Brabant-Zuidoost

Kadernota 2023

Eindhoven, december 2021

Brabant-Zuidoost

Inhoudsopgave

1. Inleiding 3

2. Missie, visie en kerntaken GGD 4

3. Uitdagingen voor de publieke en acute gezondheidszorg 5

3.1 Gevolgen van Covid-19 5

3.2 Een eerlijke kans op een gezond leven 6

3.3 Bevorderen van een gezonde leefstijl in een gezonde leefomgeving 7

3.4 Bevorderen van een mentaal gezonde samenleving 9

3.5 Een sluitende aanpak in de openbare geestelijke gezondheidszorg 10

3.6 Versterken van ambulancezorg als onderdeel van de acute zorgketen 12

3.7 Overige ontwikkelingen 14

4. De bestuursopdracht aan de GGD 15

4.1 Naar een wendbare en financieel gezonde GGD 15

4.2 Een doorlopende lijn in de jeugdgezondheidszorg 15

4.3 Verbetering van de bedrijfsvoering van de GGD 17

4.4 Wendbaarheidsbudget GGD 17

5. Financieel meerjarenperspectief 18

5.1 Inleiding 18

5.2 Algemene kostenontwikkeling PG 18

5.3 Programma Ambulancezorg (AZ). 18

5.4 Programma Publieke Gezondheid 19

5.5 Weerstandsvermogen en risico's 22

Bijlage 1 Kerntaken GGD 24

Bijlage 2 Indicatieve ontwikkeling gemeentelijke bijdragen gezamenlijk takenpakket 26

Bijlage 3 Verloop overige structurele bijdragen gemeenten 27

Bijlage 4: Gezondheidsmonitor 2020-2021 28

1. Inleiding

Het Algemeen Bestuur van de GGD biedt deze kadernota aan gemeenten aan als opmaat naar de begroting 2023. De ontwerpbegroting 2023 van de GGD krijgen gemeenten in maart 2022 aangeboden zodat raden daarop hun zienswijze kunnen geven. Via deze kadernota wil het Algemeen Bestuur van de GGD Brabant-Zuidoost de colleges en raden van de 21 gemeenten in onze regio inzicht geven in de missie, visie en kerntaken van de GGD (hoofdstuk 2), de maatschappelijke ontwikkelingen en uitdagingen op het terrein van de publieke gezondheid en acute zorg (hoofdstuk 3), de bestuursopdracht die aan de GGD is gegeven (hoofdstuk 4) en hen daarbij een doorkijk geven in de financiële gevolgen (hoofdstuk 5).
De GGD is momenteel bezig met het ontwikkelen van een nieuw Meerjarig Beleidsplan voor de periode 2022 – 2026. Het huidige GGD bestuur zal dat plan meegeven aan het nieuwe GGD bestuur, gelet op de gemeenteraadsverkiezingen die in maart 2022 plaatsvinden. Het wordt een koers op hoofdlijnen dat samen met het nieuwe bestuur kan worden vertaald in een uitvoeringsprogramma met financiering.
De GGD ziet voor de komende jaren de volgende maatschappelijke uitdagingen:

- Bestrijden en preventie van Covid-19
- Verkleinen van gezondheidsverschillen
- Bevorderen van een gezonde leefstijl
- Bevorderen van een mentaal gezonde samenleving
- Een sluitende aanpak voor mensen met verward of onbegrepen gedrag
- Bevorderen van een gezonde leefomgeving
- Versterken van de acute zorgketen.

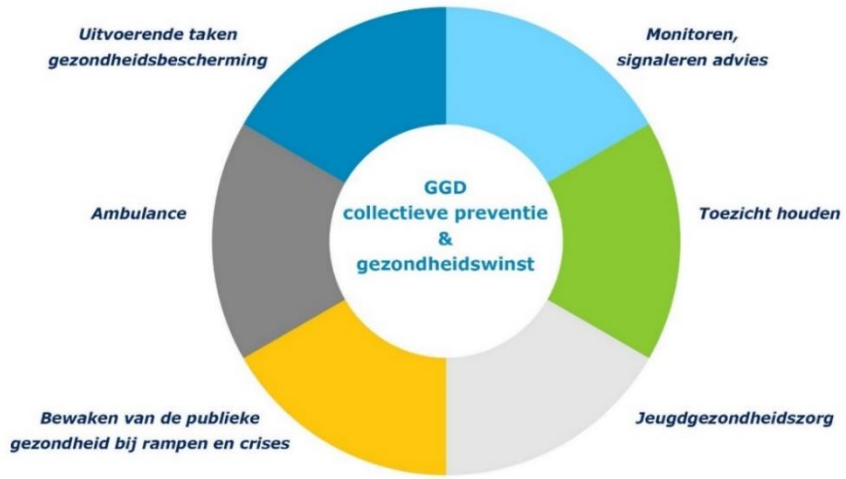
Deze uitdagingen zijn uitgewerkt in hoofdstuk 3.

Het nieuwe MJB plan komt tot stand in dialoog met gemeenten en ketenpartners van de GGD. Het is onze ambitie om via regionale samenwerking tussen GGD, gemeenten en ketenpartners meer maatschappelijke impact te genereren op bovenstaande maatschappelijke uitdagingen en deze waar mogelijk meetbaar te maken.
Het concept MJB plan wordt in maart 2022 in het huidige GGD bestuur besproken. In deze kadernota werpen we alvast een vooruitblik op het MJB-plan. Het zal uiteindelijk leiden tot een meerjarig uitvoeringsprogramma. De gevolgen van het MJB plan zijn in deze fase nog niet vertaald in een financieel meerjarig perspectief.

2. Missie, visie en kerntaken GGD

De GGD Brabant-Zuidoost streeft – onder regie van de gemeenten – door middel van preventie naar gezondheidswinst van alle inwoners, om zo een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van hun leven en zelfredzaamheid te vergroten. Wij zijn een proactieve, innovatieve en resultaatgerichte organisatie. Onze dienstverlening betreft gezondheid, preventie en snelle interventie, is professioneel en betrouwbaar en komt tot stand vanuit de wens van de klant en in dialoog met onze opdrachtgevers en samenwerkingspartners.

De GGD wil een wendbare organisatie worden die werkt vanuit klantwaarden en maatschappelijk belang. We zijn er altijd voor iedereen, beschermen, bewaken en bevorderen de gezondheid en willen de verbinder van preventie zijn. We zijn paraat bij kleine en grote crises en verzorgen 24/7 de ambulancezorg in onze regio. Hierbij gaan we uit van een brede definitie van gezondheid: gezondheid wordt niet meer gezien als afwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven om te gaan en zo veel mogelijk de eigen regie te voeren. In deze visie is gezondheid niet langer alleen strikt het domein van de zorgprofessional maar van ons allemaal. Het gaat immers om het vermogen om met veranderende omstandigheden om te gaan. Binnen de GGD werken we met Lean als managementfilosofie. Vanuit de Wet Publieke Gezondheid en de Wet Ambulancezorg geven wij vorm en inhoud aan het bewaken, beschermen en bevorderen van de gezondheid van de inwoners in onze regio via de volgende kerntaken:



3. Uitdagingen voor de publieke en acute gezondheidszorg

In dit hoofdstuk schetsen we in grote lijnen de belangrijkste maatschappelijke uitdagingen die wij de komende jaren zien op het terrein van de publieke gezondheid en acute zorg voor de GGD en haar partners. We nemen hiermee een voorschot op het MJB plan van de GGD dat momenteel samen met gemeenten en ketenpartners wordt uitgewerkt en dat in maart 2022 via het GGD bestuur aan onze 21 gemeenten wordt aangeboden.

In het najaar 2020 hebben 27.000 volwassenen een enquête van de GGD ingevuld waarin hen vragen zijn voorgelegd over de fysieke en mentale gezondheid, leefstijl, kwaliteit van leven, zingeving, meedoen, dagelijks functioneren en woonomgeving. Een samenvatting van de resultaten van deze monitor vindt u in bijlage 4. De resultaten van deze monitor hebben een rol gespeeld bij het bepalen van onze uitdagingen voor de komende jaren.

3.1 Gevolgen van Covid-19

In 2020 is de wereld opgeschrikt door de Corona pandemie. Deze pandemie heeft een grote impact op onze samenleving zowel sociaal, economisch als voor de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Ook voor de GGD heeft Corona een grote impact.
Inmiddels is een groot deel van de bevolking in onze regio gevaccineerd tegen Covid 19, maar dat neemt niet weg dat nog steeds veel mensen besmet kunnen raken met Covid-19 en in het ziekenhuis belanden of eraan sterven. Ca. 6% van de mensen die met Corona besmet zijn geraakt heeft long-Covid opgelopen.
We zullen eraan moeten wennen dat Covid-19 een ziekte is die onder ons blijft. Ook nu er een werkend vaccin en medicijnen voor behandeling beschikbaar zijn.
Naar verwachting zal de Coronacrisis nog een stuk in 2022 doorlopen en zal het traceren, testen en vaccineren van de bevolking nog veel inzet van de GGD blijven vragen.
Hoe de situatie in 2023 wat betreft Covid 19 er in epidemiologische zin uit zal zien, is nauwelijks te voorspellen. Veel hangt af van de komst van eventuele nieuwe varianten, de werking van het vaccin, de vaccinatiegraad en het gedrag in de wereldbevolking.
Hoewel de crisis dus nog niet is bezworen kunnen we al wel enkele lessen van de Coronacrisis aangeven:

- De crisis heeft laten zien hoe kwetsbaar onze gezondheidszorg in het algemeen en de publieke gezondheidszorg in het bijzonder is. We zullen in Nederland moeten gaan vaststellen hoe we met elkaar de hele medische zorgketen (GGD, huisartsen, VVT-sector, ziekenhuizen, ambulances) duurzaam kunnen inrichten en faciliteren, zodat we in de toekomst beter voorbereid zijn op een gezondheidscrisis van deze omvang. De crisis heeft overigens ook laten zien hoe goed er tussen de schakels in de gezondheidsketen kan worden samengewerkt en dat er enorme prestaties geleverd kunnen worden als urgentie en noodzaak blijken.

