



# DE GGD ALS MOTOR VAN MAATSCHAPPELIJKE GEZONDHEID

Schaalsprong in preventie als fundament voor brede welvaart



Brabant-Zuidoost

Datum:	14 oktober 2025
Organisatie:	GGD Brabant-Zuidoost
Aantal pagina's:	46
Status:	Gecontroleerd
Versie:	1.0

## Inhoud

1.	Inleiding .....	5
2.	Managementsamenvatting.....	6
3.	Ontwikkelingen .....	9
3.1.	Landelijke ontwikkelingen.....	9
3.2.	Regionale ontwikkelingen .....	10
4.	Procesaanpak.....	14
5.	Heroriëntatie taken GGD .....	16
5.1.	Definitie preventie .....	16
5.2.	Scope .....	16
5.3.	Uitvoeringsrichtingen .....	17
6.	Uitvoeringsrichting 1: thematisch en preventief .....	18
6.1.	Gezondheid in beweging: thematische routes naar de toekomst.....	18
6.2.	Focus op primaire en secundaire preventie: versterking van de basis, maar risico op gaten in de zorgketen. 19	
6.3.	Conclusie .....	21
7.	Uitvoeringsrichting 2: (sub)regionale bundeling contracttaken .....	22
7.1.	Waarom bundeling van contracttaken? .....	22
7.2.	Impact (sub)regionale bundeling van contracttaken.....	23
8.	Uitvoeringsrichting 3: van contract naar basis en omgekeerd.....	26
8.1.	Nu Niet Zwanger.....	26
8.2.	Keten op Maat .....	27
8.3.	VVE op Maat (Voor- en Vroegschoolse Educatie) .....	28
8.4.	Storm .....	28
8.5.	Advisering Omgevingswet .....	29
8.6.	Vroeghulp (verwijderen uit BAP).....	30
8.7.	Impact van contract naar basis .....	30
8.8.	Hoe verder?.....	32
9.	Vervolg naar een toekomstbestendige GGD op lange termijn .....	33



9.1.	Inrichting tijdelijke poortwachter voor (nieuwe) contracttaken .....	33
9.2.	Evaluatie .....	34
9.3.	Van schaa sprong naar gezondheidssprong .....	34
10.	Vervolgprocesstappen en tijdspad .....	35
11.	Wat doet de GGD om zich inhoudelijk voor te bereiden? .....	36
12.	Slotboodschap aan het bestuur .....	39
13.	Bijlagen huidige taken van de GGD .....	40
13.1.	Wettelijke taken .....	40
13.2.	Contracttaken op gemeentelijk niveau .....	41
13.3.	Contracttaken op preventieniveau .....	44

# 1. Inleiding

Terwijl de Brainport regio zich opmaakt voor een ongekeerde groeispurt, staat ook de publieke gezondheidszorg op een kruispunt door toenemende druk op het zorgstelsel, groeiende gezondheidsverschillen en een verslechtering van de mentale en fysieke gezondheid, van met name jongeren. Tegelijkertijd groeit het besef dat gezondheid niet alleen in de spreekkamer begint, maar juist in de leefomgeving van mensen: thuis, op school, op het werk en in de wijk. Deze inzichten vragen om een fundamentele heroriëntatie op de rol van preventie in het publieke domein.

Voor GGD Brabant-Zuidoost betekent dit een kans én een opdracht. Als publieke gezondheidsorganisatie staan we midden in de samenleving en beschikken we over de kennis, netwerken en uitvoeringskracht om gezondheid structureel te bevorderen.

De landelijke beleidskaders – het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), de Hervormingsagenda Jeugd 2023–2028 en de Samenhangende Preventiestrategie – bieden richting en houvast voor deze beweging. Ze onderstrepen het belang van domein overstijgende samenwerking, een sterke sociale basis en een preventieve aanpak die begint bij de jeugd en zich uitstrekt tot alle levensfasen. De drie landelijke beleidsdocumenten bieden gezamenlijk een richtinggevend kader voor een regionale preventieaanpak.

In dit visiedocument beschrijven we hoe GGD Brabant-Zuidoost deze landelijke kaders vertaalt naar een regionale strategie met als doel om de GGD toekomstbestendig te maken in het licht van maatschappelijke veranderingen, de schaa sprong en financiële uitdagingen. Daarbij kiezen we voor focus, samenwerking en structurele verankering van preventie in beleid én praktijk. Hiermee wordt richting gegeven aan de invulling van wettelijke en contracttaken die het meest bijdragen aan publieke gezondheidsopgaven. Het stelt ons in staat om te bepalen waar de grootste meerwaarde van de GGD zit, om prioriteiten te stellen, efficiëntie te vergroten en samen met gemeenten te bepalen welke taken essentieel zijn voor een robuuste GGD.

## **Van zorg naar preventie**

De GGD wil zich nadrukkelijker positioneren als partner in preventie en leefstijlbevordering. Programma's als GALA, IZA en AZWA bieden hiervoor handvatten. Maar dat vraagt ook om voldoende uitvoeringskracht, data gedreven werken en bestuurlijke samenwerking.

De boodschap is duidelijk: als Brabant-Zuidoost wil blijven groeien zonder dat de gezondheid van haar inwoners onder druk komt te staan, is investeren in publieke gezondheid noodzaak.

## 2. Managementsamenvatting

### Aanleiding en context

GGD Brabant-Zuidoost staat voor een fundamentele heroriëntatie op haar takenpakket, ingegeven door maatschappelijke ontwikkelingen, druk op het zorgstelsel, toenemende gezondheidsverschillen en de regionale schaa sprong (o.a. Project Beethoven). De GGD wil zich sterker positioneren als motor van publieke gezondheid, met een duidelijke focus op preventie en samenwerking met een robuuste en toekomstbestendige GGD als uitgangspunt.

### Strategische keuzes

In overleg met het Dagelijks Bestuur en ambtelijke vertegenwoordigers wordt een duidelijke koerswijziging geadviseerd. Deze adviezen zijn 3 september 2025 besproken in een extra Algemeen Bestuursvergadering die in het teken stond van de heroriëntatie van de taken van de GGD.

Het Algemeen Bestuur (AB) onderschrijft het belang van een robuuste GGD als regionale voorziening binnen de Gemeenschappelijke Regeling van 21 gemeenten. Er is een breed gedragen solidariteitsgevoel en een gedeeld besef dat de GGD een cruciale rol speelt in het versterken van de publieke gezondheid op regionaal niveau

#### 1. Preventiefocus

Het AB staat achter het advies om de GGD primair te richten op:

- Primaire en secundaire preventie inclusief de wettelijke taken.  
Tertiaire preventie en niet-preventieve (administratieve) taken worden daarmee niet langer als GGD-taak beschouwd behalve wanneer het AB deze taak als uitzondering beschouwt. Gemeenten blijven verantwoordelijk voor deze taken via bijv. WMO of OGGZ en kunnen deze op andere wijze organiseren. De consequenties hiervan moeten in een volgende fase verder worden uitgewerkt.

#### 2. Thematische ordening van preventieve taken

De preventieve inzet wordt georganiseerd rond een aantal gezondheidsthema's die richtinggevend zijn voor de toekomst. Deze thema's zijn gebaseerd op de resultaten uit onderzoeksmonitors en de regionale ontwikkelingen.

Thema's waar op dit moment aan gedacht wordt, zijn:

- Leefstijl en preventie
- Gezondheid van jeugd en jongeren
- Kwetsbare groepen en gezondheidsverschillen
- Mentale gezondheid
- Zorgtoegang en vergrijzing

Deze thema's worden in een volgende fase uitgewerkt in een meerjarenbeleidsplan en aangevuld met kwalitatieve doelstellingen (bijv. vermindering van het aantal jongeren in de jeugdzorg of verhoging van de vaccinatiegraad). Het huidige bestuur bespreekt en concretiseert deze thema's en doelen, zodat ze kunnen worden vastgesteld en overgedragen aan het nieuwe bestuur in 2026.

### 3. **Uitvoeringsniveau en samenwerkingsstructuren**

De uitvoering van GGD contracttaken vindt primair plaats op collectief niveau van de 21 gemeenten (basisaanbod preventie) met als uitgangspunt robuustheid en schaalvoordelen. Hierbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande subregionale samenwerkingsverbanden zoals Helmond - de Peel en Eindhoven – de Kempen.

Uitgangspunt is dat een contracttaak voldoende omvang moet hebben om uitvoerbaar te zijn. Dit vergroot efficiëntie, samenhang en kanselijkheid, maar vraagt ook om duidelijke afspraken en afstemming tussen gemeenten.

De GGD is van mening dat een volledige regionale bundeling van alle circa 55 contracttaken niet haalbaar is. Dit zou namelijk een onevenredige uitbreiding van personeel en middelen vereisen, die niet voldoende gecompenseerd wordt door een efficiëntere uitvoering.

De GGD ziet overigens wel mogelijkheden om in overleg met het bestuur, sommige contracttaken wél voor alle 21 gemeenten uit te voeren. Voor de overige contracttaken waar dit niet mogelijk wordt geacht, wordt een subregionale indeling voorgesteld die een werkbaar alternatief biedt en eveneens bijdraagt aan een meer gestroomlijnde uitvoering van de contracttaken. Deze indeling is als volgt:

- Eindhoven
- (Omliggend) Stedelijk Gebied Eindhoven (zonder Eindhoven): Best, Geldrop-Mierlo, Nuenen, Oirschot, Son en Breugel, Veldhoven, Waalre (7 gemeenten)
- Helmond - De Peel: Helmond, Asten, Deurne, Gemert-Bakel, Laarbeek, Someren (6 gemeenten)
- A2 - De Kempen: Cranendonck, Heeze-Leende, Valkenswaard, Bergeijk, Bladel, Eersel en Reusel-De Mierden (7 gemeenten).

### 4. **Tijdelijke poortwachtersfunctie**

Tijdens de extra AB vergadering in september is positief gereageerd op de inrichting van een tijdelijke poortwachtersfunctie die toetst of nieuwe en bestaande contracttaken passen binnen het strategisch kader van de GGD. De GGD ontwikkelt een afwegingskader en beoordeelt contracttaken op strategische relevantie, uitvoerbaarheid en bijdrage aan publieke gezondheid en legt dit vervolgens voor aan de poortwachter.

Deze poortwachter:

- Is geen aparte commissie, maar een tijdelijke taak binnen de ambtelijke structuur (Dagelijks Bestuur)
- Integreert het principe van normalisering in het afwegingskader
- Geeft advies aan het AB, dat vervolgens besluit
- Wordt na één jaar geëvalueerd op werking en effectiviteit

### 5. **Herpositionering van contracttaken binnen het basisaanbod**

Op basis van ambtelijke input is een top 5 van meest aangegeven taken voorgesteld om toe te voegen aan het basisaanbod:

- Nu Niet Zwanger (basisfunctionaliteit binnen het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA))
- Keten op Maat

- VVE op Maat
- STORM
- Advisering Omgevingswet

Tegelijkertijd wordt voorgesteld om de taak Vroeghulp kritisch te heroverwegen of te verwijderen uit het basisaanbod.

### **Wat vragen we van het Algemeen Bestuur?**

De huidige heroriëntatie betreft een voorgenomen besluit tijdens de extra AB vergadering van 3 september jl. In de vergadering van oktober wordt het Algemeen Bestuur gevraagd om op basis daarvan en de gevraagde aanvullingen in deze notitie *formeel* in te stemmen met de strategische keuzes die richtinggevend zijn voor de toekomst van de GGD. Deze omvatten:

1. Instemming met het strategisch kader waarin de GGD zich richt op primaire en secundaire preventietaken (naast de wettelijke taken).
2. Instemming om deze contracttaken te organiseren rond de belangrijkste gezondheidsthema's van de toekomst en dat deze thema's in een volgende fase bekrachtigd worden door het huidige AB ter overdracht aan het nieuwe AB in 2026.
3. Instemming met taakuitvoering op collectief niveau van de 21 gemeenten en anders contracttaak-uitvoering op *minimaal* subregionaal niveau zoals voorgesteld door de GGD in hoofdstuk 7.
4. Instemming met de inrichting van een tijdelijke poortwachtersfunctie, die toets of nieuwe en bestaande contracttaken passen binnen het strategisch afwegingskader inclusief de afspraak tot evaluatie na 1 jaar van de werking en effectiviteit van deze toetsingsfunctie.
5. Definiëren en bekrachtigen van het tijdspad richting implementatie.

## 3. Ontwikkelingen

### 3.1. Landelijke ontwikkelingen

#### **Een integrale beweging naar gezondheid**

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) benadrukt de noodzaak van een fundamentele transformatie van het zorgstelsel. De beweging is gericht op passende zorg: zorg die waarde toevoegt aan het leven van mensen, die dichtbij en digitaal beschikbaar is waar mogelijk, en die zich richt op gezondheid in plaats van ziekte. Deze beweging vraagt om een sterke regionale samenwerking, waarbij gemeenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en publieke gezondheidsorganisaties zoals de GGD gezamenlijk optrekken. Voor GGD Brabant-Zuidoost betekent dit een actieve rol in het verbinden van het medische en sociale domein, het versterken van de publieke gezondheid en het aanjagen van preventieve interventies. Hierbij werken we momenteel in twee IZA samenwerkingsregio's (Eindhoven – de Kempen; Helmond – de Peel) met verschillende samenwerkingspartners. De visie en de ambitie van de GGD is om deze samenwerking omhoog te trekken naar regio breed voor alle 21 gemeenten in MRE-verband.

#### **Preventie als fundament**

De Samenhangende Preventiestrategie van het Rijk stelt dat de gezonde keuze de makkelijke keuze moet worden. De ambitie is helder: een gezonde generatie in 2040. Deze strategie richt zich op zeven leefomgevingen – van thuis tot werk – en benoemt concrete doelen op het gebied van onder andere bewegen, voeding, middelengebruik, mentale gezondheid en vaccinaties. De focus ligt op jeugd en risicogroepen, met het besef dat gewoonten die op jonge leeftijd worden aangeleerd, bepalend zijn voor de gezondheid op latere leeftijd. Voor de GGD ligt hier een sleutelrol in het ondersteunen van ouders, scholen en gemeenten bij het creëren van gezonde omgevingen en het versterken van gezondheidsvaardigheden.

#### **Jeugd centraal in de hervorming**

De Hervormingsagenda Jeugd 2023–2028 onderstreept dat de jeugdzorg alleen houdbaar blijft als we investeren in de basis: een sterke pedagogische context, bestaanszekerheid, mentale veerkracht en domein overstijgende samenwerking. De agenda pleit voor een scherpere afbakening van de jeugdhulpplicht, het versterken van stevige lokale teams en het terugdringen van residentiële zorg. GGD Brabant-Zuidoost kan hierin bijdragen door vroegtijdige signalering via de jeugdgezondheidszorg, het ondersteunen van ouders en het bevorderen van een gezonde leefstijl en -omgeving bij jongeren. Ook de verbinding met het onderwijs, de ggz en het sociaal domein is hierbij essentieel.

