheidszorg maar ook voor het onderwijs van groot belang en zou op de beleidsagenda van scholen moeten worden geplaatst. Om dit te kunnen bereiken is intersectoraal gezondheidsbeleid en samenwerking noodzakelijk.

Omdat verzuimpatronen zich al in een vroeg stadium aftekenen, is het belangrijk om een manier te vinden om schoolverzuim al op het primair onderwijs tot een minimum te beperken. **Hoofdstuk 6** beschrijft een onderzoek naar de factoren die een verhoogd risico op ziekteverzuim aangeven, met als uiteindelijk doel het geschikt maken van de interventie voor deze nieuwe doelgroep. De school- en JGZ-dossiers van basisschoolleerlingen met omvangrijk ziekteverzuim en van basisschoolleerlingen met het minste ziekteverzuim werden bestudeerd in een praktijkgericht vergelijkend retrospectief patiënt-controle-onderzoek. Het onderzoek toonde aan dat op reguliere basisscholen een omvangrijk ziekteverzuim vaker voorkomt bij een groep kinderen die opgroeit in kansarme gezinnen. Een lage schoolmotivatie bleek ook gerelateerd te

zijn aan omvangrijk ziekteverzuim. De conclusie werd getrokken dat ziekteverzuim, net als op het vmbo, ook in het primair onderwijs een brede en integrale benadering vraagt, zowel van het schoolpersoneel als van de professionals in de JGZ, waarbij niet alleen wordt gekeken naar biomedische en gezondheidsaspecten maar ook naar de psychosociale context en de thuissituatie van het kind.

Vanwege het hoge aantal voortijdig schoolverlaters op het mbo en de behoefte bij schoolpersoneel om ook op het mbo ziekteverzuim aan te pakken volgens de methode M@ZL, is explorierend onderzoek naar ziekteverzuim mbo-leerlingen gedaan. **Hoofdstuk 7** beschrijft een kwalitatief onderzoek naar de opvattingen over ziekteverzuim bij mbo-leerlingen, waarbij gebruik werd gemaakt van halfgestructureerde interviews. De studie had tot doel om de redenen voor het ziekteverzuim van leerlingen te verkennen. Ook hier was het uiteindelijke doel om aanknopingspunten te vinden voor aanpassing van de interventie voor dit onderwijsniveau. De volgende onderzoeksvragen gaven richting aan de interviews: wat zijn de redenen voor ziekteverzuim volgens de leerlingen en welke factoren beïnvloeden volgens de leerlingen hun ziekmeldingen? Omdat het model van Veerman werd gebruikt als theoretische onderbouwing om de M@ZL-interventie aan te passen aan het mbo, werd de studie ook gebruikt om te onderzoeken in welke mate het model van Veerman van toepassing is op het ziekteverzuim van mbo-leerlingen. De conclusie was dat leerlingen in het mbo verschillend denken over hun ziekteverzuim. Naast medische redenen kunnen hun beleving of ze eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen en de wijze waarop de schoolomgeving wordt ervaren ook een rol spelen bij ziekteverzuim. Die verscheidenheid in achtergronden, in combinatie met de soms impulsieve aard van de ziekmelding, vragen om een grote diversiteit in de begeleiding van leerlingen in het mbo die zich ziek melden. Bij het bepalen van de mate van begeleiding die de leerlingen nodig hebben, zouden derhalve hun eigen ideeën over hun verzuim als uitgangspunt genomen moeten worden. Het model van Veerman blijkt uit onze studie niet van toepassing op het ziekteverzuim van mbo-leerlingen.

Tenslotte worden in **hoofdstuk 8** de bevindingen uit de eerdere hoofdstukken gecombineerd en thematisch gepresenteerd en beschouwd, inclusief de consequenties voor de praktijk en suggesties voor verder onderzoek. Daaropvolgend worden de sterkten en beperkingen van de studie gepresenteerd en besproken, gevolgd door een algemene beschouwing op de onderzoeksresultaten. Ook de doorontwikkeling tot een definitieve versie van de interventie en de mogelijkheid voor duurzame verspreiding in het huidige beleidsklimaat worden besproken.

De gepresenteerde onderzoeken hebben uitgewezen dat de interventie M@ZL effectief is voor leerlingen in vmbo met een omvangrijke verzuimomvang: systematische signalering van leerlingen met omvangrijk ziekteverzuim door het gebruik van de M@ZL-criteria, gevolgd door consequente verwijzing naar de jeugdarts, die een plan van aanpak maakt en monitort dat gericht is op het optimaliseren van de gezondheid van de leerling en het maximaliseren van deelname aan schoolactiviteiten, is effectiever dan gebruikelijke zorg. De grote verscheidenheid in de gezondheidstoestand van leerlingen vraagt om een persoonlijke benadering en om toepassing van een biopsychosociaal perspectief, inclusief medische expertise. Door de gezamenlijke inspanning van schoolpersoneel, jeugdartsen, leerlingen en ouders kunnen de onderwijs- en gezondheidsresultaten voor deze leerlingen worden geoptimaliseerd, waardoor de ziekteverzuimomvang wordt teruggedrongen.

Het beleidsklimaat biedt een noodzakelijk fundament om duurzame verandering te bewerkstelligen. Binnen het onderwijsbeleid zullen zowel het beleid ter voorkoming van voortijdig schoolverlaten (vsv-beleid) als het beleid gericht op het re-integreren van leerlingen met beperkingen en speciale onderwijsbehoeften op reguliere scholen (Passend Onderwijs) bijdragen aan het agenderen van het onderwerp ziekteverzuim bij scholen. Het huidige jeugd(gezondheids) zorgklimaat met een nadruk op meer preventieve zorg (Transformatie Jeugdzorg) zal het onderwerp ziekteverzuim op de agenda plaatsen bij (publieke) gezondheidszorg en gemeenten. In combinatie zullen deze beleidslijnen naar verwachting bijdragen aan een duurzame en brede verspreiding van de interventie M@ZL.