We zullen kritisch moeten gaan kijken naar de basisbezetting van de afdeling infectieziektebestrijding van de GGD die voor de Coronacrisis formatief onder de maat was. Extra middelen vanuit het Rijk zijn nodig om de basis van infectieziektebestrijding bij de GGD'en op orde te brengen. Voorkomen moet worden dat we na de crisis weer op het oude niveau terecht komen. Dat kan door meer te investeren in een gezonde leefstijl voor iedereen, en kwetsbaren in het bijzonder.

- De sociaal- economische gezondheidsverschillen in Nederland (en wereldwijd) zijn als gevolg van de Corona pandemie groter geworden. De meest kwetsbare groepen zijn het hardst geraakt, fysiek, mentaal en/of financieel. Deze mensen ondervinden nog steeds effecten, waarvan de vooruitzichten onzeker zijn.
- De Coronacrisis heeft ons geleerd dat een (nieuwe) infectieziekte zich snel en omvangrijk kan verspreiden. Dat de oorzaak, verspreiding en impact van een infectieziekte te maken heeft met onze globalisering, verstedelijking, reisgedrag, industrialisatie (denk in dit verband ook aan de intensieve veehouderij) en de manier waarop we met onze natuurlijke omgeving omgaan is duidelijk geworden. Corona heeft ons nog bewuster gemaakt van de noodzaak om gezondheid inclusiever te benaderen, waarbij we niet alleen kijken naar de ziekte zelf en ons gedrag, maar ook naar de omgevingsfactoren die van invloed zijn.
- Er zijn duidelijke aanwijzingen dat een (on)gezonde leefstijl en een (on)gezonde leefomgeving invloed hebben op de impact van het virus op onze gezondheid. De aandacht moet gaan verschuiven van bestrijding naar preventie.

Deze lessen uit de crisis hebben ons dus min of meer de strategische uitdagingen voor de toekomst aangereikt: verkleinen van gezondheidsverschillen, bevorderen van een gezonde leefstijl en een gezonde leefomgeving, bevorderen van een mentaal gezonde samenleving en versterken van de acute zorgketen. Deze uitdagingen speelden overigens ook al voor de Coronacrisis maar de crisis heeft de urgentie en het belang van deze uitdagingen nog maar eens extra onderstreept.

3.2 Een eerlijke kans op een gezond leven

In Nederland leven mensen met een lage opleiding gemiddeld 4,5 jaar korter dan mensen met een hoge opleiding. Het verschil in gezonde levensverwachting tussen mensen met een lage en een hoge opleiding is 13,5 jaar. Kinderen die ongezond opgroeien staan veelal op achterstand.
Het gaat hier om complexe ongelijkheid die deels sociaaleconomisch bepaald is en die de individuele mogelijkheden om te beïnvloeden overstijgt. Met alle maatschappelijke gevolgen en kosten van dien. Dat is onrechtvaardig voor het individu, veroorzaakt hogere zorguitgaven en een mindere arbeidsparticipatie, maar zet ook het menselijke en sociale kapitaal van de samenleving onder druk. Bovendien legt die ongelijkheid een hypotheek op de maatschappelijke veerkracht – het vermogen van onze samenleving om (evenredig) klappen op te vangen – en onze welvaart, zowel in economische zin als in termen van welbevinden en geluk.
Het rapport "Gezondheidsverschillen voorbij" (2020) van de Raad voor de Volksgezondheid & Samenleving (RVS) geeft een goed beeld van dit complexe maatschappelijke probleem.

We kunnen de gezondheid van bevolkingsgroepen versterken en zorgkosten terugdringen als er op alle niveaus (landelijk, regionaal en lokaal) geïnvesteerd wordt in de oorzaken van complexe ongelijkheid en gezondheidsverschillen.
Een stevige en brede aanpak is nodig waarbij alle partijen gericht samenwerken in een robuuste aanpak in de regio Zuidoost Brabant. Deze robuuste aanpak zal de volgende kenmerken moeten hebben om tot maatschappelijke impact te leiden:

- Positieve gezondheid en de factoren die invloed hebben op gezondheid als uitgangspunt en aangrijpingspunten nemen voor een gezamenlijk aanpak. Inzetten op gezond opgroeien, armoedebestrijding, opleiding (laaggeletterdheid), werk, gezonde leefstijl, gezondheidsvaardigheden, gezonde leefomgeving en stressreductie.
- Een aanpak op alle niveaus: landelijk, regionaal en lokaal. Met name in de regionale aanpak valt nog veel winst te halen. Het is niet alleen belangrijk om verbindingen te leggen binnen een gemeente maar ook tussen gemeenten.
- Een brede coalitie van partijen uit verschillende maatschappelijke sectoren die vanuit een gemeenschappelijke doelstelling aan de slag gaan.
- Een focus op wijken en specifieke doelgroepen en urgentie geven aan de groepen met de grootste gezondheidsachterstanden.
- Een langdurige inzet van minimaal 15 jaar.
- Het bundelen van financiële stromen van gemeenten, zorgverzekeraars, bedrijven en instellingen.
- Betrek inwoners actief bij de aanpak. Zet vrijwilligers, sleutelfiguren en ervaringsdeskundigen in en sluit aan bij de belevingswereld en behoeften van de inwoners. Vertalen van de aanpak in concrete handelingsperspectieven voor inwoners.

Het is onze ambitie om samen met gemeenten, zorgverzekeraars en ketenpartners de gezondheidsverschillen binnen onze regio te verkleinen zodat in 2030 de gezondheidsverschillen met 20% zijn afgenomen. Deze ambitie is ook de ambitie van de partners die het regionaal akkoord Gezondheidsbevordering en preventie ondersteunen.

3.3 Bevorderen van een gezonde leefstijl in een gezonde leefomgeving

Gezonde leefstijl
In 2021 hebben bijna alle gemeenten in Zuidoost-Brabant een Lokaal Preventie Akkoord afgesloten. De gemeenten hebben minimaal twee leefstijl thema's daarin opgenomen: roken, alcohol en/of gezond gewicht.
Bij deze akkoorden is een groot aantal partijen betrokken: gemeente, organisaties, burgers, bedrijven. Veel lokale partijen maar ook (sub) regionale partijen.
De komende jaren gaan deze Preventie Akkoorden tot uitvoering worden gebracht. De GGD is hier in alle gemeenten bij betrokken.

De leefwereld van een inwoner beperkt zich echter zelden tot de gemeente waar hij woont. Werk, onderwijs, vrije tijd en sport, horeca, natuur, cultuur, gezondheidszorg, winkelen, het speelt zich breder af dan in de eigen gemeente. Burgers hebben dus baat bij regionale samenwerking op het vlak van gezondheidsbevordering en preventie, naast de lokale aanpak.
De lokale aanpak bereikt de burger en is passend bij de lokale context, het lokale draagvlak en de lokale energie.
We willen de impact op de gezondheid van de burgers van Zuidoost-Brabant vergroten door aanvullend op de lokale inspanningen ook regionaal samen te gaan werken op het gebied van een gezonde leefstijl.
Het heeft meerwaarde om regionale leerkringen te implementeren. Deze leerkringen kunnen:

- thematisch ingericht worden: leerkringen rondom roken, alcohol/drugs, overgewicht, eenzaamheid enz.
- of procesmatig ingericht worden: bijv. hoe gaan we monitoren, hoe bereiken we moeilijke groepen, waar/hoe kunnen we E-health en innovaties inzetten, hoe geven we de samenwerking met bedrijven vorm, hoe vergroten we maatschappelijk draagvlak, hoe betrekken we zorgverzekeraars, enz.

Het gaat bij de leerkringen om inspireren, leren van elkaar, nieuwe interventies introduceren, maatschappelijk effecten van interventies onderzoeken, samen naar externe financiering zoeken en meer bekendheid geven aan initiatieven (publiciteit). Leerkringen zijn dynamisch: gemeenten en regionale partners kiezen zelf waar ze aan meedoen, ze kunnen starten en stoppen als ze klaar zijn, nieuwe gemeenten/partners kunnen aanhaken. De GGD wil als aanjager en trekker van deze regionale leerkringen fungeren.