#### **Health in All Policies (HiAP)**

HiAP is een beleidsbenadering waarbij gezondheid niet alleen de verantwoordelijkheid is van de gezondheidssector, maar van álle beleidsdomeinen. Het idee is dat beslissingen op het gebied van bijvoorbeeld ruimtelijke ordening, onderwijs, economie, milieu en sociale zaken ook invloed hebben op de gezondheid van mensen. Door gezondheid expliciet mee te nemen in al deze beleidsvelden, kunnen gezondheidsverschillen worden verkleind en kan de algehele volksgezondheid verbeteren.

## 3.2. Regionale ontwikkelingen

### Gezondheid en preventie in Brabant: urgentie, ongelijkheid en regionale regie

De gezondheid van Brabanders staat onder druk. De meest recente cijfers uit de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen bevestigen een zorgwekkend beeld: op het gebied van roken, alcoholgebruik en bewegen scoort de regio structureel slechter dan het landelijk gemiddelde. Minder dan de helft van de inwoners voldoet aan de beweegrichtlijnen, en het percentage mensen met overgewicht blijft onverminderd hoog. Vooral jongvolwassenen vallen op door een ongezondere leefstijl, met relatief veel middelengebruik en beperkte fysieke activiteit. Deze trends wijzen op een verhoogde toekomstige zorgvraag en onderstrepen het belang van investeren in een gezonde leefstijl als fundament voor maatschappelijke participatie en vitaliteit.

Tegelijkertijd blijft de mentale gezondheid een belangrijk aandachtspunt. Hoewel er geen verdere verslechtering zichtbaar is, blijven psychische klachten veel voorkomen, met name onder jongvolwassenen, ouderen en vrouwen. De ervaren gezondheid is sinds 2022 licht verbeterd, maar dit verhult niet dat vroegsignalering en preventieve ondersteuning essentieel blijven. Samenwerking tussen zorg- en welzijnspartners in de regio is hierin onmisbaar, zeker gezien de complexiteit van de problematiek en de verwevenheid met andere levensdomeinen.

De gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen zijn bovendien hardnekkig. Inwoners met een lager inkomen, zonder startkwalificatie of met een migratieachtergrond scoren op vrijwel alle gezondheidsthema's slechter. Jongvolwassenen binnen deze groepen ervaren vaker stress, psychische klachten en financiële problemen. Deze structurele ongelijkheid vraagt om gerichte inzet, met ondersteuning vanuit de GGD bij het vertalen van landelijke akkoorden naar lokaal beleid en het benutten van data voor effectieve interventies.

Een ander groeiend aandachtspunt is de druk op de zorg door de dubbele vergrijzing. Het aantal ouderen neemt toe, en zij worden gemiddeld ouder. Dit leidt tot een stijgende zorgvraag, zowel formeel als informeel. Meer dan de helft van de Brabanders maakt zich zorgen over de beschikbaarheid van zorg in de toekomst. Tegelijkertijd blijkt dat steeds meer mensen hulp weten te vinden binnen hun eigen netwerk en minder terughoudend zijn in het vragen om ondersteuning. Dit biedt kansen voor het versterken van eigen regie en netwerkzorg, maar vraagt ook om duidelijke communicatie en ondersteuning vanuit gemeenten en zorgpartners. Actieve inzet op gezond ouder worden is noodzakelijk, onder meer via programma's als Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO), Integraal Zorg Akkoord (IZA) en het Aanvullende Zorg en Welzijn Akkoord (AZWA).

Binnen deze context verdient ook de positie van mantelzorgers bijzondere aandacht. De zogenoemde 'sandwichgeneratie' – volwassenen die zorgen voor zowel hun kinderen als hun ouders – loopt een verhoogd risico op overbelasting. De vraag naar mantelzorg groeit, terwijl het aanbod onder druk staat. Gemeenten worden opgeroepen om mantelzorgers actief te ondersteunen, overbelasting tijdig te signaleren en maatwerk te bieden om hen duurzaam inzetbaar te houden.

De urgentie van deze opgaven wordt versterkt door de noodzaak tot regionale regie. De landelijke beleidskaders benadrukken het belang van domein overstijgende samenwerking en een preventieve aanpak. Regiobeelden en regioplannen vormen de basis voor gezamenlijke keuzes over inzet van middelen, prioriteiten en samenwerking. Voor GGD Brabant-Zuidoost betekent dit een noodzakelijke schaa sprong: het versterken van de uitvoeringskracht, het verbeteren van data gedreven werken en het intensiveren van de samenwerking met gemeenten, zorgverzekeraars en maatschappelijke partners. De Brabantse GGD-en trekken hierin gezamenlijk op. Door regionale samenwerking wordt

niet alleen de uitvoeringskracht vergroot, maar ook de samenhang in beleid en praktijk versterkt. De ambitie is helder: gezondheid structureel verankeren in de leefomgeving van mensen – thuis, op school, op het werk en in de wijk – en zo bijdragen aan een gezonde, veerkrachtige en inclusieve regio.

### **Gezondheid van jeugd in Brabant: kwetsbaarheid en kansen in beeld**

De gezondheid van kinderen en jongeren in Brabant laat een gemengd beeld zien. Enerzijds zijn er bemoedigende signalen die wijzen op een gezondere start voor de jongste generatie. Anderzijds blijven er hardnekkige zorgen over mentale druk, leefstijlproblemen en sociale kwetsbaarheid. De gezondheidsmonitors voor de leeftijdsgroepen 0–11 en 12–18 jaar maken duidelijk dat een integrale, leeftijdsspecifieke aanpak noodzakelijk is om gezondheid en veerkracht duurzaam te versterken.

Bij jonge kinderen (0–11 jaar) zijn positieve ontwikkelingen zichtbaar. Het gebruik van alcohol en tabak tijdens de zwangerschap is verder afgenomen, en steeds minder kinderen worden thuis blootgesteld aan sigarettenrook. Dit draagt bij aan een gezondere start en betere ontwikkelingskansen. Toch zijn er ook duidelijke aandachtspunten. Het aantal kinderen met overgewicht en obesitas is gestegen ten opzichte van eerdere jaren en ouders signaleren steeds vaker problemen op het gebied van slaap, zindelijkheid, eten en taalontwikkeling. De coronaperiode heeft bovendien impact gehad op het sociale welzijn van kinderen: één op de vijf ouders maakt zich zorgen over het contact van hun kind met leeftijdsgenoten, en bijna een derde uit zorgen over toegenomen schermgebruik. Ook blijkt dat een aanzienlijk deel van de kinderen niet jaarlijks naar de tandarts gaat, wat mogelijk samenhangt met uitgestelde zorg tijdens de pandemie.

Bij jongeren (12–18 jaar) is vooral de mentale gezondheid een bron van zorg. Sinds 2021 is het aantal jongeren dat zichzelf als gezond ervaart gedaald. Meisjes rapporteren vaker psychische klachten en geven aan minder veerkrachtig en weerbaar te zijn dan jongens. School blijkt een belangrijke bron van stress, met toenemende prestatiedruk en een stijging in meldingen van pesten. Ook op het gebied van lichamelijke gezondheid zijn er zorgen: slechts een klein deel van de jongeren voldoet aan de beweegrichtlijn van dagelijks minstens één uur bewegen, en het gebruik van alcohol, tabak en andere middelen blijft een punt van aandacht. De digitale wereld biedt voor velen een uitlaatklep, maar brengt ook nieuwe risico's met zich mee, zoals problematisch social mediagebruik.

Extra kwetsbaar zijn jongeren die opgroeien in armoede, te maken krijgen met een echtscheiding of mantelzorg verlenen binnen het gezin. Deze groepen lopen een verhoogd risico op gezondheidsproblemen en verdienen extra aandacht in beleid en ondersteuning. De cijfers maken duidelijk dat investeren in de mentale en fysieke gezondheid van jongeren urgenter is dan ooit. Niet alleen om problemen te voorkomen, maar ook om jongeren weerbaar te maken in een wereld die steeds meer van hen vraagt.

### **Van gezondheid naar groei: waarom investeren in brede welvaart essentieel is**

De inzichten uit de gezondheidsmonitors laten zien dat de gezondheid en het welzijn van kinderen, jongeren, jongvolwassenen en volwassenen in Brabant onder druk staan. Hoewel er lichtpuntjes zijn, blijven mentale klachten, leefstijlproblemen en sociale ongelijkheid hardnekkige uitdagingen. Deze signalen onderstrepen het belang van een omgeving die niet alleen economische groei faciliteert, maar ook actief bijdraagt aan gezondheid, leefbaarheid en gelijke kansen.

Juist in een regio als Brainport Eindhoven, waar de economische ontwikkeling in een stroomversnelling is geraakt, is het cruciaal om gezondheid en welzijn mee te nemen in de ruimtelijke en maatschappelijke inrichting. De schaa sprong en het bijbehorende Project Beethoven bieden een unieke kans om deze verbinding te maken. Door te investeren in woningen, mobiliteit, onderwijs en energievoorziening, én tegelijkertijd oog te houden voor de sociale en mentale veerkracht van inwoners, kan brede welvaart daadwerkelijk gerealiseerd worden.

### **Schaalsprong en Project Beethoven: gezondheid als randvoorwaarde voor groei**

De regio Brabant-Zuidoost staat aan de vooravond van een ongeken de transformatie. Onder de vlag van de zogeheten “schaalsprong” ontwikkelt Brainport Eindhoven zich in razend tempo tot een internationaal knooppunt van technologie, innovatie en economische kracht. ASML en andere hightechbedrijven trekken duizenden arbeidsmigranten, expats en studenten aan, wat leidt tot een forse bevolkingsgroei en een veranderende sociale dynamiek. Tegelijkertijd neemt de druk op publieke voorzieningen toe: van woningen en mobiliteit tot onderwijs, energie en zorg.

Om deze groei in goede banen te leiden, is Project Beethoven opgezet: een grootschalig investeringsprogramma van €2,51 miljard tot 2030, gedragen door het Rijk, de provincie Noord-Brabant en de 21 gemeenten van de Metropoolregio Eindhoven. Het project bouwt voort op eerdere investeringen in mobiliteit en verstedelijking en richt zich op het versterken van het vestigingsklimaat, het behouden van leefbaarheid en het faciliteren van economische groei. Onderdeel hiervan zijn onder andere de bouw van 17.000 extra woningen, de aanleg van multimodale vervoersknooppunten, investeringen in onderwijs en het aantrekken van internationaal talent voor de microchipindustrie.

Wat echter opvallend onderbelicht blijft in deze grootschalige plannen binnen de Metropool Regio Eindhoven, is de publieke gezondheid. Terwijl de regio zich voorbereidt op een verdubbeling van haar opgave, dreigt gezondheid als randvoorwaarde voor duurzame groei uit beeld te raken. Voor GGD Brabant-Zuidoost betekent dit een fundamentele herbezinning op haar rol, taken en capaciteit. De GGD moet meebewegen met de schaal en snelheid van de ontwikkeling, en dat vraagt om strategische keuzes en versterking van de uitvoeringskracht.

De uitdagingen zijn concreet en urgent. De bevolkingsgroei leidt tot een directe toename van de vraag naar jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, vaccinaties en gezondheidsbevordering. Tegelijkertijd kampt de zorgsector met personeelstekorten en financiële beperkingen. Prognoses laten zien dat het aantal inwoners in de regio stijgt van ruim 800.000 in 2024 naar mogelijk meer dan 1.050.000 in 2040. Alleen al binnen de jeugdgezondheidszorg wordt een toename van 20.000 tot 40.000 kinderen verwacht, wat neerkomt op 70 tot 140 extra basisscholen vol kinderen die recht hebben op preventieve zorg. De benodigde capaciteit binnen de jeugdgezondheidszorg stijgt van 213 FTE naar 269 FTE, exclusief de reguliere vervangingsvraag. Zonder structurele versterking van de personele en financiële kaders is doorgaan op de huidige manier geen optie.

Daarnaast verandert de samenstelling van de bevolking. Het aandeel internationals (inwoners die niet in Nederland geboren zijn) stijgt naar verwachting tot gemiddeld 27%, met uitschieters tot mogelijk 34%. Deze groepen zijn vaak onbekend met het Nederlandse zorgsysteem, spreken de taal niet en hebben andere verwachtingen van zorg. Zonder aanpassing dreigt een groeiende gezondheidskloof. De GGD moet investeren in meertalige communicatie, cultuur sensitieve voorlichting en toegankelijke zorgstructuren.

Ook de mentale gezondheid staat onder druk. Snelle groei en toenemende diversiteit kunnen leiden tot gevoelens van vervreemding, eenzaamheid en mentale belasting – vooral bij jongeren en internationals. De prognosemodellen tonen een sterke toename van het aantal jonge kinderen (0-9 jaar) en een gematigde groei van tieners. Dit vraagt om versterking van preventieve programma's zoals STORM en nauwe samenwerking met het sociaal domein.

De schaa sprong brengt bovendien nieuwe risico's met zich mee op het gebied van infectieziekten en gezondheids crises. Meer mensen, meer mobiliteit en internationale verbindingen en een lagere vaccinatiegraad vergroten de kans op uitbraken.

De schaa sprong biedt niet alleen uitdagingen, maar ook kansen. Door gezondheid centraal te stellen in de regionale ontwikkeling, kan Brabant-Zuidoost uitgroeien tot een voorbeeldregio waar economische groei hand in hand gaat met brede welvaart. Daarvoor is het nodig dat de GGD niet alleen uitvoerder is, maar ook adviseur, innovator en verbinder. Tot slot vraagt de schaa sprong om bestuurlijke samenwerking in een complex krachtenveld. De GGD opereert in een netwerk van gemeenten, provincies, zorginstellingen en maatschappelijke partners. In het licht van deze schaa sprong en Project Beethoven is het essentieel dat de GGD haar stem laat horen en gezondheid op de agenda zet. Alleen door strategische positionering en samenwerking kan de publieke gezondheid gelijke tred houden met de ambities van de regio. Want zonder gezonde inwoners, geen duurzame groei.

Op basis van de landelijke en regionale ontwikkelingen én de gezondheidsmonitors adviseren wij om te focussen op een aantal belangrijke thema's voor de komende jaren zoals:

- Leefstijl en preventie
- Gezondheid van jeugd en jongeren
- Kwetsbare groepen en gezondheidsverschillen,
- Mentale gezondheid en
- Zorgtoegang en vergrijzing

Deze thema's worden in hoofdstuk 6 nader toegelicht.

## 4. Procesaanpak

Een heroriëntatie op de GGD en haar taken is uitdagend en vraagt om een goed proces waarin met elkaar wordt gewerkt aan draagvlak voor de keuzes die uiteindelijk worden gemaakt. Tijdens de werkconferentie in december 2024 is een gedeelde ambitie uitgesproken om met deze heroriëntatie de verdiepende doorkijk te maken, om dan jaren vooruit te kunnen. De focus ligt in vooralsnog op de contracttaken, gezien de beleidsruimte die deze bieden ten opzichte van de wettelijke taken.