Gezonde leefomgeving

De GGD ziet het als haar verantwoordelijkheid om te waarborgen dat de publieke gezondheid een wezenlijke plaats krijgt in het integrale afwegingskader rondom ruimtelijke ontwikkel- en beheervraagstukken. Niet op het einde, maar vooraan in het proces.
De rol van de leefomgeving is essentieel gebleken. Een gezonde leefomgeving heeft invloed op onze gezondheid. Zo heeft het RIVM bijvoorbeeld in 2018 berekend dat luchtverontreiniging 3,5 % van de ziektelast in Nederland bepaalt en de levensverwachting is gemiddeld een jaar langer dan zonder luchtverontreiniging. Door slechte luchtkwaliteit belanden in Nederland elk jaar 2.500 mensen in het ziekenhuis met hart- en vaatziekten. Ca. 25 % van de volwassenen in onze regio ervaart ernstige geluidshinder.
De invloed van onze leefomgeving op onze gezondheid beperkt zich niet alleen tot negatieve gezondheidsaspecten als vervuilde lucht of geluidshinder maar heeft ook betrekking op fysieke omgevingsfactoren die meer of minder uitnodigen tot bewegen, ontspannen en ontmoeten.

Een leefomgeving die gezond gedrag gemakkelijk maakt door bijvoorbeeld het aanbod van ongezonde voeding in de buurt van scholen te ontmoedigen, het stimuleren van ontmoeten en bevorderen van sociale samenhang in wijken door het aantrekkelijk inrichten van parken en pleinen, draagt bij aan het voorkomen van overgewicht en eenzaamheid. Een groene gezonde omgeving draagt zowel bij aan de fysieke gezondheid als de mentale gezondheid. Daarnaast blijkt dat in wijken waar veel mensen wonen met een lagere opleiding en inkomen de leefomgeving minder gezond is.

Naast het stimuleren van een gezonde leefomgeving, zijn vaak aanvullende campagnes noodzakelijk om het gezonde gedrag daadwerkelijk te bevorderen. Het meeste effect wordt bereikt wanneer interventies m.b.t. een gezonde leefomgeving en gezond gedrag hand in hand gaan. Wereldwijd hebben we een urgente uitdaging om duurzame keuzes te maken om een klimaatcrisis te voorkomen. In de regio Zuidoost Brabant zijn gemeenten momenteel bezig met klimaatadaptie. We merken dat de maatregelen voor een gezonde leefomgeving vrijwel steeds in het verlengde liggen van klimaatadaptatie doelen. Daarom pleiten wij voor integraal beleid ten aanzien van onze leefomgeving vanuit meerdere beleidsdomeinen zoals milieu, groen, wonen, publieke gezondheid en sociaal domein waarbij we met elkaar de meekoppelkansen tussen de beleidsterreinen benutten.

De ambitie van de GGD op het gebied van gezonde leefomgeving reikt belangrijk verder dan de Omgevingswet. Wij zien de gezonde leefomgeving als een randvoorwaarde en als een interventie voor het maken van de gezonde keuzes. De GGD Brabant-Zuidoost daagt gemeenten uit om de gezondheid van onze inwoners de priioriteit te geven die het verdient door aan te sluiten bij de huidige beweging van de preventieakkoorden.

Ons streven is erop gericht dat met onze gezamenlijke regionale en lokale inspanningen voor een gezonde leefstijl in een gezonde leefomgeving alle inwoners van de Zuidoost Brabant in 2030 tenminste 3 jaar langer in goede gezondheid leven. Deze ambitie is ook de ambitie van de partners die het regionaal akkoord Gezondheidsbevordering en preventie ondersteunen.

3.4 Bevorderen van een mentaal gezonde samenleving

Het Trimbos Instituut publiceerde in 2021 een studie onder de titel Samen werken aan een mentaal gezonde samenleving. Het rapport schetst een beeld van het belang van mentale gezondheid, de urgentie om dit thema op te pakken en bevat bouwstenen voor de bevordering van mentale gezondheid. In het recente coalitieakkoord 2021 – 2025 is aangegeven dat het Rijk het Preventieakkoord gaat verbreden met mentale weerbaarheid.
In Nederland ontwikkelt zich bij ca. 4 op de 10 mensen gedurende hun leven dusdanige mentale problemen dat het functioneren aangetast of ontwricht wordt. De persoonlijke en maatschappelijke gevolgen daarvan zijn enorm en het beroep dat daardoor gedaan wordt op de gezondheidszorg is groot.

Onze maatschappij stelt steeds hogere eisen aan haar burgers. Het tempo waarin dingen moeten gebeuren wordt steeds hoger en de lat wordt steeds hoger gelegd, zowel privé als op het werk of op school. De druk wordt via sociale media opgevoerd. De samenleving is individualistischer geworden. Dat heeft ook een keerzijde: velen hebben gevoel tekort te schieten en dat dat "eigen schuld" is. Velen denken dat het leven maakbaar is en tegenslagen in het leven lijken er niet meer bij te mogen horen. Het leven moet perfect zijn, de realiteit is dat niet. De meeste mensen beschikken over voldoende veerkracht om met de tegenslagen die het leven nu eenmaal met zich meebrengt te dealen, maar er is een groep die er niet uitkomt zonder hulp. Deze groep lijkt steeds groter te worden.

Diverse monitors tonen aan dat de Coronacrisis een impact heeft gehad op de mentale gezondheid van bepaalde groepen. Met name de jong volwassenen (18–25 jaar) hebben het moeilijk. Ook mantelzorgers hebben het extra zwaar gehad. Ook lijkt de kloof tussen "have's" en have not's" groter te zijn geworden.

Het is onze ambitie om de mentale gezondheid langs vier sporen te bevorderen:

- De oorzaken van stress aanpakken (geen symptoombestrijding): door stressoren in de samenleving (thuis, werk, school, sociale media) te verminderen, door te normaliseren, te de-medicaliseren en mentale veerkracht te versterken;
- De focus leggen op de groepen die het meest kwetsbaar zijn of waar de kans op ontwrichting of uitval groot is: door de mentale draagkracht en veerkracht van de meest kwetsbare groepen te vergroten;
- Bij elk kind de basisvaardigheden ontwikkelen om mentaal fit te blijven.
- Stimuleren van fysieke leefomgevingsfactoren zoals een groene leefomgeving en ontspanningsplekken die een positieve invloed hebben op de mentale gezondheid. Dat geldt voor mensen die reeds kampen met psychische problematiek, als voor het behouden van mentale fitheid.

3.5 Een sluitende aanpak in de openbare geestelijke gezondheidszorg

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) probeert te voorkomen dat mensen tussen wal en schip vallen door signalering van problematiek en toeleiding naar passende hulpverlening. Om zo hun kwaliteit van leven te verbeteren, verergering te voorkomen en gezondheidsrisico's voor risicogroepen en leefomgeving te verkleinen. In 2022 willen we onze inzet op dit gebied doorontwikkelen.

De laatste jaren neemt de aandacht voor mensen die zorgwekkend en/of onbegrepen gedrag vertonen toe. Steeds vaker krijgen politie en andere publieke dienstverleners te maken met mensen die zorgwekkend en/of onbegrepen gedrag vertonen en soms voor overlast zorgen in de openbare ruimte. Hierbij gaat het vaak niet om strafbare feiten maar is er wel sprake van een zorgvraag.

Het betreft een relatief kleine groep van inwoners die op het snijvlak van zorg en veiligheid onvoldoende geholpen wordt maar die een grote impact op de directe omgeving kan hebben.

Door haar meldfunctie (niet-acute zorgvragen en Wvggz) en door de succesvolle implementatie van de Wijk GGD'er in diverse gemeenten, krijgt de GGD steeds meer overkoepelend zicht op de vraagstukken op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) in de regio. Het zorglandschap laat een versnipperd beeld zien, veelal lokaal ingevuld, waarbij veel verschillende partijen betrokken zijn. Desalniettemin weten ketenpartners in toenemende mate de GGD te vinden en ontstaan er op organische wijze verbindingen. Het ontstaan van OGGZ-problematiek is echter niet alleen toe te schrijven aan de persoon die kampt met meervoudige problematiek: Ook de wijze waarop instellingen en hulpverleners georganiseerd zijn en de wijze waarop de sociale omgeving op zorgwekkend en/of onbegrepen gedrag reageert, speelt hierbij een rol, alsook politieke belangen en organisatiebelangen. Als bijvoorbeeld de hulpinstanties onderling weinig samenwerken of een te specialistische benadering hebben van de problematiek dan leidt dat ertoe dat de hulpverlening niet altijd voldoende aansluit op de leefwereld en de hulpvraag van mensen met een brede en meervoudige ondersteuningsbehoefte.
De complexiteit van de situatie vraagt om een samenhangende, domein-overstijgende (en regionale) aanpak die de continuïteit waarborgt en waar men niet ophoudt waar de eigen verantwoordelijkheid stopt. Waarbij een combinatie van inzet van veiligheidsmaatregelen, het zo snel mogelijk organiseren van voldoende passende opvang, zorg en ondersteuning voor de betrokkenen zelf en hun omgeving, alsook om een optimalisering van de ketenaanpak van belang is. Het bieden van passende zorg en hulp vraagt tegelijkertijd aandacht voor de betrokkenheid van de samenleving als de organisaties waarin zorg- en veiligheidspartners de krachten bundelen en samen optrekken. Preventie en vroegsignalering zijn van belang, evenals nazorg en goede overdrachtsmomenten. Om een gezamenlijke impact te kunnen hebben is het nodig om een gemeenschappelijke agenda en visie op de problematiek en strategie op de aanpak op te stellen.

Als GGD willen we een actieve bijdrage leveren om tot een sluitende aanpak binnen de OGGZ te komen door onze diensten verder door te ontwikkelen samen met belangrijke partners. We vinden het belangrijk om in gesprek te gaan over wat gemeenten en andere partners (kunnen) verwachten van de GGD als het onder andere gaat om preventie en vangnettaken voor kwetsbare burgers. We brengen de wensen hieromtrent in kaart door gesprekken te voeren met bestuurders van gemeenten en met ketenpartners in de zorg, welzijn en veiligheid.

We zien hierin een belangrijke intermediaire rol voor de GGD weggelegd. We zien de GGD als een verbinder en schakelaar in het netwerk van publieke gezondheid. Het terrein waarop we ons begeven, bevindt zich op het grensvlak van medische zorg, het sociaal domein en het veiligheidsdomein. Dit vraagt om een brede rolopvatting, naast onze uitvoerende taken. We signaleren, monitoren, adviseren, coördineren en leiden toe naar de juiste zorg.

We signaleren via monitoring en onderzoek welke gezondheidsrisico's in onze regio aandacht vragen en bepleiten en adviseren aan onze partners dat én hoe ze hiermee aan de slag kunnen gaan. Dát er iets gebeurt, vinden we belangrijker dan dat de GGD de partij is die het uitvoert. En bij risico's en groepen waar geen andere partij in het belang van de publieke gezondheid optreedt, vervullen wij een vangnetfunctie. De GGD kan als brugfunctie en regievoerder optreden om de verschillende partijen uit het zorg- en veiligheidsdomein, met elk hun eigen belangen, culturen en werkwijzen met elkaar te verbinden. Zodat er meer grip komt op de prestaties van het netwerk in plaats van enkel op de organisatieprestaties. Met name de samenwerking met het Zorg- & Veiligheidshuis in onze regio is hierbij van belang.

In 2022 e.v. gaat GGD BZO de OGGz inhoudelijk doorontwikkelen om zo een belangrijke bijdrage te kunnen leveren aan de OGGz-problematiek in het sociale domein, in samenspraak met gemeenten en OGGz-partners. De GGD wil zich meer profileren als een expertisecentrum op het gebied van de OGGz. We zetten in op het verder versterken van het netwerk met (keten)partners.

Waar mogelijke en/of noodzakelijk wordt samenwerking met (keten)partners gezocht, op deze manier vergroten en borgen we specialistische kennis en de dienstverlening. Gelijktijdig kunnen trends, ontwikkelingen en hiaten worden opgespoord en geanalyseerd om het aanbod verder te optimaliseren danwel uit te breiden. Bovenstaande komt de herkenbaarheid van GGD als betrouwbare, kundige en proactieve netwerkpartner ten goede waarbij verbinding, advies en 'aanjager' kenmerkende sleutelwoorden zijn.

3.6 Versterken van ambulancezorg als onderdeel van de acute zorgketen

De Ambulancezorg staat de laatste jaren steeds meer onder druk door:

- het veranderende zorglandschap: ziekenhuizen specialiseren en (de)centraliseren, waardoor er meer inter-klinisch vervoer plaatsvindt;
- de toenemende vergrijzing: waardoor de complexiteit van de zorgvraag toeneemt;
- de extra-muralisering van zorg waardoor er meer behoefte is aan zorg aan huis;
- nieuwe technologieën waardoor een hoge kwaliteit van zorg wordt verlangd;
- de toenemende arbeidsmarktkrapte binnen de hele keten van de acute zorg.

Met deze problematiek krijgt de ambulancezorg de komende jaren te maken. Aangezien de problematiek in het hele land speelt, werken we nauw samen binnen de koepel van Ambulancezorg Nederland (AZN) en onze strategie is onderdeel van de landelijke strategie.
Eén van de grootste problemen is het toenemend personeelstekort.
Al jaren is er een tekort aan personeel in de zorg en sinds de coronacrisis is er een toenemende uitstroom van personeel uit de gezondheidszorg. De Ambulancezorg is sterk afhankelijk van de doorstroom van personeel uit de ziekenhuizen richting de Ambulancezorg.
Wanneer het personeel niet doorstroomt maar uitstroomt dan zal hierdoor het personeelstekort in de Ambulancezorg verder oplopen.

GGD Brabant-Zuidoost heeft de ambitie om komende jaren samen met de ziekenhuizen te kijken naar keten opleiden. Samen werken aan het opleiden van goed gekwalificeerd personeel die op meerdere onderdelen van de acute as inzetbaar is. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat personeel wordt ingezet waar op dat moment het personeelstekort het grootst is, bijv. IC of ambulance, maar ook dat ze per kwartaal rouleren over verschillende werkplekken/ketenpartners. Voor personeel wordt het werk uitdagender en afwisselender en blijven daarmee behouden voor de gezondheidszorg. Tevens kan er samen met de ziekenhuizen loopbaanpaden worden opgezet voor verpleegkundigen die vrij vroeg in hun carrière al weten dan ze uiteindelijk naar de ambulance willen. Zodoende blijft een verpleegkundige een aantal jaar voor het ziekenhuis behouden en kan dan op een vastgesteld moment overstappen naar de ambulance.
Daarnaast zijn er verbeterprojecten in opzet die nu óf niet van de grond komen óf worden uitgesteld doordat er geen personeel voor beschikbaar is. GGD Brabant Zuidoost wil komende jaren meer prioriteit geven aan verbeterprojecten die leiden tot een efficiëntere inzet van personeel binnen de organisatie of keten.

De afgelopen jaren is het aantal presentatiestops van spoedeisende hulpen toegenomen. Dit komt door een te hoge toestroom van patiënten naar de SEH en door een verminderde uitstroom van patiënten uit het ziekenhuis. Binnen de acute zorgketen in Brabant Zuidoost is de ambitie om de toestroom van patiënten richting bijv. de SEH te verminderen. GGD Brabant Zuidoost gaat zich daarom inzetten op differentiatie van vervoer/zorg. De ambulance zal uiteraard blijven bestaan in de huidige vorm maar daarnaast wordt er ook ingezet op "zorg op locatie", waarbij er geen vervoer meer nodig is naar het ziekenhuis. Hiervoor komen meer gespecialiseerde verpleegkundigen, zoals physician assistants of verpleegkundig specialisten op de ambulance. Zij hebben meer bevoegdheden dan reguliere ambulanceverpleegkundigen om bepaalde handelingen in de thuissituatie uit te voeren.
GGD Brabant-Zuidoost start hiervoor een pilot en zal dit de komende jaren verder implementeren binnen de regio. Daarnaast wordt er ingezet op meer zorgcoördinatie. Hiermee wordt bedoeld dat alle ketenpartners binnen een regio worden ondergebracht achter één zorgloket. De burger met een zorgvraag kan bij dit loket terecht en het loket bepaald uiteindelijk welke zorg de burger nodig heeft. Zodoende krijgt de burger direct de zorg die hij of zij nodig heeft, zonder dat daarbij eerst de gang naar de SEH wordt gemaakt. Landelijke worden hier al de eerste stappen ingezet en GGD Brabant Zuidoost zal dit regionaal verder oppakken en uitwerken.

Tot slot heeft GGD Brabant-Zuidoost de ambitie om in te zetten op meer technologische innovatie en data uitwisseling met ketenpartners. Enerzijds wil de GGD technologie gebruiken om efficiënter te werken en knelpunten in het proces te optimaliseren, zoals bijv. inzet van kunstmatige intelligentie bij de spreiding van ambulances en virtual reality bij de comfort van patiënten.

Daarnaast kan de data uitwisseling tussen ketenpartners worden geoptimaliseerd zodat iedere zorgverlener ten alle tijden over de juiste en meest betrouwbare informatie beschikt.
GGD Brabant-Zuidoost wil zich de komende jaren inzetten om naast een betrouwbare ook innovatieve partner te zijn binnen de acute keten in de regio.

3.7 Overige ontwikkelingen

Decentralisatie en uitbreiding van GGD taken
Het Rijk heeft (eerder) enkele ontwikkelingen aangekondigd die betrekking hebben op de publieke gezondheidszorg en financiële gevolgen kunnen hebben voor de GGD en gemeenten :

a. Uitbreiding van het Rijksvaccinatieprogramma.
b. Invoering van de prenatale huisbezoeken (waarschijnlijk per medio 2022).
c. Decentralisatie van de taken en middelen m.b.t. seksuele gezondheid.
d. Intensivering van de pandemische paraatheid en versterking van de publieke gezondheidszorg (nieuw regeerakkoord).