### Taken langs de lijn van de inhoud

Het proces leidt ertoe dat de dialoog kan worden gevoerd over de taken langs de lijn van de inhoud. Om het gesprek goed te kunnen voeren wordt gezorgd voor inzicht en overzicht in het huidige takenpakket. De analyse van de huidige taken vormt het vertrekpunt. Deze analyse is niet financieel gedreven, maar inhoudelijk: de maatschappelijke waarde en wettelijke verplichtingen staan centraal. We vatten de belangrijkste keuzes die bestuurlijk gemaakt kunnen worden samen in een aantal uitvoeringsrichtingen.

Met het bestuur zijn de volgende processtappen afgesproken:

- Inzicht verkrijgen in het huidige takenpakket van de GGD, inclusief wettelijke en contracttaken;
- Scenario's ontwikkelen die richting geven aan de toekomstige invulling van het takenpakket;
- De maatschappelijke en organisatorische impact hiervan op hoofdlijnen in beeld brengen;
- Komen tot bestuurlijke keuzes die bijdragen aan een kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en robuuste publieke gezondheidszorg.
- Keuzes in uitvoeringsplannen en bijpassend tijdspad.

Het proces is ingericht op basis van bestuurlijke en ambtelijke betrokkenheid. Naast de reguliere bestuurlijke lijn is een ambtelijke werkgroep samengesteld, bestaande uit inhoudelijk vertegenwoordigers van de 5 sub regio's (incl. een vertegenwoordiging vanuit de GGD). Deze werkgroep is sinds maart meerdere keren bijeen geweest en geïnformeerd over de stand van zaken in het proces. Tevens zijn ambtenaren van de 21 gemeenten verzocht om input aan te leveren voor mogelijke scenario's en specifieke taken waarover zij de onderlinge dialoog wensen te voeren.

Na eerdere stappen zoals hierboven beschreven, zijn voor de zomer van 2025 aanvullende procesmomenten toegevoegd om de heroriëntatie te verdiepen en te verbreden:

- 25 juni 2025 – Extra overleg Dagelijks Bestuur met ambtelijke werkgroep  
In juni vond een extra overleg plaats tussen het Dagelijks Bestuur en de ambtelijke werkgroep. Dit overleg was bedoeld om de voorlopige inzichten en scenario's te bespreken en gezamenlijk richting te geven aan de vervolgstappen. De input uit dit overleg is verwerkt in het conceptdocument dat is gedeeld met de ambtenaren en de leden van het Algemeen Bestuur (augustus 2025).
- 28 augustus 2025 - Extra raadsbijeenkomst. Deze bijeenkomst bood raadsleden van de 21 gemeenten de gelegenheid om zich te laten informeren over de GGD-taken en de uitdagingen en ontwikkelingen binnen de GGD alsmede hoe de GGD zich daarop voorbereid.

- 3 september 2025 – Extra Algemeen Bestuur (AB). Deze extra vergadering was specifiek gewijd aan de heroriëntatie. Tijdens deze bijeenkomst, is het conceptdocument 'heroriëntatie taken' besproken met de bestuursleden en zijn voorgenomen besluiten genomen. Tevens is om extra aanvullingen gevraagd die in deze versie van het document verwerkt zijn.
- 29 oktober 2025 – Besluitvorming in regulier AB. De input uit het extra AB-overleg wordt meegenomen in de definitieve besluitvorming die gepland staat voor de reguliere vergadering van het Algemeen Bestuur op 29 oktober 2025.

## 5. Heroriëntatie taken GGD

Bij een heroriëntatie op de taken van de GGD, is het essentieel om eerst helder te definiëren wat onder preventie wordt verstaan. Dit zorgt voor een gedeeld begrippenkader en voorkomt verwarring bij het maken van beleidskeuzes.

### 5.1. Definitie preventie

Preventie wordt doorgaans onderverdeeld in drie niveaus:

- **Primaire preventie:** Heeft als doel om ziekte te voorkomen door het wegnemen van de oorzaak. De doelgroep is de gezonde bevolking. Denk hierbij aan vaccinaties van baby's en projecten/ taken rondom mentale gezondheid of gezonde leefstijl.
- **Secundaire preventie:** Richt zich op mensen met een ziekte in een vroeg stadium, maar waarbij de ziekte nog niet is gediagnosticeerd. Het doel is om de ziekte vroegtijdig te behandelen, zodat deze geneest of niet verergert. Vroegtijdige opsporing gebeurt door bijv. bron en contactonderzoek en testen.
- **Tertiaire preventie:** heeft als doel om complicaties en ziekteverergering te voorkomen, mensen de helpende hand bieden om zo zorgonafhankelijk mogelijk te worden of te blijven. Het omvat voorlichting en het aanbieden van ondersteuning gericht op het voorkomen van verergering van klachten. Ook het bevorderen van de zelfredzaamheid valt hieronder.



### 5.2. Scope

In het kader van de heroriëntatie op taken is het voor GGD Brabant-Zuidoost logisch om de aandacht in eerste instantie te richten op de contracttaken aangezien gemeenten hier meer invloed op hebben. De wettelijke taken (bijlage 13.1) vormen immers het fundament van het werk van de GGD; deze staan daardoor minder ter discussie. Contracttaken daarentegen bieden meer beleidsruimte en flexibiliteit. Juist in een tijd waarin de GGD zich voorbereidt op een schaalprong en toekomstbestendige keuzes moet maken, is het zinvol om eerst kritisch te kijken naar welke

contracttaken daadwerkelijk bijdragen aan de missie en visie van de GGD en welke contracttaken mogelijk minder effectief een bijdrage hieraan leveren of versnipperd zijn.

Door nu te reflecteren op het contracttakenpakket kan de GGD strategisch bepalen welke taken passen binnen het basisaanbod en structureel geborgd kunnen worden. Dit biedt ook de mogelijkheid om het gesprek aan te gaan met opdrachtgevers over her-prioritering, bundeling of zelfs afbouw van bepaalde taken.

In een context van beperkte middelen en een krappe arbeidsmarkt is het bovendien essentieel om efficiënt om te gaan met capaciteit. Het heroverwegen van contracttaken helpt om middelen doelgericht in te zetten en te voorkomen dat deze ten koste gaan van kerntaken of van de impact op gezondheid.

Daarnaast biedt deze heroriëntatie ruimte om binnen de contracttaken te vernieuwen en beter aan te sluiten op regionale uitdagingen en behoeften. Door bewust te kiezen welke taken behouden blijven, welke geïntegreerd kunnen worden in het basisaanbod en welke mogelijk afvallen, kan de GGD zich sterker positioneren voor de toekomst. In een later stadium worden de wettelijke taken nader geanalyseerd.

### **5.3. Uitvoeringsrichtingen**

De analyse van de huidige contracttaken (bijlage 13.2) vormt in deze heroriëntatie het vertrekpunt. Deze analyse is niet financieel gedreven, maar inhoudelijk: de maatschappelijke waarde en wettelijke verplichtingen staan centraal. Op basis hiervan zijn er een aantal uitvoeringsrichtingen die wij het bestuur wensen voor te leggen:

1. Versterken van de preventieve focus aan de hand van thema's
2. (Sub)regionale bundeling van contracttaken
3. Herpositionering van contracttaken binnen het basisaanbod
4. Inrichting tijdelijke poortwachter
5. Tijdspad richting uitvoering

Per uitvoeringsrichting volgt in het volgende hoofdstuk een concretere uitwerking inclusief de impact hiervan.

## 6. Uitvoeringsrichting 1: thematisch en preventief

Om de GGD voor te bereiden op de toekomst is focus en richting nodig. In overleg met het Dagelijks Bestuur en een afvaardiging van ambtenaren lijkt het voor de hand liggend dat de GGD inzet op primaire en secundaire preventie. Hierdoor worden de taken die vallen onder tertiaire preventie en taken die überhaupt niet als preventief worden geclassificeerd (bijlage 13.3, blz. 46) in principe losgelaten. Gemeenten blijven echter wel verantwoordelijk voor deze taken via WMO of OGGZ en dienen deze dan zelf te organiseren.

Deze focus op primaire en secundaire preventie is onderschreven tijdens de extra AB vergadering van 3 september jl.

Daarnaast wordt geadviseerd om de contracttaken die vallen onder primaire en secundaire preventie (bijlage 13.3, blz. 44-46) onder te brengen in thema's voor de toekomst. Zodoende houdt de GGD focus. Deze thema's, zoals voorgesteld in paragraaf 6.1, worden in een volgende fase specifiek uitgewerkt in een meerjarenbeleidsplan en verder aangevuld met meer kwalitatieve doelstellingen (bijv. vermindering van het aantal jongeren in de jeugdzorg of verhoging van de vaccinatiegraad). Tijdens de extra AB vergadering van september jl. is voorgesteld om deze meerjaren thema's onderdeel te maken van de overdracht vanuit het huidige bestuur aan het nieuwe bestuur in 2026.

### 6.1. Gezondheid in beweging: thematische routes naar de toekomst

Een thematische focus sluit aan bij actuele maatschappelijke opgaven en (beleids)ontwikkelingen en biedt een herkenbare kapstok/structuur voor samenwerking met gemeenten, regionale partners en andere stakeholders. Binnen ieder thema kunnen taken vallen onder de twee verschillende preventieniveaus (primair/secundair).

Deze benadering kan helpen om de GGD toekomstbestendig en wendbaar te positioneren binnen het publieke gezondheidsdomein, ook in het licht van de schaa sprong. De thema's zijn een eerste aanzet en kunnen in de tijd veranderen, afhankelijk van beleidsprioriteiten en maatschappelijke ontwikkelingen.

De volgende vijf thema's bieden een richtinggevend kader:

#### 1. Leefstijl en preventie

- **Waarom belangrijk?** Brabanders scoren structureel slechter dan het landelijk gemiddelde op roken, alcoholgebruik, bewegen en overgewicht.
- **Aandachtspunten:** Jongvolwassenen, stagnatie in middelengebruik, onvoldoende beweging, overgewicht.

#### 2. Gezondheid van jeugd en jongeren

- **Waarom belangrijk?** Vroege problemen in leefstijl, mentale gezondheid en sociale ontwikkeling hebben langdurige impact.
- **Aandachtspunten:** Overgewicht, onvoldoende beweging, mentale druk, middelengebruik, sociale isolatie.

#### 3. Kwetsbare groepen en gezondheidsverschillen

- **Waarom belangrijk?** Structurele ongelijkheid in gezondheid tussen sociaaleconomische groepen.

- **Aandachtspunten:** Mensen met: lage sociaaleconomische status (SES), zonder startkwalificatie, migratieachtergrond, jongvolwassenen.

#### 4. Mentale gezondheid

- **Waarom belangrijk?** Mentale klachten blijven hardnekkig, vooral bij jongeren, vrouwen en ouderen.
- **Aandachtspunten:** Stress, eenzaamheid, prestatiedruk, suïcide.

#### 5. Zorgtoegang en vergrijzing

- **Waarom belangrijk?** De dubbele vergrijzing vergroot de zorgvraag en zet druk op formele én informele zorg.
- **Aandachtspunten:** Er zijn zorgen over de toegang tot toekomstige zorg, versterken zelfredzaamheid.

Daarnaast voert de GGD ook taken uit die niet direct binnen deze thema's vallen, maar die wettelijk verplicht zijn of essentieel zijn voor crisisrespons. Deze taken staan niet ter discussie. Denk bijvoorbeeld aan infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding en verschillende toezichttaken.

## 6.2. Focus op primaire en secundaire preventie: versterking van de basis, maar risico op gaten in de zorgketen

De GGD speelt een centrale rol in zowel primaire als secundaire preventie in Nederland, en dat komt door haar wettelijke taak en maatschappelijke functie in het beschermen en bevorderen van de volksgezondheid (bron: GGD GHOR). In een regio die zo snel groeit als Brainport Eindhoven, is het logisch om te investeren in preventie. Door in te zetten op zowel primaire als secundaire preventie bouwt de GGD aan een stevige basis voor gezondheid. Maar het in principe loslaten van tertiaire preventie, waaronder bijvoorbeeld bijzondere zorg en/of mantelzorg, brengt risico's met zich mee.

### Basisopdracht gemeenten vanuit wet- en regelgeving

Bijzondere zorg, zoals bemoeizorg, en mantelzorg hebben een wettelijke basis (resp. OGGZ en WMO) en gemeenten moeten voor deze specifieke doelgroepen zorgen. Wanneer de GGD deze tertiaire preventietaken zou loslaten, moeten gemeenten deze taken zelf organiseren of uitbesteden aan andere uitvoeringsorganisaties, wat organisatorische en financiële uitdagingen met zich meebrengt. De samenwerking en overdracht met gemeente en partners zal bij de nieuwe inrichting in eerste instantie extra aandacht nodig hebben en daar zal de GGD uiteraard haar rol pakken.

### Maatschappelijke impact van de keuze voor primaire en secundaire preventie

Positieve effecten:

- Sterke basis voor gezondheidsbevordering: door inzet op leefstijl, vaccinaties, gezondheidsbevordering en vroegsignalering.
- Vermindering van escalatie: secundaire preventie voorkomt dat kleine problemen groot worden.
- Efficiëntere inzet van middelen: door te focussen op preventie in plaats van nazorg.

- Verlichting van druk op eerstelijnszorg: door vroegtijdige interventie en betere samenwerking met ketenpartners.

Risico's bij het loslaten van tertiaire preventie door de GGD:

- Kwetsbare groepen kunnen tussen wal en schip vallen: mensen met complexe zorgvragen (zoals bijvoorbeeld mensen met onbegrepen gedrag) missen mogelijk de juiste ondersteuning.
- Risico op terugval of herhaling van problematiek: zonder langdurige begeleiding door bijvoorbeeld een wijk GGD-er kunnen eerder gesignaleerde problemen opnieuw opduiken of verergeren.
- Sociaal-maatschappelijke gevolgen: minder ondersteuning kan leiden tot meer uitval op werk, sociale isolatie en psychische klachten, vooral bij kwetsbare groepen.
- Verlies van expertise en continuïteit: De GGD heeft kennis van lokale populaties en netwerken. Het loslaten van taken kan leiden tot versnippering van zorg en verlies van samenhang in preventiebeleid.

### In het licht van de schaalsprong

De schaalsprong in Brabant-Zuidoost betekent:

- Meer inwoners, waaronder veel jongeren, expats en ouderen.
- Meer diversiteit, wat vraagt om maatwerk in preventie én ondersteuning.
- Meer druk op formele én informele zorg, zeker bij dubbele vergrijzing.

Het doel van tertiaire preventie is om de kwaliteit van leven te verbeteren, de zelfredzaamheid te vergroten en de zorgkosten te beperken. In een hard groeiende regio is het afbouwen van tertiaire preventie daarom risicovol.