Bij het opstellen van deze kadernota zijn de inhoudelijke en financiële gevolgen van b, c en d nog niet bekend. In de loop van 2022 komt de GGD met aparte begrotingswijzigingen hieromtrent, afhankelijk van landelijke ontwikkelingen. Voor a. is tegelijkertijd met deze Kadernota een begrotingswijziging aangeboden (zienswijze procedure).

Datagedreven beleidskeuzes en dataveiligheid
Er is een toenemende behoefte om beleidskeuzes te maken op basis van betrouwbare en geldige data. Het gaat daarbij zowel om beleidskeuzes van de GGD als beleidskeuzes van gemeenten. De GGD beschikt vanuit haar monitors, registratiesystemen en andere interne en externe informatiebronnen over veel gezondheidsinformatie. We willen die informatie nog beter anoniem ontsluiten voor het maken van beleidskeuzes onder andere door gebruik te maken van de principes en tools van datascience en de data te verrijken met kennis/ervaring en advies.
De GGD beschikt over veel persoonsgegevens waaronder ook medische gegevens. Inwoners moeten erop kunnen vertrouwen dat hun persoonsgegevens bij de GGD veilig zijn. Er worden steeds hogere eisen gesteld aan de veiligheid van persoonsgegevens. Het gaat daarbij niet alleen om toegang tot systemen maar ook om bewustzijn en gedrag van medewerkers die met de gegevens moeten werken.
De kosten die gepaard gaan met dataveiligheid nemen toe, maar ook de risico's nemen toe (datalek, datadiefstal, cybercrime). Het is van belang om een goede afweging te maken tussen de kosten en de risico's vanuit de ervaring dat 100 % veiligheid niet bestaat.

4. De bestuursopdracht aan de GGD

4.1 Naar een wendbare en financieel gezonde GGD

In 2018 is aan de GGD de opdracht gegeven om te komen tot een stabiele en wendbare organisatie. Aanleiding waren de toenmalige zorgen bij het bestuur en de directie van de GGD en haar regiogemeenten over de financiën en de bedrijfsvoering van de GGD Brabant-Zuidoost.
De belangrijkste onderdelen van de bestuursopdracht zijn:

e. de integratie van JGZ 0-4 binnen de GGD (gerealiseerd),
f. van een drielagen naar een tweelagen structuur (gerealiseerd),
g. implementatie van Lean principes (loopt)
h. implementatie van zelforganiserend werken c.q. zelforganiserende teams en bijpassende leiderschapsstijl (loopt)
i. het verbeteren van de bedrijfsvoering van de GGD (loopt)
j. het creëren van financiële ruimte voor inhoudelijke ontwikkelingen via een zgn. wendbaarheidsbudget (loopt).

Dit veranderingsproces is een meerjarig proces. Door de Coronacrisis is er vertraging opgetreden in het veranderingsproces. Eind 2023 hopen we bovenstaand veranderproces af te ronden.

4.2 Een doorlopende lijn in de jeugdgezondheidszorg

Vanaf 1.1.2021 is de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor 0–4 jarigen bij de GGD ondergebracht, zodat er sprake is van een doorlopende lijn JGZ voor 0–18 jarigen. Mensen, taken en middelen zijn van ZuidZorg en Zorgboog overgenomen. Ook de huurovereenkomsten m.b.t. de consultatiebureaus zijn overgenomen. In samenwerking met de 21 gemeenten werken we aan een nieuw spreidingsplan voor de consultatiebureaus, waarbij we deze willen transformeren naar lokale werk- en ontmoetingslocaties voor de JGZ 0–18 jaar. We denken hiermee efficiencywinst te kunnen behalen.
We werken vanuit de volgende toekomstvisie op JGZ: ieder kind heeft het recht op te groeien in een veilige en stimulerende omgeving die het mogelijk maakt dat het kind zich optimaal ontwikkelt. Onze missie is het bevorderen van ontwikkelingskansen, zodat alle kinderen veilig en gezond kunnen opgroeien.
Hierbij geven we extra aandacht aan gezinnen waarvoor dat niet vanzelfsprekend is.
Ouders zijn de eerstverantwoordelijken voor de opvoeding van het kind. JGZ ondersteunt, samen met de ketenpartners, waar nodig, kind en ouders van voor de geboorte tot volwassenheid.
De JGZ professional staat naast de ouder en sluit aan op hun eigen kracht.
We leveren zorg op maat: de juiste zorg naar de juiste gezinnen. Door ons grote bereik en de hoge klantwaardering zijn we als JGZ de aangewezen partij om te ontzorgen, de-medicaliseren en te normaliseren.

Om te zorgen dat we blijven aansluiten bij de ouders en jongeren zijn wij voortdurend bezig met (door)ontwikkelen van onze diensten. Dit doen we samen met de klant volgens principes van Lean. We maken meer en meer gebruik van de digitale mogelijkheden en we wisselen de goede werkwijzen uit met andere JGZ-organisaties.
We willen nog meer dan we nu al doen insteken op collectieve preventie naast individuele preventie.

We richten ons op het bevorderen van de sociale cohesie en stimuleren van de samenkracht van ouders en jongeren. We willen het lokale opvoedklimaat versterken en inspelen op de omgeving. Hierbij geven we extra aandacht aan wijken die die nodig hebben (lage ses-wijken).
We geven daarnaast advies over lokaal gezondheidsbeleid en we signaleren leemtes in het ondersteuningsaanbod.
Vanuit onze centrale positie hebben we als JGZ verbindingen met 4 domeinen:

- het medisch domein (1e en 2e lijn gezondheidszorg)
- het zorg- en veiligheidsdomein (o.a. Veilig Thuis en de Raad voor Kinderbescherming)
- het onderwijsdomein (reguliere en speciale kinderopvang en (voor)scholen))
- het sociaal domein (sociale wijkteams en geïndiceerde jeugdzorg)

Ook werken we samen met partners uit de directe omgeving van kind en gezin - vrijwilligers/nuldelijn/ouders onderling. Onze insteek is één gezin één plan.
Door onze brede sociaal/medische kennis zijn wij de aangewezen partij om te signaleren welke gezinnen extra ondersteuning nodig hebben. Met onze (maatwerk)producten kunnen wij deze ondersteuning soms direct zelf bieden, in andere gevallen zorgen wij voor een adequate verwijzing.
We schalen alleen op als het nodig is en schalen af als dat mogelijk is.

- Voor ouder en kind betekent dit snelle en laagdrempelige hulp .
- Voor gemeenten betekent dit de juiste hulp aan de juiste gezinnen (we stemmen af met sociale wijkteams zodat zorgvragen op de juiste plek worden opgepakt).

Daarbij voorkomt preventie hoge kosten vanuit de Jeugdwet.
We werken vanuit het concept positieve gezondheid. Hierin staat niet ziekte centraal maar (gezondheids)vermogens.
De nadruk ligt op veerkracht, eigen regie en het aanpassingsvermogen van de mens.

De JGZ zet zich in om gezondheidsverschillen te verkleinen door de landelijke JGZ Preventieagenda te volgen. Hiermee werken we samen met partners aan grote maatschappelijke uitdagingen zoals kindermishandeling, schoolverzuim en armoede.

4.3 Verbetering van de bedrijfsvoering van de GGD

De afgelopen jaren is onder druk van bezuinigingen bij gemeenten de begroting van de GGD op een minimum niveau uitgekomen. Bij bezuinigingen werden de primaire taken zoveel mogelijk buiten schot gelaten en dat betekende dat van 2012 tot 2018 voortdurend is bezuinigd op ondersteunende taken.
Om hier verbetering in aan te brengen heeft de directeur samen het Dagelijks Bestuur een aantal maatregelen opgesteld.

Ten eerste geeft de directeur uitvoering aan het plan om de bedrijfsvoering van de organisatie op orde te krijgen. Ten tweede gaat de GGD aan de slag met het uitbreiden van het aantal inhoudelijke taken die ze kan aanbieden zodat de financiele armslag voor ondersteunende taken toeneemt. Voorbeelden van nieuwe taken die succesvol zijn/worden geimplementeerd zijn de Wijk GGD'er, Wvggz-taken, het programma Nu Niet Zwanger en Vroeghulp. Ten derde is er het 'up to date' brengen van de inwonerbijdrage. In het verleden werd geen rekening gehouden met de ontwikkeling van de inwoneraantallen bij de bepaling van de totale begroting van de GGD. Dit wordt vanaf 2021 (naast de indexering) wel meegenomen.
Voor de uitvoering van de bestuursopdracht hebben onze gemeenten in 2020 aan de GGD een eenmalige kapitaalinjectie van € 1,- per inwoner (ca. € 750.000) gegeven. M.i.v. 2021 staat daar een structurele verlaging van de inwonerbijdrage van € 0,20 per inwoner tegenover.
Met deze incidentele impuls kan de GGD het HRM instrumentarium en begeleiding naar zelforganisatie financieren en de informatie huishouding optimaliseren, LEAN prestatiedoorbraken faciliteren en operationele en bestuurlijke management rapportages opleveren.

4.4 Wendbaarheidsbudget GGD

Een doelstelling van de bestuursopdracht aan de GGD en de eenmalige financiële impuls aan de GGD door gemeenten is ook om financiële ruimte te creëren voor inhoudelijke ontwikkeling via een wendbaarheidsbudget. De hoogte van dat budget in 2023 wordt geraamd op 350K. Deze middelen kunnen worden aangewend voor eenmalige uitgaven t.b.v. inhoudelijke ontwikkelingen.