Juist nu is er behoefte aan een samenhangende preventieketen, waarin signalering, begeleiding en ondersteuning op elkaar aansluiten. Het loslaten van tertiaire taken kan leiden tot zorgmijding, overbelasting van bepaalde doelgroepen en grotere gezondheidsverschillen. Bovendien hebben deze taken een wettelijke basis, gemeenten moeten voor deze specifieke doelgroepen zorgen. Wanneer de GGD deze tertiaire preventietaken niet langer uitvoert, moeten gemeenten deze taken zelf organiseren of onderbrengen bij andere uitvoeringsorganisaties.

### Niet preventieve taken loslaten

Bij de inventarisatie van de huidige taken van de GGD zijn een aantal taken naar boven gekomen die niet onder preventie vallen (bijlage 13.3, blz. 46). Hierbij kan de vraag gesteld worden in hoeverre deze taken een bijdrage leveren aan het verkleinen van gezondheidsverschillen en door de GGD uitgevoerd moeten worden.

Het betreft de volgende taken:

- **Registertaak Toezicht Kinderopvang:** past onvoldoende binnen de preventieve taken van de GGD. Het betreft een administratieve taak nl. het verwerken van alle mutaties vanuit kinderdagverblijven zoals nieuwe locaties, sluitingen, verhuizingen, andere groepen etc. De GGD voert deze taak uit voor 2 gemeenten, Eindhoven en Valkenswaard. Gevolg is dat deze taak door hen zelf uitgevoerd of elders belegd dient te worden.
- **Mantelzorgcompliment:** past onvoldoende binnen de preventieve taken van de GGD. De GGD voert deze contracttaak op verschillende wijze uit voor 2 gemeenten: Eindhoven en Valkenswaard. De GGD fungeert hierin als tussenstation voor het aanvraagproces. Het compliment moet aangevraagd worden in de gemeente waar de zorgvrager woont. Steunpunt Mantelzorg Verlicht behandelt de aanvragen voor het

mantelzorgcompliment namens deze twee gemeenten. Gevolg van het loslaten is dat deze taak door hen zelf uitgevoerd of elders belegd dient te worden.

- **Leerplichtadvisering:** past onvoldoende binnen de preventieve taken van de GGD. Binnen JGZ is onvoldoende medische formatie beschikbaar om de professionals in te zetten voor leerplichtadvies waardoor de wachttijden voordat een dossier opgepakt wordt, hoog zijn. Vanuit privacy mag leerplichtadvies niet in het kinddossier (Kidos) geregistreerd worden waardoor er een nieuw registratiesysteem nodig is (extra kosten). Gevolg is dat gemeenten deze taak elders zelf moeten uitvoeren of elders moeten beleggen.
- **Forensische Geneeskunde:** momenteel wordt er landelijk onderzocht en besproken hoe en door welke partij de regie op forensische medische expertise het beste kan worden georganiseerd. GGD BZO sluit aan op de landelijke ontwikkelingen.

#### **Voordelen en risico's loslaten niet preventieve contracttaken:**

- **Efficiënter gebruik van middelen en capaciteit:** In een context van beperkte middelen en een krappe arbeidsmarkt is het essentieel om capaciteit en middelen doelgericht in te zetten. Het loslaten van niet preventieve taken voorkomt dat deze ten koste gaan van wel preventieve taken.
- **Verlies van expertise en kwaliteit:** De GGD beschikt over specialistische kennis en ervaring. Als deze taken elders worden belegd, bestaat het risico dat de kwaliteit van uitvoering afneemt, zeker als de nieuwe uitvoerders minder ervaring hebben.
- **Toename van organisatorische druk:** gemeenten moeten deze taken zelf organiseren of onderbrengen bij andere uitvoeringsorganisaties, wat kan leiden tot extra organisatorische druk.

### **6.3. Conclusie**

Tijdens de extra AB vergadering van 3 september jl. was er consensus over de focus van de GGD op primaire en secundaire preventie, georganiseerd rond een aantal maatschappelijke thema's die zich richten op leefstijl, jeugd, kwetsbare groepen, mentale gezondheid en zorgtoegang. Deze thematische aanpak versterkt de basis van gezondheidsbevordering en maakt de organisatie wendbaar en robuuster richting de toekomst.

Het loslaten van tertiaire preventie en niet-preventieve contracttaken creëert meer ruimte voor deze focus, maar brengt mogelijk ook risico's met zich mee, wat vraagt om goede afspraken om gaten in de keten te voorkomen.

## 7. Uitvoeringsrichting 2: (sub)regionale bundeling contracttaken

Het Algemeen Bestuur heeft op 3 september 2025 het belang van solidariteit tussen de 21 gemeenten en een robuuste, toekomstbestendige GGD onderschreven. In het kader van de heroriëntatie op taken is het voorgenomen besluit genomen om de uitvoering van contracttaken efficiënter en effectiever te organiseren door bundeling van taken en minder versnippering op gemeentelijk niveau.

Het bestuur adviseert om contracttaken in eerste instantie zoveel mogelijk te bundelen op het niveau van alle 21 gemeenten waarbij aansluiting gezocht wordt bij reeds bestaande samenwerkingsstructuren zoals Eindhoven – de Kempen (15 gemeenten) en Helmond – de Peel (6 gemeenten). De voorgestelde aanpak bevordert efficiëntie, samenwerking en herkenbaarheid. Andere indelingen, bijvoorbeeld op basis van inwoneraantal of doelgroep grootte, zijn besproken maar sluiten minder goed aan bij de huidige en gewenste praktijk en de bestaande bestuurlijke samenwerkingsverhoudingen.

Vanuit de GGD wordt geconcludeerd dat een regionale bundeling van alle ongeveer 55 contracttaken momenteel niet als een realistisch scenario kan worden beschouwd. Dit vergt namelijk een onevenredige uitbreiding van personele capaciteit en (financiële) middelen. Een efficiëntere uitvoering van taken zal deze uitbreiding naar verwachting niet afdoende compenseren. De GGD kan vanzelfsprekend wel met het bestuur een aantal contracttaken identificeren die wél op regionaal niveau uitgevoerd kunnen worden.

Voor de resterende contracttaken stelt de GGD een subregionale indeling voor om zodoende efficiënter en meer gestandaardiseerd te kunnen werken. Deze voorgestelde indeling is als volgt:

- Eindhoven (ong. 250.000 inwoners).
- Samenwerkende gemeenten binnen het Stedelijk Gebied Eindhoven (exclusief Eindhoven): Best, Geldrop-Mierlo, Nuenen, Oirschot, Son en Breugel, Veldhoven, Waalre (7 gemeenten met ong. 200.000 inwoners).
- Helmond - De Peel: Helmond, Asten, Deurne, Gemert-Bakel, Laarbeek, Someren (6 gemeenten met ong. 218.000 inwoners).
- A2 & De Kempen: Cranendonck, Heeze-Leende, Valkenswaard, Bergeijk, Bladel, Eersel, Reusel-De Mierden (7 gemeenten met ong. 140.000 inwoners).

### 7.1. Waarom bundeling van contracttaken?

In het licht van de toekomstige schaa sprong en de ambitie om als GGD Brabant-Zuidoost slagvaardiger en efficiënter te opereren, wordt voorgesteld om contracttaken op *minimaal* (sub)regionaal niveau te bundelen. Waar deze taken nu vaak nog per gemeente verschillen of slechts op individuele gemeente worden uitgevoerd, biedt bundeling de mogelijkheid om over de gemeentegrenzen heen te komen tot een meer samenhangend en doelgericht preventieaanbod voor alle inwoners binnen minimaal een subregio. De gemeenten binnen een subregio maken daarbij gezamenlijk afspraken over de inhoud, uitvoering en financiering van deze taken.

De GGD neemt hierin een leidende rol. Als expert op het gebied van publieke gezondheid adviseert de GGD welke preventieve taken het meeste effect hebben op gezondheid en kansengelijkheid. Op basis van data, signalen uit de praktijk en kennis van wat werkt, kan de GGD richting geven aan keuzes die gemeenten maken. Zo wordt voorkomen

dat er versnippering ontstaat en wordt geborgd dat het aanbod aansluit bij de gezamenlijke regionale koers. Deze aanpak vergroot de maatschappelijke impact. Door preventieve diensten laagdrempelig en uniform beschikbaar te maken voor alle inwoners binnen de gehele regio of minimaal op subregio, wordt de kansengelijkheid versterkt. Meer inwoners krijgen toegang tot dezelfde basisvoorzieningen, ongeacht de gemeente waarin men woont. Bovendien maakt een afgestemd (sub)regionaal aanbod het mogelijk om gezondheidsproblemen eerder te signaleren en aan te pakken, wat op de lange termijn maatschappelijke kosten kan beperken. Voor gemeenten betekent deze werkwijze dat zij minder individueel beleid hoeven te ontwikkelen en uit te voeren. Door gezamenlijk op te trekken ontstaat er meer regie en samenhang binnen het sociaal domein. Dit bevordert de samenwerking tussen gemeenten onderling en met de GGD, en maakt het mogelijk om integrale preventieve programma's op te zetten die beter aansluiten bij de behoeften van de (sub)regio. Daarnaast levert bundeling schaalvoordelen op. Door het verminderen van versnippering in contracten en uitvoering kunnen middelen en personeel efficiënter worden ingezet. Ook ontstaat er ruimte voor standaardisatie, bijvoorbeeld in tarieven, werkwijzen en rapportages. Dit maakt het werk transparanter en beter beheersbaar, zowel voor de GGD als voor de gemeenten.

## 7.2. Impact (sub)regionale bundeling van contracttaken

**Doelstelling:** het bundelen van contracttaken op (sub)regionaal niveau heeft als doel:

- Versterking van samenhang en kwaliteit van preventieve dienstverlening
- Versterking van de regierol van de GGD als expert op publieke gezondheid
- Voorbereiding op de schaa sprong
- Efficiëntere inzet van middelen en personeel.

**Potentiële aandachtspunten:**

- Verminderd maatwerk: Lokale behoeften kunnen ondergesneeuwd raken in een gestandaardiseerd aanbod.
- Beperkte flexibiliteit: Gemeenten kunnen minder snel individueel schakelen of experimenteren met nieuwe taken.
- Risico op meerderheidslogica: Kleine gemeenten kunnen zich minder gehoord voelen in besluitvorming.
- Overgangskosten: Harmonisatie van contracten en processen vraagt tijd, inzet en mogelijk extra middelen.

**Mitigerende maatregelen:** om de nadelen te beperken, kunnen de volgende maatregelen worden overwogen:

- Heldere rolverdeling tussen GGD en gemeenten, met ruimte voor lokale input.
- De mogelijkheid tot flexibele modules binnen het basisaanbod, zodat maatwerk mogelijk blijft.
- Transparante besluitvorming, met aandacht voor kleinere gemeenten.
- Gefaseerde implementatie met evaluatiemomenten en ruimte voor bijsturing.
- Communicatie en participatie: gemeenten actief betrekken bij inhoudelijke keuzes.

### 7.3 Advies

- Collectieve uitvoering: De GGD voert haar contracttaken waar mogelijk uit op het niveau van alle 21 gemeenten, binnen de Gemeenschappelijke Regeling. Hierbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande subregionale samenwerkingsverbanden.
- Subregionale uitvoering: gezien het groot aantal huidige contracttaken, stelt de GGD voor om contracttaken op minimaal subregionaal niveau uit te voeren.
- Omvang en uitvoerbaarheid: Een contracttaak moet voldoende omvang hebben om efficiënt uitgevoerd te kunnen worden. Kleine contracttaken worden gebundeld of losgelaten.

Het bundelen van contracttaken op (sub)regionaal niveau biedt kansen voor een efficiëntere, samenhangende en meer impactvolle uitvoering van preventieve gezondheidsdiensten in de regio Brabant-Zuidoost. Door aan te sluiten bij bestaande subregionale structuren kan de GGD haar regierol versterken en op basis van expertise, data en praktijkervaring sturen op een uniform en toegankelijk basisaanbod dat kansengelijkheid bevordert en maatschappelijke kosten op termijn kan verlagen. Deze aanpak vermindert versnippering, vergroot de samenwerking tussen gemeenten en creëert schaalvoordelen in middelen, personeel en werkwijzen. Daarmee vormt (sub)regionale bundeling een strategische stap richting een toekomstbestendige, slagvaardige en doelgerichte publieke gezondheidszorg.

In onderstaande matrix is in beeld gebracht welke contracttaken al dan niet door minimaal één subregio worden uitgevoerd (status april 2025).

Taak	Uitvoering op min. 1 subregio? Ja/nee	Aantal gemeenten	Eindhoven	Best	Dirschot	Veldhoven	Waalre	Geldrop-Mierlo	Nuenen	Son en Breugel	Landgraaf	Geleen-Leende	Alken	Waarland	Bergeijk	Bladel	Eersel	Reusel-de Mierden	Helmond	Asten	Deurne	Geert-Bakker	Laarbeek	Someren
Gezonde Leefomgeving Helmond- De Peel	JA	6																	X	X	X	X	X	X
Proefvoorzichting	JA	18	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X
Huisvesting	NEE	1																						X
IOGG regisseur Eindhoven en Geert-Bakker	JA	2	X																			X		
IOGG Kind naar Gezonder Gewicht Geert-Bakker	NEE	1																				X		
Kansrijke start	JA	4	X																					
Leten op maat	JA	17		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X	X
Letenaanpak valpreventie Eindhoven	JA	1	X																					
Letenaanpakken en SEGV: toegang voor iedereen	JA	15	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Kind naar gezonder gewicht	JA	13	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X	X
Leefstijlinterventie GezondBest	NEE	1		X																				
lokale projectleider KnGG 2024-2025 Eindhoven	JA	1	X																					
Mantelzorgcompliment (geen preventieve taak)	JA	2	X																					
Mazl	JA	3	X																					
Mijn Niet Zwanger	JA	20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Onderzoek samenwerking kansrijke start	JA	1	X																					
Onderzoek vaccinatiegraad verhogende maatregelen	JA	1	X																					
Opgroeien en opvoeden	NEE	1																						
Pilot inloop meeloopuren KDV	NEE	1																						
Praktijkvandaag over morgen	NEE	1																						
Preventieakkoord Rookvrij Eindhoven	JA	1	X																					
Preventieakkoord mentale gezondheid Eindhoven	JA	1	X																					
Project seksuele diversiteit	JA	1	X																					
Projectleider De stap naar gezonder Son en Breugel	NEE	1								X														
Projectleider Dementievriendelijk Geldrop-Mierlo	NEE	1						X																
Projectleider Eenzaamheid Waalre	NEE	1					X																	
Projectleider beleidsondersteuning Kansrijke Start Son en Breugel	JA	7	X	X	X			X	X	X			X	X										
Regionale Drugsmonitor	JA	21	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Register kinderopvang (geen preventieve taak)	JA	2	X																					
Steunpunt Mantelzorg verlicht	JA	2	X																					
Stevig Ouderschap	JA	14	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X		X	X
Storm Eindhoven de Kempen	JA	14	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Storm Helmond - de Peel	JA	6																	X	X	X	X	X	X
ZVE indiceren + toeleiden	JA	1	X																					
ZVE op Maat	JA	19		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Zverbetering Informatievoorziening Mantelzorg (VIM)	JA	1	X																					
Zerhogen vaccinatiegraad Lakerloper	JA	1	X																					
Zideo Home Training	JA	14	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X		X	X
ZVGGZ	JA	14	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
ZWijk aanpak Rookvrij Leven voor Iedereen Geldrop	NEE	1						X																
ZWijkfoto's Geldrop Mierlo	NEE	1						X																

## 8. Uitvoeringsrichting 3: van contract naar basis en omgekeerd

### Essentiële taken basisaanbod preventie toevoegen/verwijderen

Tijdens het proces rondom de heroriëntatie, is door de inhoudelijk ambtenaren input geleverd op de huidige GGD taken en het al dan niet opnemen of verwijderen uit het Basisaanbod Preventie (BAP). Op basis van deze input is een top 5 samengesteld. Hierbij dient opgemerkt te worden dat hierover nog geen consensus is bereikt met alle 21 ambtenaren.