5. Financieel meerjarenperspectief

5.1 Inleiding

De wettelijke en overige gezamenlijke taken die de GGD in opdracht van de gemeenten uitvoert worden hoofdzakelijk gefinancierd op basis van een bijdrage per inwoner. De nieuwe taak JGZ 0-4 per 2021 wordt gefinancierd op basis van een bedrag per kind. Naast deze taken voert de GGD ook contracttaken voor de individuele gemeenten uit. Deze taken liggen altijd in het verlengde van de wettelijke taken. Daarnaast worden ook nog contracttaken uitgevoerd voor derden, zoals andere overheden, instellingen, zorgverzekeraars, bedrijven of particulieren. Beide contracttaken worden verricht tegen een kostprijs-dekkend tarief.
De GGD onderscheidt binnen haar exploitatie, naast de overhead, 2 programma's: Publieke Gezondheid (PG) en Ambulancezorg (AZ). Beide programma's kennen een volledig gescheiden financiering, verantwoording en dito kaders. Gezamenlijke overhead wordt over beiden verdeeld.

5.2 Algemene kostenontwikkeling PG

Omdat de GGD een door gemeenten opgerichte gemeenschappelijke regeling is, is ook integraal de gemeentelijke CAO van toepassing. Met ingang van 2020 heeft de GGD zich aangesloten bij de Cao SGO (Samenwerkende Gemeentelijke Organisaties), die Cao is inhoudelijk zoveel mogelijk identiek aan de Cao gemeenten. Hiermee staan dan de kaders voor de ontwikkeling van de personele kosten (ca. 75% van het totaal) vast. Recent (november 2021) is een principe akkoord gesloten voor een CAO tot 1-1-2023, ontwikkelingen vanaf 2023 zijn daarmee nog onduidelijk. Ook is de verwachting dat de ABP-premie per 1-1-2022 verhoogd gaat worden; overige premie ontwikkelingen zijn nu nog niet bekend. Bovenstaande ontwikkelingen zullen naar verwachting zowel voor 2021 (incidenteel) als 2022 (structureel) tot een aanzienlijk tekort op de loonkosten-indexering leiden; wat de doorwerking daarvan in 2023 is, is nog afhankelijk van latere ontwikkelingen, maar dat e.e.a. een substantieel risico is laat zich raden.
Investeringen (en daarmee de kapitaallasten) hebben een redelijk constant ritme en leiden niet tot grote verschuivingen in de jaarlijkse exploitatiekosten. Voor de overige materiële kosten wordt in de begroting in het algemeen de indexering gehanteerd zoals ook bij de berekening van de gemeentelijke bijdrage wordt toegepast; en deze is gemiddeld genomen voldoende.

5.3 Programma Ambulancezorg (AZ).

Ambulancezorg wordt nagenoeg volledig gefinancierd uit de premie-middelen via zorgverzekeraars. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft ten aanzien van die financiering een toetsende en toezichthoudende rol. AZ kent een eigen cao die door de koepelorganisatie Ambulancezorg Nederland (AZN) met de bonden wordt overeengekomen. De indexering van de budgetvergoeding komt over het algemeen overeen met de salariskostenontwikkeling, welke de afgelopen jaren overigens aanzienlijk is geweest.

Jaarlijks wordt over de hoogte van het budget met zorgverzekeraars onderhandeld, hetgeen in een constructieve sfeer plaatsvindt. Bij een aanzienlijke mutatie in het aantal ritten wijzigt dit budget; er is al jaren sprake van een stijging.
Naast de directe personele kosten (ca. 60% van de totale kosten) brengt de Functioneel Levensloop Ontslag (FLO)-regeling een aanzienlijk bedrag aan personele kosten (momenteel ca. € 1,0 miljoen) met zich mee. Het ministerie van VWS vergoedt middels een subsidieregeling 95% van deze kosten. Omvangrijke materiële kostencomponenten betreffen autokosten, huisvesting, medische verbruiksartikelen en ICT- en verbindingsvoorzieningen.
Zoals in hoofdstuk 3 ook al aangegeven verloopt de uitbreiding van de formatie, het laatste onderdeel van het meerjarenplan, nog steeds moeizaam als gevolg van de arbeidsmarktkrapte. We zien echter ook mogelijkheden die een positieve bijdrage leveren aan onze paraatheid door het frequenter en langer inzetten van de zorgambulance en betere triage, zodat ook zonder uitbreiding van mensen we efficiënter kunnen werken. Hierover vindt nadrukkelijk frequent afstemming met zorgverzekeraars plaats, die daarvoor dan ook de financiering ter beschikking stellen.

5.4 Programma Publieke Gezondheid

Gemeentelijke bijdrage voor het gezamenlijke takenpakket
Op voorstel van de 'werkgroep 4GR' (bestaande uit de concerncontroller van Eindhoven, 2 gemeentesecretarissen en de controllers van de vier gemeenschappelijke regelingen) is de wijze van indexering voor de 4 GR'en met ingang van de begroting 2018 gelijkgetrokken. Voortaan wordt de Macro Economisch Verkenning van het Centraal Plan Bureau in september gehanteerd.

Voor 2023 resulteert de indexeringsmethodiek voor de GGD in de volgende index-berekening:
Loon 75% * 2,3% = 1,725%
Prijs 25% * 1,6% = 0,400%
Totaal index 2023: **2,125%**

In het kader van de uitwerking van de bestuursopdracht is o.a. besloten om met ingang van 2021 de mutatie in het aantal inwoners voortaan weer mee te nemen bij de berekening van de gemeentelijke inwonerbijdrage.
Ook is daarbij besloten om in 2020 een eenmalige bijdrage van € 1,- per inwoner toe te kennen voor de noodzakelijke verbetering van de bedrijfsvoering, waarna de inwonerbijdrage vanaf 2021 dan met € 0,20 structureel verlaagd wordt; deze verlaging is reeds bij de begroting 2021 in de inwonerbijdrage verwerkt.

Integrale JGZ
Met ingang van 2021 heeft de GGD de taak Jeugdgezondheidszorg 0-4-jarigen in onze regio overgenomen van ZuidZorg en Zorgboog.

Afgesproken is dat vooralsnog dezelfde basisvergoeding, zoals nu aan ZuidZorg en Zorgboog wordt vergoed (ca. 12 miljoen), aan de GGD zal worden toegekend; zijnde een bedrag per kind met nacalculatie op het werkelijke aantal kinderen. Het inbesteden van deze taken bij de GGD verloopt voor gemeenten dus budgetneutraal. Er is nu nog sprake van verschillen in bijdragen en dienstverlening tussen gemeenten, afgesproken is om per 2023 zowel op inhoud als op de bijdrage voor de basistaak te gaan harmoniseren. In onderstaande indicatieve tabel is deze harmonisatie per 2023 echter nog niet meegenomen, omdat de uitwerking daarvan nog niet bekend is; bij de aanbieding van de begroting 2023 zal daartoe een uitgewerkt voorstel worden aangeboden.

Decentralisatie aanpassing van het Rijksvaccinatieprogramma en Prenataal Huisbezoek.
Met ingang van 2022 wordt de vergoeding van het rijk voor aanpassing van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en Prenataal Huisbezoek (PHB) gedecentraliseerd naar gemeenten en zal deze opgenomen moeten worden in de inwoner-bijdrage. Een begrotingswijziging per 2022 hiervoor moet, na zienswijze-procedure nog worden vastgesteld, onderstaande berekening is wat dat betreft dus nog een indicatie. Het definitieve besluit zal nog in de definitieve begroting 2023 worden verwerkt.

Indicatie inwonersbijdrage 2023 – 2026
Op basis van hiervoor genoemde uitgangspunten zal de gemeentelijke bijdrage voor de komende 4 jaren zich naar verwachting als volgt ontwikkelen:

Overzicht indicatieve ontwikkeling gemeentelijke bijdragen basistaken 2023-2026				
	2023	**2024**	**2025**	**2026**
#inwoners (aanname + 0,4%/jaar) *	*787.506*	*790.657*	*793.819*	*796.994*
gemeent. bijdr. p/inwoner progr begr '22	€ 17,357			
taakmutatie '22 RVP + PHB (raming) ****	€ 0,648			
index (aanname 2024 e.v. 2%/jaar)	€ 0,383	€ 0,368	€ 0,375	€ 0,383
bedrag per inwoner gez. taken	***€ 18,388***	***€ 18,755***	***€ 19,130***	***€ 19,513***
gem bijdr pubercontactmoment prog begr '22	€ 701.525			
index (aanname 2024 e.v. 2%/jaar)	€ 14.907	€ 14.329	€ 14.615	€ 14.908
***gemeent. bijdr. Pubercontactmoment ** ***	***€ 716.432***	***€ 730.761***	***€ 745.376***	***€ 760.284***
Bijdr JGZ 0 -4 per kind v/h Zuidzorg progr begr '22	€ 432,40			
index (aanname 2024 e.v. 2%/jaar)	€ 9,19	€ 8,83	€ 9,01	€ 9,19
gemeent. Bijdr. JGZ 0 -4 per kind v/h Zuidzorg	***€ 441,59***	***€ 450,42***	***€ 459,43***	***€ 468,62***
Bijdr JGZ 0 -4 per kind v/h Zorgboog progr begr '22	€ 413,83			
index (aanname 2024 e.v. 2%/jaar)	€ 8,79	€ 8,45	€ 8,62	€ 8,79
gemeent. Bijdr. JGZ 0 -4 per kind v/h Zorgboog	***€ 422,62***	***€ 431,07***	***€ 439,70***	***€ 448,49***
* bij het opstellen van de begroting 2023 zal het dan bekende #inwoners per 1-1-2022 worden gehanteerd				
** het pubercontactmoment wordt niet middels een bedrag per inwoner gefinancieerd maar obv van de verdeelsleutel die het ministerie van VWS hanteerde bij de verdeling in het gemeentefonds				

In bijlage 2 wordt de geraamde berekening per gemeente weergegeven, uitgaande van een gelijke stijging van het inwoneraantal per gemeente.