#### Voorstel toevoegen basisaanbod:

1. Nu Niet Zwanger
2. Keten op Maat
3. VVE op Maat (Voor- en Vroegschoolse Educatie)
4. STORM
5. Omgevingsadvisering (aanvulling vanuit GGD)

#### Voorstel verwijderen basisaanbod:

6. Vroeghulp

### 8.1. Nu Niet Zwanger

Nu Niet Zwanger (NNZ) is een krachtig voorbeeld van hoe samenwerking tussen het sociaal en medisch domein in de praktijk vorm krijgt. Door professionals uit beide domeinen te verbinden rondom een gedeeld doel – het ondersteunen van kwetsbare mensen in de vruchtbare leeftijd – ontstaat er een integrale aanpak die zowel preventief als duurzaam is. NNZ is een landelijk programma wat momenteel in 303 gemeentes in Nederland wordt uitgevoerd.

Recent is het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) getekend door onder meer zorgverzekeraars, VNG, VWS en diverse aanbieders van zorg en ondersteuning, waaronder GGD GHOR Nederland. Een van de uitgangspunten in het AZWA is de maatschappelijke opgave: dat iedereen gelijkwaardigere toegang moet hebben tot goede en betaalbare zorg en ondersteuning. De partijen zijn overeengekomen dat Nu Niet Zwanger een basisfunctionaliteit wordt voor inwoners in elke regio of gemeente. Door NNZ op te nemen in het basisaanbod van de GGD wordt hieraan concreet invulling gegeven. Door NNZ te borgen in het basisaanbod van de GGD, wordt de samenwerking tussen zorg- en hulpverleners structureel gefaciliteerd. Dit bevordert niet alleen de effectiviteit van het programma, maar ook de samenhang in het bredere zorg- en ondersteuningsaanbod voor kwetsbare doelgroepen. Het maakt het mogelijk om domein- overstijgend te blijven werken, met gedeelde verantwoordelijkheid en gezamenlijke doelen.

#### Voordelen Nu Niet Zwanger:

- **Gelijke toegang:** NNZ wordt toegankelijk voor alle kwetsbare mensen in de vruchtbare leeftijd, ongeacht woonplaats. Dit bevordert gelijke kansen.
- **Continuïteit van zorg:** NNZ is niet meer afhankelijk van tijdelijke projectfinanciering en wordt duurzaam geborgd. Dit bevordert de continuïteit van ondersteuning en voorkomt dat de GGD onnodig veel tijd kwijt is aan subsidieaanvragen en verantwoording.

- **Preventieve gezondheidswinst:** NNZ draagt bij aan het voorkomen van onbedoelde zwangerschappen bij kwetsbare doelgroepen. Dit voorkomt gezondheidsproblemen, vergroot zelfredzaamheid en vermindert maatschappelijke kosten op de lange termijn. Zie hiervoor de [maatschappelijke kosten baten analyse](#).
- **Professionalisering en kennisborging:** Door NNZ op te nemen in het basisaanbod, wordt de opgebouwde expertise binnen de GGD behouden en verder ontwikkeld. Dit voorkomt versnippering en verlies van kennis bij projectbeëindiging.

#### Impact GGD

Voor het toevoegen van Nu Niet Zwanger aan het Basis Aanbod Preventie is geen formatie uitbreiding nodig.

## 8.2. Keten op Maat

Jeugdgezondheidszorg werkt in wijk-/lokale teams. Deze teams werken nauw samen met de lokale partners en sluiten aan op de vragen en ontwikkelingen in de wijken/gemeenten. Afhankelijk van de afspraken met gemeenten sluiten JGZ-professionals aan bij diverse activiteiten binnen de zorg- en welzijnketen.

Keten op Maat sluit als dienst aan bij de landelijke gestelde kaders binnen de Hervormingsagenda Jeugd en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord

#### Keten op Maat: meerwaarde

Door Keten op Maat op te nemen in het BAP krijgt de JGZ structureel ruimte om aan te sluiten bij regionale ontwikkelingen en innovaties in het medisch, sociaal en onderwijsdomein. Het maakt deelname mogelijk aan beleidsontwikkeling, multidisciplinaire werkgroepen, pilots en coalities zoals Kansrijke Start en Pact Woensel Zuid. JGZ kan zo bijdragen aan de vorming van stevige lokale teams, zoals beoogd in de Hervormingsagenda Jeugd en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord. Dit versterkt de positie van JGZ op het snijvlak van zorg en sociaal domein.

#### Maatschappelijke voordelen

- Betere samenwerking met partners leidt tot een doorgaande lijn in zorg en ondersteuning voor ouders en kinderen.
- JGZ sluit beter aan op nieuwe werkwijzen en methodieken binnen het netwerk.
- Versterking van complementaire lokale teams waarin JGZ een actieve rol speelt.

#### Impact GGD

- Gemeenten zoals Eindhoven, Helmond, Gemert-Bakel, Asten en de Kempen kopen Keten op Maat niet in. Opschaling zou voor JGZ een verdubbeling van uren betekenen en mogelijk ook een kleine uitbreiding in formatie, vooral in grote gemeenten.
- Zonder structurele inbedding loopt JGZ het risico onvoldoende aangesloten te zijn op innovaties en landelijke ontwikkelingen. Dit leidt tot versnipperde inkoop en een reactieve positie, waardoor preventieve expertise onderbenut blijft.

### 8.3. VVE op Maat (Voor- en Vroegschoolse Educatie)

Voor- en vroegschoolse educatie is bedoeld voor kinderen tussen 2,4 en 6 jaar oud met een risico op een onderwijsachterstand en is gericht op het bevorderen van onderwijskansen. Zonder deze steun starten ze vaak met een achterstand, iets waar ze hun hele leven last van kunnen blijven houden.

Volgens de wet moeten gemeenten samen met het onderwijs en de kinderopvang jaarlijks vaststellen welke kinderen in aanmerking komen voor vroeg- en voorschoolse educatie. De GGD is via het consultatiebureau betrokken bij het signaleren van ontwikkelingsachterstanden en geeft de indicatie voor VVE af wanneer een kind dat nodig heeft.

VVE op maat bevat onderdelen die wettelijk verplicht zijn voor een gemeente en waarvoor gekozen kan worden deze te beleggen bij GGD BZO. Sinds 2025 financieren bijna alle gemeenten in de regio BZO, m.u.v. Gemert-Bakel, een vorm van maatwerk binnen VVE. Door het toe te voegen aan het Basisaanbod Preventie kunnen we in alle gemeentes hetzelfde aanbod bieden wat ten gunste is van de kansengelijkheid binnen de regio BZO.

#### **Toevoegen VVE op maat aan BAP: meerwaarde**

Momenteel bevat het BAP enkel de verwijzing naar VVE. Door VVE op maat toe te voegen ontstaat:

- Gelijke toeleiding voor kinderen.
- Betere doelgroep inzichten: JGZ en gemeenten krijgen scherper zicht op regionale verschillen en kunnen gericht benaderen.
- Gelijke onderwijskansen: kinderen krijgen regionaal dezelfde start in het onderwijs.
- Versterkte opvolging: meer ruimte voor opvolging van verwijzingen leidt tot betere deelname en rapportage.
- Consistente samenwerking: voorscholen en onderwijs werken in elke gemeente op dezelfde manier samen met JGZ.
- Snellere zorgtoeleiding: door betere opvolging kunnen kinderen sneller worden verwezen voor onderzoek en passende zorg.

#### **Impact GGD**

Toevoeging aan het Basisaanbod Preventie vraagt hoofdzakelijk om meer verpleegkundige formatie en deels om meer jeugdartsen formatie (medisch) onder andere voor beleidsadvies gemeenten. JGZ heeft tijd nodig om de formatie hierop aan te passen, mits er ook de juiste werknemers voor te vinden zijn.

### 8.4. Storm

De mentale gezondheid van jongeren (10–22 jaar) staat onder druk. Vroege interventie is cruciaal om depressieve klachten en suïcidale gedachten te voorkomen. De netwerkaanpak Strong Teens and Resilient Minds (STORM) is ontwikkeld na een hoog aantal suïcides onder Brabantse jongeren en is opgenomen in de Landelijke Agenda Suïcidepreventie. Vanaf juli 2025 zijn gemeenten wettelijk verplicht lokaal beleid te voeren op suïcidepreventie via de Wet integrale suïcidepreventie. STORM bestaat uit bewezen effectieve interventies uitgevoerd door ketenpartners (GGD, GGZ, scholen, gemeenten).

#### Positieve effecten van Storm:

- Het zorgt voor kansengelijkheid omdat iedere leerling in het voortgezet onderwijs hetzelfde aanbod rondom mentale gezondheid krijgt.
- Afname depressieve klachten bij jongeren. 38,3% van de jongeren ervaart na twaalf maanden minder depressieve klachten.
- Afname van depressie op volwassen leeftijd. Het is aannemelijk dat STORM ook op de langere termijn effect heeft dankzij de preventieve werking van het programma.
- Afname van suïcidale gedachten en suïcide onder jongeren.
- Toename van weerbaarheid en veerkracht bij jongeren.
- Toename van signalerings- en gespreksvaardigheden bij mentoren en docenten.
- Sterke samenwerking tussen betrokken organisaties. GGD, GGZ, scholen en gemeenten vormen samen een stevig en toegankelijk vangnet.

#### Impact GGD

- GGD BZO voert Storm al uit voor 20 gemeenten m.u.v. gemeente Cranendonck. Het zou met name een verdubbeling van inzet betekenen voor de jeugdverpleegkundigen wanneer we naast leerjaar 1 ook leerjaar 4 erbij gaan nemen. Dit geldt alleen voor regio Eindhoven en omliggende gemeenten. In de regio Helmond en de Peel wordt Storm al uitgevoerd in leerjaar 1 en 4.
- Wanneer Storm wordt toegevoegd aan het BAP dan kunnen er minder uren besteed worden aan projectleiding.
- Voor Storm is er een nauwe samenwerking met GGZ Eindhoven voor de opvolging bij jongeren met verhoogd risico. Voor een deel is de GGD penvoerder (Storm 2.0), voor een ander deel is dat de GGZ (Storm 1.0).
- Voor Storm 2.0 ontvangt de GGD van Stichting 113 een subsidie van ongeveer € 289.000. Vanaf schooljaar 2026–2027 treedt de nieuwe Landelijke Agenda 4 in werking. Het is op dit moment nog onduidelijk of daaruit opnieuw subsidiegelden beschikbaar zullen worden gesteld voor de STORM-aanpak. De verwachting is echter dat, als er opnieuw subsidie wordt verstrekt, deze waarschijnlijk lager zal uitvallen dan de huidige 50% dekking van de totale kosten. De subsidie is bovendien tijdelijk van aard, omdat zij specifiek bedoeld is als startfinanciering voor nieuwe regio's. Zonder garantie van verlenging van deze subsidie stijgt de inwonersbijdrage aanzienlijk. Bij opname in het basisaanbod, zal voor Helmond en de Peelgemeenten een potentiële besparing zitten door het wegvallen van de financiering van GGZ als penvoerder voor Storm 1.0.

## 8.5. Advisering Omgevingswet

Gemeenten worden via de Omgevingswet verplicht om gezondheid mee te nemen in ruimtelijke ordening. De GGD beschouwt advisering m.b.t. omgevingsvisies als een basistaak en daarmee dat onze inspanningen gefinancierd worden middels een structureel bedrag per inwoner. Aangezien de drie Brabantse GGD-en samen al jaren het bureau Gezondheid Milieu & Veiligheid in stand houden is het van belang dat de drie GGD-en wat betreft de advisering Omgevingswet samen optrekken in de voorbereiding en uitvoering. De besturen van GGD West Brabant en Hart voor Brabant hebben reeds in 2024 ingestemd met het opnemen van de voorgestelde GGD-taken in het basispakket en

hebben besloten om vanaf 2024 de benodigde middelen hiervoor structureel beschikbaar te stellen. De genoemde basistaken zijn in 2023 in samenwerking met de andere Brabantse GGD-en op basis van aannames doorgerekend. De jaarlijkse structurele kosten werden toen geraamd op € 0,13 per inwoner.

#### **Impact GGD**

Voor het toevoegen van deze taak aan het basisaanbod is geen extra formatie nodig.

### **8.6. Vroeghulp (verwijderen uit BAP)**

Vroeghulp binnen de JGZ richt zich op het vroegtijdig signaleren en ondersteunen van kinderen van 0 tot 7 jaar met (mogelijke) meervoudige ontwikkelings- en/of gedragsvragen. Zij krijgen advies van een multidisciplinair team van experts op het gebied van jonge kinderen. Het doel is om preventief passende hulp te bieden en escalatie van problematiek te voorkomen. Hierdoor hebben ouders snel toegang tot de juiste diagnostiek, passende zorg en passend onderwijs.

Vroeghulp wordt door 11 van de 21 gemeenten niet gezien als basistaak vanwege:

- onvoldoende aangetoonde meerwaarde;
- alternatieve lokale invulling en organisatie;
- zorgen over efficiëntie van de taak, kosten en effectiviteit van de huidige rolverdeling in de uitvoering;
- gebrek aan uniformiteit in behoefte en gebruik;
- onvoldoende inzage in de kosten van vroeghulp en het aantal keren dat het daadwerkelijk wordt ingezet.

#### **Gevolgen van het wegvallen van Vroeghulp**

- Verlies van expertise: De coördinator Vroeghulp heeft veel ervaring met complexe problematiek en korte lijnen met deskundigen. JGZ-medewerkers verliezen een belangrijke sparringpartner, wat leidt tot snellere en mogelijk onnodige verwijzingen naar (jeugd)zorg.
- Verlies van regionale samenwerking: Het laagdrempelig overleg tussen sociaal en medisch domein, inclusief anonieme casusbesprekingen, komt te vervallen. Gemeenten die niet bijdragen aan Vroeghulp profiteren toch van de bredere samenwerking, wat ongelijkheid creëert.
- Afwijking van landelijke koers: De regio wijkt af van landelijke ontwikkelingen waarin Vroeghulp als waardevol wordt gezien.
- Landelijke agenda's: Een stap terug in de realisatie landelijke ontwikkelingen binnen het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord en Hervormingsagenda Jeugd.

### **8.7. Impact van contract naar basis**

Door contracttaken structureel op te nemen in het basisaanbod kan iedere inwoner profiteren van een breder aanbod in preventie, terwijl maatschappelijke kosten op de langere termijn dalen waarmee we de gehele zorgketen ontlasten.

Als het basisaanbod groeit, moet de GGD investeren in o.a. andere meer personeel, middelen en expertise. Zonder bijbehorende structurele financiering (via de inwonersbijdrage) ontstaat druk op bestaande taken.

#### Maatschappelijke impact:

- **Kansengelijkheid:** laagdrempelige en gelijke toegang tot preventieve diensten voor alle inwoners, ongeacht hun postcode of sociaaleconomische status.
- **Vroegsignalering voorkomt verergering van problematiek:** door bovenstaande taken voor alle inwoners toegankelijk te maken, worden gerelateerde problemen eerder gesignaleerd en aangepakt, met minder maatschappelijke kosten op de lange termijn.

#### Impact gemeente(n):

- **Kwaliteit en continuïteit:** door opname in het basisaanbod worden taken structureel gefinancierd en ontstaat er minder afhankelijkheid van jaarlijkse contractonderhandelingen en lokale keuzes. Dit zorgt voor meer continuïteit en borging van preventieprogramma's.
- **Efficiëntie en schaalvoordelen:** minder versnippering en efficiëntere inzet van middelen en personeel.
- **Inwoners-/kind bijdrage:** het toevoegen van contracttaken aan het basisaanbod betekent een stijging in de inwoners-/kind bijdrage.
- **Van (individueel) maatwerk naar meer uniformiteit:** maatwerk betekent dat contracten kunnen verschillen per gemeente op inhoud of uitvoering van de taak, inspanning in uren door de professional of in uurtarief van een professional (als gevolg van oud Zorgboog en ZuidZorg tarieven). Door opname in het basispakket ontstaan meer gestandaardiseerde werkwijzen, monitoring en kwaliteitscriteria omdat er een uniforme manier van werken wordt gehanteerd.

#### Financiële impact:

Taak 📌	# Gemeente	Verwachte Bijdrage per inwoner 2025**	Verwachte bijdrage per kind 2025 📌	netto impact in € x 1000 (incl. wegvallen contracttaken)
Huidige bijdrage per inwoner/kind		€ 22,81	€ 512,95	
Nu Niet Zwanger	20	€ 0,41		- € 27 K
Keten op Maat	14		€ 13,59	€ 191 K
VVE op Maat	16		€ 8,66	€ 30 K
Storm (excl. Subsidie St. 113)	13 (via GGD) 20 (incl. Storm 1.0 via GGZ)	€ 1,09		€ 599 K (Note: excl. besparing Helmond-de Peel door wegvallen financiering van GGZ)
Omgevingsadvisering		€ 0,14		€ 103 K
Vroeghulp (verwijderen uit BAP)	21	- € 0,10		- € 82 K
Correctie Bijdrage per inwoner / kind		€ 1,54	€ 22,26	
Nieuwe bijdrage per inwoner/kind		€ 24,35	€ 535,21	
Totale impact ( na correctie o.b.v. aantal inwoners/kinderen per 1-1-2025)				€ 814 K

Note: 📌 inhoudelijke verschillen per taak per gemeente 📌\*\* betreft een indicatie, tarief in 'pressure cooker' nu doorberekend op basis van 2024 volume tegen tarieven 2025 en verdient verdiepingsslag na besluit

## 8.8. Hoe verder?

Ten aanzien van de genoemde contracttaken en de mogelijke opname in dan wel verwijdering uit het basisaanbod, is tot op heden geen breed gedragen dialoog gevoerd, noch is er consensus bereikt, met uitzondering van de taak *Nu Niet Zwanger*, dat inmiddels ook als basisfunctionaliteit is vastgesteld binnen het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA).

In samenwerking met de ambtelijke afvaardiging en de GGD worden toetsingscriteria geformuleerd die richtinggevend zijn voor de beoordeling of een contracttaak in aanmerking komt voor opname als basistaak. Indien een contracttaak voldoet aan deze criteria en er overeenstemming bestaat binnen de ambtelijke afvaardiging en de GGD, wordt de betreffende taak voorgelegd aan de poortwachtersfunctie, belegd bij het Dagelijks Bestuur waarna vervolgens besluitvorming plaatsvindt door het Algemeen Bestuur.

## 9. Vervolg naar een toekomstbestendige GGD op lange termijn

De uitdagingen naar de toekomst vragen meer en meer om anticiperend gedrag en helpt de GGD om flexibel, effectief en toekomstgericht te blijven werken, met blijvende aandacht voor de kwaliteit en bereikbaarheid van de publieke gezondheidszorg voor alle inwoners. Omdat de voorgestelde uitvoeringsrichtingen binnen korte tijdslijnen tot stand zijn gekomen, zijn de onderliggende data in deze notitie vooralsnog enkel gebaseerd op de financiële overzichten van 2024. Hierdoor kunnen er verschillen zitten met 2025. Afhankelijk van de keuze van de toekomstige richting vindt een meer gedetailleerde uitwerking van de organisatorische en financiële consequenties plaats in de vervolgplannen. In deze uitwerking wordt ook rekening gehouden met de huidige context rondom de schaa sprong.

### 9.1. Inrichting tijdelijke poortwachter voor (nieuwe) contracttaken

De samenwerking tussen gemeenten en de GGD op het gebied van publieke gezondheid en preventie vraagt om een toekomstbestendige en strategische aanpak. Momenteel worden veel contracttaken op verzoek van individuele gemeenten aangegaan, wat leidt tot versnippering en druk op de uitvoeringscapaciteit. Om dit proces te stroomlijnen en te versterken, wordt voorgesteld om een zgn. poortwachter in te richten die als tijdelijk toetsingsmechanisme fungeert voor (nieuwe) contracttaken. Na een jaar vindt evaluatie van de werking hiervan plaats.

Het doel van de poortwachter is het beoordelen van (nieuwe) contracttaken op strategische, inhoudelijke en uitvoerbare gronden. Hiermee wordt geborgd dat bestaande en nieuwe taken bijdragen aan de publieke gezondheid, uitvoerbaar zijn binnen de GGD-organisatie en bestuurlijk gedragen worden. Uitgangspunt is om gezondheid niet als iets bijzonders of aanvullends te behandelen, maar als een normale, structurele pijler binnen gemeentelijk beleid en uitvoering (normalisering). Wanneer een taak voldoet aan de toetsingscriteria en er overeenstemming bestaat binnen de ambtelijke afvaardiging en de GGD, wordt de betreffende taak voorgelegd aan de zgn. poortwachter, belegd bij het Dagelijks Bestuur waarna vervolgens besluitvorming plaatsvindt door het Algemeen Bestuur.

#### Voorbeeld voor een afwegingskader contracttaken:

1. Strategische inbedding: Past de taak binnen de GGD-meerjaren strategie en gezondheidsthema's?
2. Normalisering: Is de taak structureel onderdeel van gemeentelijk beleid?
3. Uitvoerbaarheid: Is er voldoende personele uitvoeringscapaciteit en financiële middelen?
4. Publieke meerwaarde: Draagt de taak bij aan preventie en publieke gezondheid?

Als het Algemeen Bestuur achter de inrichting van een dergelijke poortwachter als tijdelijke taak staat, volgt nadere uitwerking en wordt door de ambtelijke afvaardiging en de GGD een afwegingskader opgesteld dat richtinggevend is voor de beoordeling of een contracttaak in aanmerking komt voor opname als basistaak. Dit afwegingskader wordt ter besluitvorming voorgelegd aan het AB.

## 9.2. Evaluatie

Het is goed om met regelmaat jezelf een spiegel voor te houden; doen we nog steeds de goede dingen en doen we deze goed? Het regelmatig evalueren van de taken van de GGD is daarom essentieel en houdt de GGD scherp, relevant en toekomstbestendig. We willen dit structureel doen om verschillende redenen:

- **Aansluiten bij veranderende maatschappelijke en regionale (gezondheids)ontwikkelingen:** door schaalvergroting, demografische verschuivingen en nieuwe gezondheidsuitdagingen veranderen de behoeften van inwoners en gemeenten voortdurend. Regelmatige evaluatie zorgt dat de GGD haar taken kan aanpassen aan deze nieuwe context en toekomstbestendig blijft.
- **Verbeteren van effectiviteit en doelmatigheid:** evaluaties maken inzichtelijk welke taken daadwerkelijk bijdragen aan gezondheidswinst en waar middelen efficiënter kunnen worden ingezet. Dit blijft ook in de toekomst belangrijk.
- **Borgen van kwaliteit en capaciteit:** door regelmatig te evalueren kan de GGD tijdig knelpunten signaleren, zoals tekorten aan personeel of middelen, en hierop anticiperen om de kwaliteit van dienstverlening te waarborgen.
- **Legitimiteit en draagvlak:** een GGD die regelmatig evalueert en bijstuurt, laat zien dat ze meebeweegt met de samenleving en zorgvuldig omgaat met publiek geld. Dit vergroot het vertrouwen van burgers, bestuurders en samenwerkingspartners.

## 9.3. Van schaa sprong naar gezondheidssprong

De Brainportregio staat voor een ingrijpende schaa sprong: een forse bevolkingsgroei, ruimtelijke uitbreiding en economische versnelling. Deze ontwikkeling biedt kansen, maar stelt de regio ook voor complexe sociaal-maatschappelijke en gezondheidsvraagstukken en vraagt om een stevige publieke gezondheidsstrategie. De schaa sprong vraagt om meer dan fysieke ruimte en economische infrastructuur. Gezondheid, welzijn en veerkracht van inwoners zijn randvoorwaardelijk voor een duurzame, inclusieve en gezonde groei.

Wij pleiten voor:

- Structurele inbedding van publieke gezondheid in de regionale agenda van de MRE.
- Verbinding van sociaal-maatschappelijke opgaven aan ruimtelijke ontwikkelingen, zodat gezondheid integraal wordt meegenomen in gebiedsontwikkeling, woningbouw en mobiliteit.
- Slimme inzet van preventie en basisvoorzieningen afgestemd op een groeiende en diverse bevolking.
- Samenwerking met gemeenten, zorgpartners en onderwijsinstellingen om gezondheidsverschillen te verkleinen.

## 10. Vervolgprocesstappen en tijdspad

Om ook de uitvoering van de besluiten rondom de heroriëntatie op het takenpakket zorgvuldig en bestuurlijk gedragen te laten verlopen, zijn concrete vervolgstappen en een realistisch tijdspad essentieel. In dit hoofdstuk worden de noodzakelijke vervolg processtappen beschreven die leiden tot implementatie. Het uiteindelijke doel is om te komen tot een gedragen uitvoeringsplan dat ook operationeel haalbaar is en bijdraagt aan een gezonde en robuuste GGD.

### Vervolgprocesstappen

1. **Opstellen van afwegingskaders (voor het basisaanbod en de poortwachter)**

Er worden met een afvaardiging van ambtenaren en de GGD toetsingscriteria ontwikkeld om bestaande en nieuwe taken te beoordelen op strategische relevantie, uitvoerbaarheid en publieke meerwaarde.

*Voorstel tijdspad: december 2025*

2. **Opstellen van een uitvoeringsplan inclusief impactanalyse**

Er wordt een plan uitgewerkt waarin de gekozen richting wordt vertaald naar concrete acties. Daarbij wordt ook een analyse gemaakt van de impact op organisatie, middelen en gezondheidsthema's.

*Tijdspad: i.o.m. Dagelijks Bestuur rekening houdend met benodigde inspanning door de GGD, vaststelling door Algemeen Bestuur*

3. **Eventuele begrotingswijziging**

Op basis van de keuzes en impactanalyses wordt bekeken of aanpassing van de begroting nodig is. Indien van toepassing, wordt dit voorbereid voor besluitvorming in het AB.

*Tijdspad: i.o.m. Dagelijks Bestuur, vaststelling door Algemeen Bestuur*

4. **Definiëren van toekomstige thema's (MJB)**

In deze stap worden de strategische meerjaren gezondheidsthema's vastgesteld waarop de GGD zich de komende jaren wil richten.

*Tijdspad: conform planning meerjarenbeleidsvisie en overdracht naar nieuw bestuur*

5. **Opstellen van concrete doelen voor het meerjarenbeleidsplan (MJB)**

Er worden meetbare doelen en indicatoren geformuleerd die richting geven aan de uitvoering en monitoring van het meerjarenbeleid.

*Tijdspad: conform planning meerjarenbeleidsvisie en overdracht naar nieuw bestuur*

6. **Start van de uitvoering**

Na besluitvorming start de implementatie van het uitvoeringsplan.

*Tijdspad: i.o.m. Dagelijks Bestuur, vaststelling door Algemeen Bestuur*

## 11. Wat doet de GGD om zich inhoudelijk voor te bereiden?

Er wordt door de GGD momenteel gewerkt aan modellen waarin instroom, uitstroom, leeftijdsopbouw en productie per team worden geprognosticeerd en geanalyseerd. Op basis van deze prognoses komen er per team uitvoeringsplannen. Deze richten zich op de inhoud en uitvoering van het werk met als uitgangspunt dat het simpelweg aannemen van extra personeel geen houdbare strategie is omdat de arbeidsmarkt deze groei niet kan faciliteren. De GGD bereidt zich voor via 2 sporen:

1. Vraag dempen: door o.a. digitalisering, gebruik van data, AI-tooling en herinrichting van processen
2. Aanbod verhogen: door o.a. functiedifferentiatie, taakherschikking, samenwerking en behoud/ontwikkeling van personeel; strategische personeelsplanning.

Een aantal onderdelen binnen de GGD zijn al actief gestart met de uitvoering via deze 2 sporen:

### Impact en ontwikkelingen Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

Door de te verwachte autonome toename van het aantal kinderen in de regio met 20.000 tot mogelijk 40.000 in 2040, staat ook de Jeugdgezondheidszorg voor een aanzienlijke uitdaging. Volgens prognoses moet JGZ tussen 2030 en 2035 jaarlijks gemiddeld bijna 20 fte (incl. reguliere vervanging) extra inzetten wanneer zij de huidige manier van werken zou continueren. Het programma **Generatie Gezond** heeft als doel het verminderen van gezondheidsverschillen en het vergroten van kansengelijkheid.