Potentiële ontwikkelingen

Zoals in hoofdstuk 3 aangegeven zijn er voor de komende jaren ontwikkelingen te verwachten die van invloed kunnen zijn op de inwonerbijdrage, maar waarvan de definitieve gegevens nu nog ontbreken. Dit betreft voor zover nu bekend:

- de decentralisatie van de vergoeding voor seksuele gezondheid.
- de decentralisatie van de vergoeding voor maternale kinkhoest.
- De verdere uitbreiding van het Rijksvaccinatieprogramma (met decentralisatie van de vergoeding).
- Uitbreiding Infectieziektenbestrijding (met decentralisatie van de vergoeding).

Zodra hierover meer bekend is zal de GGD een begrotingswijziging met aanpassing van de inwonerbijdrage voor een zienswijze aan gemeenten voorleggen op basis van een realistische kostenraming.

Contracttaken gemeenten

Naast het gezamenlijke takenpakket voert de GGD contracttaken voor de gemeenten uit, op dit moment voor in totaal ca. 3 miljoen, waarvan ca. 1 miljoen betrekking heeft op JGZ 0-4.
Deze taken liggen in het verlengde van de wettelijke taken. De uitvoering van deze taken wordt met de individuele gemeenten afzonderlijk contractueel vastgelegd.
We verwachten dat onze gemeenten extra inzet van de GGD gaan vragen bij hun voorbereidingen op de invoering van de omgevingswet, de Wet verplichte GGZ en de lokale preventie akkoorden en daarbij inbesteding verkiezen boven uitbesteding.
Het effect hiervan op de omzet in contracttaken laat zich momenteel moeilijk inschatten. In de begroting 2023 zal een voorzichtige raming hiervan worden opgenomen.
In 2020 is gestart met activiteiten voor 8 gemeenten in het kader van de WVGGZ; in de begroting 2023 gaan we er vooralsnog vanuit dat deze in minimaal dezelfde omvang (ca.
€ 500.000) zal worden gecontinueerd. De verwachting is dat per 1-1-2022 nog 4 tot 6 gemeenten zullen aansluiten. Hiermee zullen de vaste kosten verdeeld worden over meerdere gemeenten, waarmee het voor de deelnemende gemeenten per saldo dus goedkoper wordt.

Overige bijdragen gemeenten

Naast de gezamenlijke bijdrage per inwoner en de contracttaken betalen gemeenten in onze regio ook nog algemene bijdragen, veelal ter dekking van uit historisch perspectief veroorzaakte kosten en/of afbouw van dergelijke algemene kosten.
Deze niet direct aan de uitvoerende taken gerelateerde kosten zijn inmiddels maximaal beperkt en de bijdragen daarvoor zijn daarom ook steeds verder teruggelopen. Er resteert alleen nog de structurele genormeerde bijdrage van Helmond en Eindhoven voor het gebruik van JGZ-onderzoeklocaties in de beide hoofdgebouwen en de fusie-bijdrage van Eindhoven voor de uitloopschalen; dit laatste betreft een langjarige verplichting die nog slechts geleidelijk afneemt.

Contracttaken derden

Naast de diverse bijdragen en vergoedingen van gemeenten ontvangt de GGD ook van derden bijdragen en vergoedingen voor dienstverlening, in totaal regulier ca. € 4,5 miljoen.
De in omvang belangrijkste structurele taken in dezen zijn Reizigerszorg (ca. € 1,3 miljoen hoofdzakelijk particulieren), bijdragen Rijk voor SOA-bestrijding (ca. € 1,1 miljoen), RIVM-vergoedingen JGZ 0-4 (ca. € 350.000)Forensische diensten politie (ca. € 400.000) en Publieke Gezondheid Asielzoekers (ca. € 400.000).

Deze taken worden in principe uitgevoerd tegen kostprijs en leveren zo, gezien de omvang, een belangrijke bijdrage aan de dekking van de overhead; waardoor ook een kwalitatief betere ondersteuning van de organisatie als geheel kan worden gerealiseerd. Maar dit betekent anderzijds natuurlijk ook een potentieel financieel risico in het geval dat deze inkomsten substantieel terug zouden lopen.
De landelijke politie heeft de aanbesteding van de forensische dienstverlening opnieuw ingetrokken, waarmee het risico van verlies van de taak arrestantenzorg en de daaraan verbonden omzet vooralsnog van de baan is. We zullen echter wel opnieuw met de politie in onderhandeling gaan omdat het huidige contract niet kostendekkend is en omdat de taakstelling vanuit de politie waarschijnlijk uitgebreid gaat worden.
Of de eerder verwachte omzettoename voor met name reizigerszorg, zoals ook is opgenomen in de uitwerking van de bestuursopdracht, in 2023 gerealiseerd kan gaan worden is nu vanwege Corona erg onzeker.
Vanaf 2022 ontstaat mogelijk een risico als VWS de vergoeding voor Corona-inkomstenderving beëindigt, zoals ze onlangs heeft aangekondigd. In 2020 en 2021 is met name voor de lagere omzet voor Reizigerszorg en Inspecties Kinderopvang in dit kader een vergoeding ontvangen van VWS. GGD'en gaan bij VWS hier tegen in beroep.

5.5 Weerstandsvermogen en risico's

In het najaar van 2017 heeft het Algemeen Bestuur ingestemd met de beleidsnotitie Kaders P&C-documenten 4GR, deel 2. Hierin zijn o.a. kaders vastgesteld voor de hoogte van de Algemene Reserve, zijnde het weerstandsvermogen van de organisatie. Eerder heeft het bestuur besloten dat, gegeven de financieringsstructuur, voor de beide programma's Publieke Gezondheid en Ambulancezorg afzonderlijke algemene reserves worden aangehouden.
In de beleidsnotitie 4GR wordt voor beide programma's een kader stellende bandbreedte vastgesteld die gerelateerd is aan de omzet. Het wordt daarbij echter aan het Algemeen Bestuur van de Verbonden Partij overgelaten of die bandbreedte volledig wordt ingevuld, aangezien dit organisatie-specifiek is.
Om risico's te beheersen wordt door de GGD BZO actief risicomanagement ontwikkeld. Bij de voortgangs-verantwoordingen wordt nadrukkelijk stil gestaan bij de ontwikkeling en ontstaan van relevante risico's, en welke maatregelen genomen moeten worden om deze risico's te beperken. Daarnaast is het risicomanagement een belangrijk element in het HKZ-certificeringsschema.

Bij de aanbieding van de concept-programmabegroting wordt aan het AB jaarlijks ook een actuele financiële risico-inventarisatie voorgelegd.
In 2020 en 2021 zijn onttrekkingen gedaan aan de ***Algemene Reserve PG*** voor de uitwerking van de bestuursopdracht, m.n. i.v.m. projectkosten voor de integratie van JGZ 0-4. Doelstelling van de bestuursopdracht is echter dat deze kosten zich vanaf 2021 gaan terugverdienen en de reserve dan dus weer aangevuld wordt; met name de inbesteding van iJGZ moet leiden tot ruimte om de reserve aan te kunnen vullen. Afgezien van onvoorziene omstandigheden zal daarmee naar verwachting in 2023 of 2024 het gewenste minimum niveau worden bereikt.
Volgens de staffel uit de 4GR-notitie is, gezien de omzet PG van ca. € 35 miljoen, voor de Algemene Reserve PG een minimum van € 1.500.000 en maximum van € 2.000.000 van toepassing.

De ***Algemene Reserve AZ*** bedraagt einde 2021 naar verwachting € 1.500.000,-. Hierin wordt over 2021 en 2022 geen noemenswaardige mutatie verwacht. Volgens de staffel uit de 4GR-notitie is, gezien de omzet, voor de Algemene Reserve AZ een minimum van € 1.200.000 en maximum van € 1.500.000 van toepassing; gezien de huidige stand van die reserve en de omvang van de risico’s is dat nog passend.