Waar werken we aan met dit programma?



**Meer regie bij ouders en jongeren**  
Door o.a. gebruik van een keuzemenu, Gelijkwaardig in gesprek door van Wiechenfilmpjes, Zelf plannen van afspraken



**JGZ aanbod verrijken**  
Met o.a. webinars, e-consulten, JGZ aan huis, chatten, groepsbijeenkomsten etc.



**Meer werken naar behoefte van gezinnen in hun omgeving**  
Door o.a. wijkgericht werken, zorgdifferentiatie, datagedreven werken en samenwerking in de wijk.



**Ontwikkelen van JGZ professionals van nu en straks**  
Denkend en werkend vanuit publieke gezondheid, Je zorgt niet voor 1 maar voor iedereen. Inzet op kwaliteiten, iedere professional op zijn best

Binnen het programma Generatie Gezond wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan het versterken van de ondersteuning voor de meest kwetsbare groepen. Dit houdt in dat de dienstverlening in toenemende mate wordt afgestemd op zowel de behoeften als de vaardigheden van ouders en kinderen.

In dit kader wordt ingezet op het aanbieden van digitale hulpverlening en consulten aan ouders van kinderen die gezond opgroeien en ouders die de voorkeur geven aan digitale ondersteuning boven fysieke contactmomenten. Tegelijkertijd blijven fysieke consulten beschikbaar voor ouders en kinderen die vanwege hun kwetsbare situatie gebaat zijn bij intensievere begeleiding en persoonlijke aandacht. Door deze gedifferentieerde benadering sluiten wij

beter aan bij de uiteenlopende behoeften en mogelijkheden van gezinnen. Tevens wordt hiermee ruimte gecreëerd in tijd en capaciteit voor die ouders en kinderen waarbij een verhoogde mate van ondersteuning nodig is.

### Impact en ontwikkelingen Ambulancezorg (AZ)

De bevolkingsgroei laat de komende jaren een sterke stijging zien van het aantal 75-plussers. Dit is de doelgroep die het meest gebruik maakt van Ambulancezorg. De vergrijzing leidt tot meer (spoedeisende) ritten en complexere zorgvragen. Het aantal ambulanceritten stijgt tot 2035 naar verwachting van 20.000 naar 27.000 ritten. Het aantal benodigde fte's voor Ambulancezorg stijgt bij een beleidsarme prognose van 173 fte in 2023 naar 253 fte in 2033. Dit betekent een stijging van 80 fte in tien jaar tijd. Zonder capaciteitsuitbreiding ontstaat risico op langere responstijden en verminderde acute zorg. Het ophogen van diensten en personeel is geen duurzame oplossing vanwege het personeelstekort in de zorg. Er wordt daarom ook binnen de Ambulancezorg gekeken naar alternatieve oplossingen zoals:

- **AI- ondersteunde rittenplanning.** Deze technologie moet zorgen voor snellere inzet en betere dekking.
- **Innovaties** zoals sneltest voor detectie van hartinfarcten wat leidt tot snellere triage en behandeling, minder onnodige ritten naar het ziekenhuis en meer rust en duidelijkheid voor patiënten.
- GGD Brabant-Zuidoost neemt deel aan een landelijke pilot voor **solo inzet** waarbij Physician Assistants (PA) en Verpleegkundig Specialisten (VS) zelfstandig op de ambulance worden ingezet. Dit maakt het mogelijk om meer zorg op locatie te bieden en ziekenhuisvervoer te voorkomen, wat de druk op SEH's verlaagt.
- Er is een **uitwisselingsprogramma** gestart waarbij personeel afwisselend werkt op de SEH en op de ambulance. Dit vergroot de inzetbaarheid, versterkt samenwerking en draagt bij aan het behoud van personeel.
- Het nieuwe **huisvestingsplan** is goedgekeurd door de zorgverzekeraar. Er zijn gesprekken gestart met gemeenten over de bouw van nieuwe posten en het verplaatsen van bestaande locaties. Dit moet leiden tot betere spreiding en snellere responstijden.

### Impact en ontwikkelingen Infectieziektebestrijding (IZB)

Infectieziektebestrijding beweegt landelijk richting een robuuste, data gedreven organisatie en bereid zich voor op landelijke paraatheid. De regionale groei aan de andere kant gaat gepaard met een hogere bevolkingsdichtheid, meer internationals met diversiteit in vaccinatiestatus en een daling van de vaccinatiëgraad. Dit verhoogt het risico op uitbraken, zoals bijvoorbeeld recent de mazelen. Daarnaast speelt ook hier de druk op de zorginfrastructuur waardoor snelle respons op uitbraken moeilijker gaat worden. Binnen IZB wordt daarom gewerkt aan ontwikkelingen die bijdragen aan landelijke paraatheid én inspelen op de regionale groei zoals:

- **Landelijke Functionaliteit Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI).** De LFI is een crisisorganisatie binnen het RIVM die bij een A-infectieziekte de regie voert over landelijke opschaling waar de GGD op aansluit met specifieke aandacht voor procesoptimalisaties, data gedreven werken en automatisering.
- **VIP-programma** (Versterking Infectieziektebestrijding en Pandemische Paraatheid). Er is geïnvesteerd in extra capaciteit, vooral niet-medisch personeel, en in bovenregionale samenwerking.

- **Operationele en organisatorische versterking** door procesoptimalisaties, data gedreven werken en opleidingen.

#### **Impact en ontwikkelingen Tuberculosebestrijding (TBC)**

Tuberculosebestrijding binnen GGD Brabant-Zuidoost staat onder druk door demografische groei, internationale instroom en beperkte fysieke capaciteit. In 2024 heeft het team een opvallend hoog aantal TBC-gerelateerde handelingen verricht waaronder röntgenfoto's, testen, vaccinaties en consulten. Daarnaast is het aantal vastgestelde TBC-infecties en vastgestelde TBC-ziekten gestegen. Deze aantallen liggen significant hoger dan in andere regio's en vergeleken met 2023. De stijging wordt toegeschreven aan COA-locatie Cranendonck, grote aantallen internationale studenten, expats bij techbedrijven zoals ASML en Oost-Europese arbeidsmigranten.

Om ons voor te bereiden op deze uitdagingen, wordt onder andere geïnvesteerd in AI, procesoptimalisatie en aansluiting op landelijke structuren om de TBC-zorg toekomstbestendig te maken.

Een recente ontwikkeling binnen TBC betreft:

- **AI-ondersteunde screening:** er wordt gewerkt met de inzet van **AI om röntgenfoto's te screenen**, waardoor niet voor elke beoordeling een arts nodig is. Dit verhoogt de efficiëntie en maakt opschaling mogelijk bij toenemende vraag.

## 12. Slotboodschap aan het bestuur

De heroriëntatie op de taken van de GGD is geen vrijblijvende exercitie, maar een noodzakelijke stap om toekomstbestendig, effectief en maatschappelijk relevant te blijven opereren. In een veranderende gezondheidscontext, waarin preventie, samenwerking en digitale transformatie centraal staan, vraagt dit om bestuurlijke keuzes die richting geven en ruimte bieden voor vernieuwing. Deze heroriëntatie biedt een mooie kans om de samenwerking met gemeenten verder te versterken en te vernieuwen. Gemeenten staan dichtbij inwoners en spelen een cruciale rol in het bevorderen van publieke gezondheid. Door heldere afspraken, gezamenlijke prioriteiten en een gedeelde visie op preventie en publieke gezondheid, kan de GGD haar maatschappelijke meerwaarde vergroten.

Wij vragen het bestuur om deze heroriëntatie te benutten als strategisch moment om samen verder te bouwen aan een robuust lokaal gezondheidsbeleid dat aansluit bij de behoeften van onze inwoners.

## 13. Bijlagen huidige taken van de GGD

### 13.1. Wettelijke taken

#### Wettelijke taken verplicht bij GGD beleggen (voor alle 21 gemeenten)

<b>Weinig beleidsinvloed</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algemene infectieziekte- bestrijding</li> <li>• TBC-bestrijding</li> <li>• Hygiënezorg</li> <li>• Gezondheidsmonitors (data en advisering)</li> <li>• Medisch-Milieukundige zorg</li> <li>• Crisistaken GGD</li> <li>• Toezicht op kinderopvang</li> </ul>
<b>Veel beleidsinvloed</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advisering omgevingsvisies &amp; gezonde leefomgeving (omgevingswet)</li> </ul>

#### Wettelijke taken door gemeenten collectief bij GGD belegd (voor alle 21)

<b>Weinig beleidsinvloed</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basisaanbod JGZ 0-18</li> <li>• Uitvoering Rijksvaccinatieprogramma</li> <li>• Lijkschouw &amp; euthanasieverklaring</li> </ul>
<b>Veel beleidsinvloed</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adviseren en ondersteunen bij lokaal gezondheidsbeleid (lokaal GGD team)</li> <li>• Maatwerkonderzoek binnen het basispakket</li> </ul>

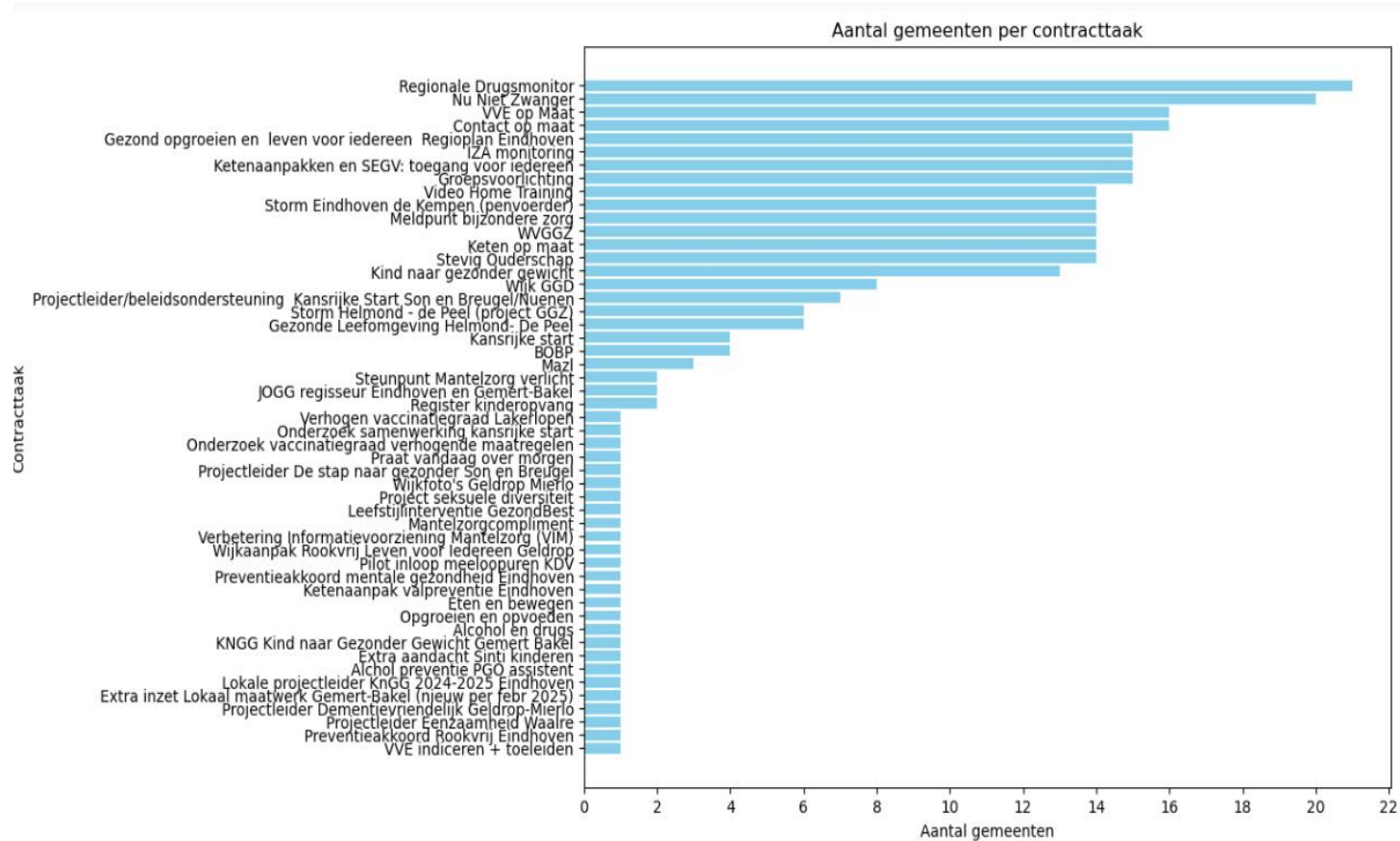
#### Wettelijke taken door derden bij GGD belegd (voor alle 21)

<b>Weinig beleidsinvloed</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seksuele gezondheid/SOA-bestrijding (rijk)</li> <li>• Ambulancezorg (rijk en zorgverzekeraars)</li> <li>• Versterken pandemische paraatheid (rijk)</li> <li>• Toezicht op tattoo- en piercingshops (NVWA)</li> <li>• Publieke Gezondheid Asielzoekers (COA)</li> </ul>
------------------------------	---

## 13.2. Contracttaken op gemeentelijk niveau

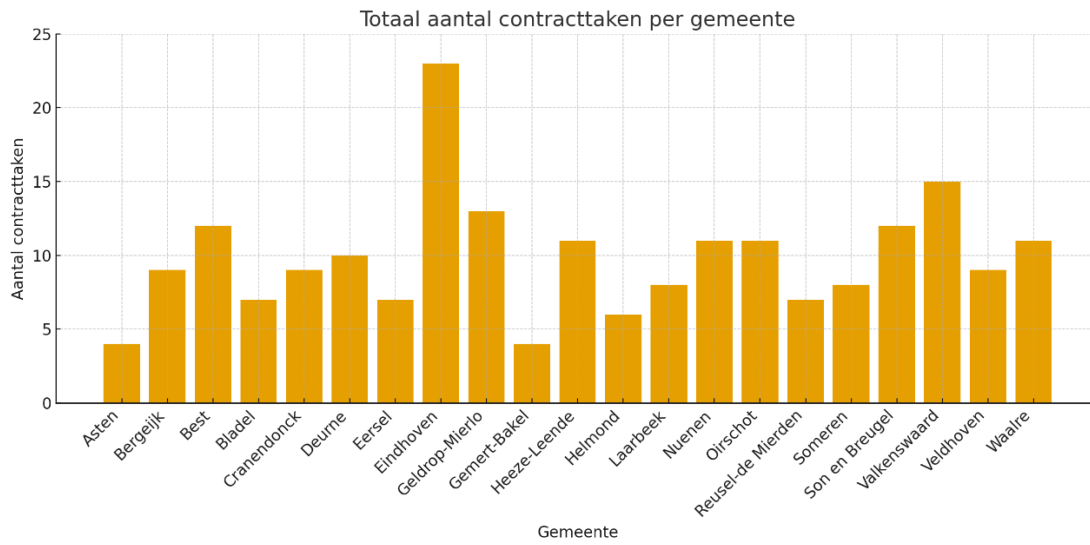
Overzicht contracttaken per gemeente GGD (Status april 2025: financiering door gemeente(n) (niet Rijk, KWF, ZonMw e.d.)

Taak	Asten	Bergeijk	Best	Bladel	Cranendonck	Deurne	Eersel	Eindhoven	Geldrop-Mierlo	Gemert-Bakel	Heeze-Leende	Helmond	Laarbeek	Nuenen	Oirschot	Reusel-de Mierden	Someren	Son en Breugel	Valkenswaard	Veldhoven	Waalre	Aantal gemeenten
KNGG Kind naar Gezonder Gewicht Gemert Bakel										X												1
Kansrijke start		X				X		X											X			4
Keten op maat		X	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	17
Katenaanpak valpreventie Eindhoven			X					X											X			1
Katenaanpakken en SEGV: toegang voor iedereen		X	X	X	X	X	X	X	X		X			X	X	X		X	X	X	X	15
Kind naar gezonder gewicht			X		X	X			X		X		X	X	X		X	X	X	X	X	13
Leefstijlinterventie GezondBest			X																			1
Lokale projectleider KnGG 2024-2025 Eindhoven								X														1
Mantelzorgcompliment								X											X			2
Mazl								X			X											3
Nu Niet Zwanger	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	20
Onderzoek samenwerking kansrijke start								X														1
Onderzoek vaccinatiegraad verhogende maatregelen								X														1
Opgroeien en opvoeden						X																1
Pilot inloop meeloopuren KDV											X											1
Praat vandaag over morgen												X										1
Preventieakkoord Rookvrij Eindhoven								X														1
Preventieakkoord mentale gezondheid Eindhoven								X														1
Project seksuele diversiteit								X														1
Projectleider De stap naar gezonder Son en Breugel																		X				1
Projectleider Dementievriendelijk Geldrop-Mierlo									X													1
Projectleider Eenzaamheid Waalre																					X	1
Projectleiderbeleidsondersteuning Kansrijke Start Son en Breugel/Nu		X	X					X						X	X			X	X			7
Regionale Drugsmonitor	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	21
Register kinderopvang								X											X			2
Steunpunt Mantelzorg verlicht								X											X			2
Stevig Ouderschap			X		X	X	X	X	X				X	X	X		X	X	X	X	X	14
Storm Eindhoven de Kempen		X	X	X			X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	14
Storm Helmond - de Peel	X					X		X		X	X	X	X	X	X		X					6
VVE indiceren + toeleiden								X														1
VVE op Maat	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	19
Verbetering Informatievoorziening Mantelzorg (VIM)								X														1
Verhogen vaccinatiegraad Lakerloper								X														1
Video Home Training			X		X	X		X	X		X		X	X	X		X	X	X	X	X	14
WVGGZ		X	X	X	X		X	X	X		X		X	X	X	X		X	X		X	14
Wijk aanpak Rookvrij Leven voor Iedereen Geldrop								X														1
Wijkfoto's Geldrop Mierlo								X														1
<b>Totaal aantal contracttaken</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>23</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	

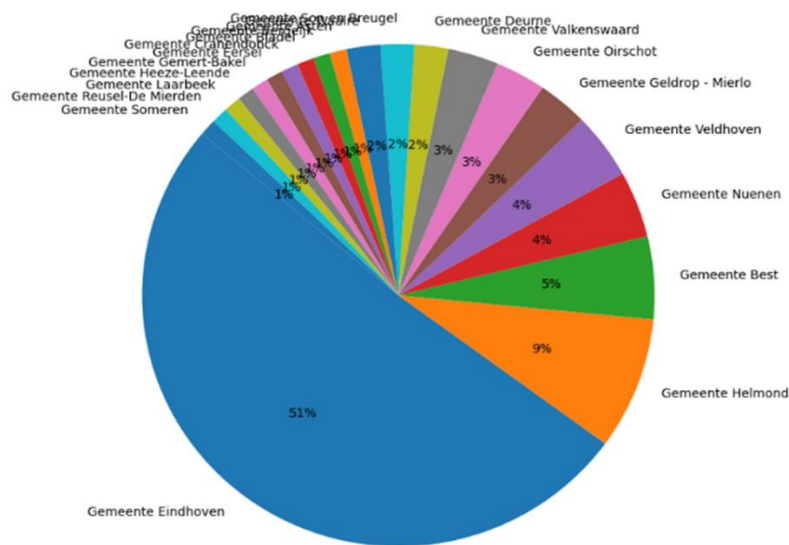


(Status april 2025: financiering door gemeente(n) (niet Rijk, KWF, ZonMw e.d)

**Totaal aantal contracttaken per gemeente (Status april 2025: financiering door gemeente(n) (niet Rijk, KWF, ZonMw e.d.))**



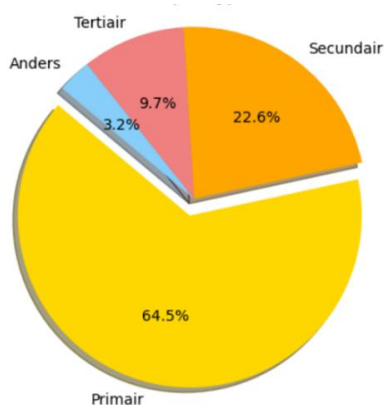
**contracttaken financiële verhouding per gemeente ultimo 2024**



### 13.3. Contracttaken op preventieniveau

Note: Het gaat hier om de contracttaken die gefinancierd worden vanuit gemeenten.

#### Procentuele verhouding per type contracttaken



#### Primaire preventietaken JGZ

Taak	#Gemeenten	Gemeente
Groepsvoorlichting (JGZ)	18	Bergeijk, Best, Bladel, Cranendonck, Deurne, Eersel, Eindhoven, Geldrop-Mierlo, Heeze-Leende, Laarbeek, Nuenen, Oirschot, Reusel-De Mierden, Someren, Son & Breugel, Valkenswaard, Veldhoven, Waalre
Keten op maat (JGZ)	17	Bergeijk, Best, Bladel, Cranendonck, Deurne, Eersel, Geldrop-Mierlo, Heeze-Leende, Laarbeek, Nuenen, Oirschot, Reusel-De Mierden, Someren, Son & Breugel, Valkenswaard, Veldhoven, Waalre
Storm Eindhoven de Kempen (JGZ) (penvoerder en uitvoering)	13	Eindhoven, Best, Bergeijk, Bladel, Eersel, Heeze-Leende, Reusel-De Mierden, Nuenen, Oirschot, Son en Breugel, Valkenswaard, Veldhoven, Waalre
Storm Helmond - de Peel (JGZ) (uitvoering)	7	Helmond, Asten, Deurne, Geldrop-Mierlo, Gemert-Bakel, Laarbeek, Someren
Mazl (JGZ)	3	Eindhoven, Heeze-Leende, Helmond
Alcohol preventie PGO assistent (JGZ)	1	Asten
Extra aandacht Sinti kinderen (JGZ)	1	Asten
Kansrijke start (JGZ)	4	Bergeijk, Deurne, Eindhoven, Valkenswaard
Alcohol en drugs (JGZ)	1	Deurne
Opgroeien en opvoeden (JGZ)	1	Deurne
Eten en bewegen (JGZ)	1	Deurne
Verhogen vaccinatiegraad Lakerlopen (JGZ)	1	Eindhoven

**Primaire preventietaken Beleid & Preventie**

Taak	# Gemeenten	Gemeente
Nu niet zwanger (B&P)	20	Asten, Bergeijk, Best, Bladel, Cranendonck, Deurne, Eindhoven, Eersel, Geldrop-Mierlo, Gemert-Bakel, Helmond, Laarbeek, Nuenen, Oirschot, Reusel-De Mierden, Someren, Son en Breugel, Valkenswaard, Veldhoven, Waalre
Gezond opgroeien en leven voor iedereen Regioplan Eindhoven- de Kempen (B&P)	15	Eindhoven, Best, Bergeijk, Bladel, Geldrop-Mierlo, Eersel, Heeze-Leende, Cranendonck, Reusel – de Mierden, Nuenen, Oirschot, Son en Breugel, Valkenswaard, Veldhoven, Waalre
Ketenaanpak en SEGV: toegang voor iedereen (B&P)	15	Eindhoven, Best, Bergeijk, Bladel, Geldrop-Mierlo, Eersel, Heeze-Leende, Cranendonck, Reusel – de Mierden, Nuenen, Oirschot, Son en Breugel, Valkenswaard, Veldhoven, Waalre
Projectleider beleidsondersteuning Kansrijke Start	6	Son en Breugel, Nuenen, Valkenswaard, Best, Oirschot, Eindhoven
Gezonde Leefomgeving Helmond - De Peel (B&P)	6	Helmond, Asten, Deurne, Gemert-Bakel, Laarbeek, Someren
Jogg regisseur Eindhoven, Gemert-Bakel (B&P)	2	Eindhoven, Gemert-Bakel
Projectleider Dementievriendelijk Geldrop-Mierlo (B&P)	1	Geldrop-Mierlo
Project seksuele diversiteit (B&P)	1	Eindhoven
Projectleider de stap naar gezonder Son en Breugel (B&P)	1	Son en Breugel
Preventieakkoord mentale gezondheid Eindhoven (B&P)	1	Eindhoven
Preventieakkoord Rookvrij Eindhoven (B&P)	1	Eindhoven
Wijkaanpak Rookvrij Leven voor Iedereen Geldrop (B&P)	1	Geldrop-Mierlo
KNGG Kind naar Gezonder Gewicht Gemert Bakel (B&P)	1	Gemert-Bakel
Extra inzet lokaal maatwerk Gemert-Bakel (per febr. 2025)	1	Gemert-Bakel
Lokale projectleider KnGG 2024-2025 Eindhoven (B&P)	1	Eindhoven

**Primaire preventietaken Onderzoek**

Taak	#Gemeenten	Gemeente
Regionale Drugsmonitor (Onderzoek)	21	Asten, Bergeijk, Best, Bladel, Cranendonck, Deurne, Eindhoven, Eersel, Geldrop-Mierlo, Gemert-Bakel, Heeze-Leende, Helmond, Laarbeek, Nuenen, Oirschot, Reusel-De Mierden, Someren, Son en Breugel, Valkenswaard, Veldhoven, Waalre
Versterken Kennisinstructuur (SPUK 14) (Onderzoek)	21	Asten, Bergeijk, Best, Bladel, Cranendonck, Deurne, Eindhoven, Eersel, Geldrop-Mierlo, Gemert-Bakel, Heeze-Leende, Helmond, Laarbeek, Nuenen, Oirschot, Reusel-De Mierden, Someren, Son en Breugel, Valkenswaard, Veldhoven, Waalre
IZA monitoring (Onderzoek) regio Eindhoven-de Kempen	15	Eindhoven, Best, Bergeijk, Bladel, Geldrop-Mierlo, Eersel, Heeze-Leende, Cranendonck, Reusel – de Mierden, Nuenen, Oirschot, Son en Breugel, Valkenswaard, Veldhoven, Waalre
Leefstijlinterventie Gezond Best (Onderzoek)	1	Best
Wijkfoto's Geldrop Mierlo (Onderzoek)	1	Geldrop-Mierlo (eenmalig verzoek)
Praat vandaag over morgen (Onderzoek)	1	Helmond
Onderzoek vaccinatiegraad verhogende maatregelen	1	Eindhoven
Onderzoek samenwerking kansrijke start	1	Eindhoven

**Secundaire preventietaken JGZ en Beleid & Preventie**

Taak	# Gemeenten	Gemeente
VVE op Maat (JGZ)	19	Asten, Bergeijk, Best, Bladel, Cranendonck, Deurne, Eersel, Geldrop-Mierlo, Heeze-Leende, Helmond, Laarbeek, Nuenen, Oirschot, Reusel-De Mierden, Someren, Son & Breugel, Valkenswaard, Veldhoven, Waalre
Contact op Maat (JGZ)	19	Asten, Bergeijk, Best, Bladel, Cranendonck, Deurne, Eersel, Eindhoven, Geldrop-Mierlo, Heeze-Leende, Laarbeek, Nuenen, Oirschot, Reusel-De Mierden, Someren, Son & Breugel, Valkenswaard, Veldhoven, Waalre
Stevig Ouderschap (JGZ)	14	Asten, Best, Cranendonck, Deurne, Eersel, Geldrop-Mierlo, Heeze-Leende, Helmond, Laarbeek, Nuenen, Oirschot, Someren, Son & Breugel, Valkenswaard, Veldhoven, Waalre
Video Home Training (JGZ)	14	Best, Cranendonck, Deurne, Eindhoven, Geldrop-Mierlo, Heeze-Leende, Laarbeek, Nuenen, Oirschot, Someren, Son & Breugel, Veldhoven, Valkenswaard, Waalre
Kind naar Gezonder Gewicht (JGZ)	13	Best, Cranendonck, Deurne, Geldrop-Mierlo, Heeze-Leende, Laarbeek, Nuenen, Oirschot, Someren, Son & Breugel, Valkenswaard, Veldhoven, Waalre
BOBP (JGZ)	2	Deurne, Helmond (Laarbeek, Someren nemen niet effectief af)
VVE indiceren en toeleiden (JGZ)	1	Eindhoven
Ketenaanpak valpreventie Eindhoven (B&P)	1	Eindhoven
Projectleider Eenzaamheid Waalre (B&P)	1	Waalre

**Tertiaire preventietaken Mantelzorg + Bijzondere Zorg**

Taak	# Gemeenten	Gemeente
Meldpunt bijzondere zorg	14	Best, Oirschot, Eindhoven, Nuenen, Son en Breugel, Geldrop-Mierlo, Waalre, Eersel, Reusel-de mierden, Bergeijk, Bladel, Valkenswaard, Heeze-Leende, Cranendonck
WVGGZ	14	Best, Oirschot, Eindhoven, Nuenen, Son en Breugel, Geldrop-Mierlo, Waalre, Eersel, Reusel-de mierden, Bergeijk, Bladel, Valkenswaard, Heeze-Leende, Cranendonck
Wijk GGD	8	Best, Oirschot, Eindhoven, Nuenen, Son en Breugel, Geldrop-Mierlo, Veldhoven, Waalre
Steunpunt Mantelzorg Verlicht	2	Eindhoven, Valkenswaard

**Taken Anders / niet preventief**

Taak	
Registertaak Toezicht Kinderopvang	Contract gemeente Eindhoven en Valkenswaard
Mantelzorg compliment	Eindhoven, Valkenswaard
Leerplichtadvisering	Facturering per uur / gemeente
Forensische Geneeskunde	Lijkschouw en euthanasieverklaringen