Brabant-Zuidoost

Bijlage 1 Kerntaken GGD

Pijler/taak	Wettelijke taak?	Verplicht bij GGD beleggen?	Gemeenschappelijke taak?	Wettelijke basis
Monitoren, signaleren en adviseren				
- *Procesbegeleiding bij en uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid.*	N	N	J	-
- *Gezondheid monitors*	J	J	J	Wet PG
- *Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning*	J	J	J	Wet PG
- *Maatwerkonderzoek*	N	N	J (deels op contractbasis)	-
- *Preventieprogramma's*	J	J	J	Wet PG
Uitvoerende taken gezondheidsbescherming				
- *Algemene infectieziekten bestrijding*	J	J	J	Wet PG
- *TBC-bestrijding*	J	J	J	Wet PG
- *SOA bestrijding*	J	J	J	Wet PG
- *Medisch-milieukundige zorg*	J	J	J	Wet PG
- *Technische Hygiënezorg*	J	J	J	Wet PG
- *Reizigerszorg*	N	N	N	-
- *Rijksvaccinatieprogramma (0–18 jarigen)*	J	J	J	Wet PG

Publieke gezondheid bij rampen en crises				
- *GGD Crisisteam en crisisplan .*	J	J	J	Wet PG/Wet Toelating
- *Het leveren van sleutelfunctionarissen voor GHOR-functies*	J	N	J	zorginstellingen Wet op de
- *Psychosociale hulpverlening bij ingrijpende gebeurtenissen*	J	J	J	Veiligheidsregio's Wet PG
Toezicht houden				
- *Toezicht op Kinderopvang & peuterspeelzalen*	J	J	N	Wet kinderopvang
- *Toezicht op tattoo- & piercingshops*	J	N	N	Voeding- en Warenwet
- *Toezicht op evenementen*	J	N	J	Wet PG
Jeugdgezondheidszorg 0-18 jaar				
- Basistaken	J	N	J	Wet PG
- Maatwerktaken (op contractbasis)	N	N	N	
Ambulancezorg	J	N	N	Wet Ambulancevoorzieningen (GGD is vergunninghouder)
Aanvullende taken publieke gezondheid				
- *Lijkschouwingen*	J	N	J	Wet Lijkbezorging
- *Afgeven van euthanasieverklaringen*	J	N	J	Euthanasiewet
- *Forensische diensten*	N	N	N	-
- *Publieke Gezondheid asielzoekers*	N	N	N	-
- *Uitvoeren taken WVGGZ*	J	N	N	WVGGZ
- Wijk GGD'er	N	N	N	-
- *Overige contracttaken*	N	N	N	-

Brabant-Zuidoost

Bijlage 2 Indicatieve ontwikkeling gemeentelijke bijdragen gezamenlijk takenpakket

Indicatieve ontwikkeling gemeentelijke bijdragen gezamenlijk takenpakket 2023-2026, obv benoemde uitgangspunten in de kadernota 2023

	#inwoners	#inwoners	#inwoners	#inwoners	# kinderen 0-4 *)	2023				2024				2025				2026			
Gemeente	1-1-2022	1-1-2023	1-1-2024	1-1-2025	1-1-2021	€ 18,388	pcm	0-4 *	totaal	€ 18,755	pcm	0-4 *	totaal	€ 19,130	pcm	0-4 *	totaal	€ 19,513	pcm	0-4 *	totaal
Asten	16.871	16.939	17.006	17.074	617	310.221	14.976	260.456	585.653	317.691	15.275	265.665	598.631	325.341	15.581	270.978	611.900	333.176	15.892	276.398	625.466
Bergeijk	18.830	18.905	18.981	19.057	652	346.239	16.302	285.890	648.431	354.576	16.628	291.608	662.812	363.115	16.960	297.440	677.515	371.858	17.299	303.389	692.547
Best	30.332	30.453	30.575	30.697	1.115	557.730	28.755	492.408	1.078.893	571.160	29.330	502.256	1.102.747	584.914	29.917	512.302	1.127.132	598.998	30.515	522.548	1.152.061
Bladel	20.611	20.694	20.776	20.859	750	378.989	17.774	331.146	727.909	388.115	18.130	337.769	744.014	397.461	18.492	344.524	760.477	407.032	18.862	351.415	777.309
Cranendonck	21.088	21.172	21.257	21.342	729	387.758	17.661	321.578	726.997	397.095	18.014	328.010	743.119	406.657	18.375	334.570	759.602	416.450	18.742	341.261	776.453
Deurne	32.562	32.692	32.823	32.954	1.206	598.732	29.183	510.045	1.137.960	613.150	29.767	520.246	1.163.162	627.914	30.362	530.651	1.188.927	643.035	30.969	541.264	1.215.268
Eersel	19.608	19.687	19.765	19.844	723	360.546	15.645	319.128	695.320	369.228	15.958	325.511	710.697	378.119	16.277	332.021	726.417	387.224	16.603	338.661	742.488
Eindhoven	236.650	237.596	238.547	239.501	8.619	4.351.424	220.169	3.736.745	8.308.338	4.456.206	224.572	3.811.480	8.492.258	4.563.512	229.063	3.887.710	8.680.285	4.673.401	233.645	3.965.464	8.872.509
Geldrop-Mierlo	40.219	40.380	40.542	40.704	1.529	739.535	37.092	644.520	1.421.147	757.343	37.834	657.410	1.452.587	775.580	38.590	670.558	1.484.729	794.256	39.362	683.969	1.517.588
Gemert-Bakel	30.889	31.013	31.137	31.261	1.155	567.976	26.779	488.823	1.083.579	581.653	27.315	498.600	1.107.568	595.659	27.861	508.572	1.132.092	610.002	28.419	518.743	1.157.164
Heeze-Leende	16.303	16.368	16.434	16.499	550	299.772	13.350	234.954	548.076	306.991	13.617	239.653	560.261	314.383	13.889	244.446	572.718	321.953	14.167	249.335	585.455
Helmond	92.994	93.366	93.740	94.115	3.522	1.709.946	99.203	1.489.644	3.298.793	1.751.122	101.187	1.519.437	3.371.746	1.793.289	103.211	1.549.826	3.446.325	1.836.471	105.275	1.580.822	3.522.568
Laarbeek	22.891	22.983	23.075	23.167	819	420.914	19.808	345.594	786.316	431.050	20.204	352.506	803.760	441.430	20.608	359.556	821.594	452.059	21.020	366.747	839.826
Nuenen	23.796	23.891	23.987	24.082	920	437.548	19.617	405.489	862.655	448.084	20.010	413.599	881.693	458.874	20.410	421.871	901.155	469.924	20.818	430.309	921.050
Oirschot	18.914	18.990	19.066	19.142	629	347.790	16.180	277.840	641.810	356.165	16.504	283.397	656.066	364.741	16.834	289.065	670.640	373.524	17.171	294.846	685.541
Reusel-De Mrdn	13.180	13.232	13.285	13.338	560	242.340	10.865	247.182	500.387	248.175	11.083	252.125	511.383	254.151	11.304	257.168	522.623	260.271	11.530	262.311	534.113
Someren	19.496	19.574	19.652	19.731	824	358.479	16.036	348.120	722.635	367.111	16.357	355.082	738.550	375.951	16.684	362.184	754.819	385.004	17.018	369.427	771.449
Son en Breugel	17.623	17.694	17.764	17.836	740	324.049	15.488	326.078	665.615	331.852	15.798	332.599	680.249	339.843	16.114	339.251	695.208	348.026	16.436	346.036	710.499
Valkenswaard	31.353	31.478	31.604	31.731	1.070	576.505	26.366	460.063	1.062.933	590.387	26.893	469.264	1.086.544	604.604	27.431	478.649	1.110.684	619.163	27.979	488.222	1.135.364
Veldhoven	45.682	45.865	46.048	46.232	1.656	839.983	39.365	731.389	1.610.736	860.209	40.152	746.017	1.646.378	880.923	40.955	760.937	1.682.816	902.136	41.774	776.156	1.720.066
Waalre	17.614	17.685	17.755	17.826	723	323.883	15.819	318.813	658.514	331.682	16.135	325.189	673.006	339.669	16.458	331.693	687.820	347.848	16.787	338.327	702.962
	787.506	**790.657**	**793.819**	**796.994**	**29.108**	**14.480.359**	**716.432**	**12.575.905**	**27.772.697**	**14.829.046**	**730.761**	**12.827.424**	**28.387.231**	**15.186.129**	**745.376**	**13.083.972**	**29.015.478**	**15.551.811**	**760.284**	**13.345.651**	**29.657.747**

*) voor JGZ 0-4 wordt vooralsnog geen mutatie in het aantal kinderen geraamd. Er wordt nagecalculeerd obv het werkelijke aantal kinderen per 1 januari van het begrotingsjaar. Voor de meerjarenberekening is verder vooralsnog uitgegaan van de huidige methodiek en verschillen tussen gemeenten, hoewel dat dus met ingang van 2023 zal gaan veranderen.

Brabant-Zuidoost

Bijlage 3 Verloop overige structurele bijdragen gemeenten

Overzicht verloop structurele overige bijdragen gemeenten.

(blauw gearceerd is de specificatie van 2023)

Gemeente	Bijdrage soc. plan reorgan. fusie '96	Bijdrage onderzoek locaties JGZ	Bijdr. Ehv Harmoni-satie fusie '08	Bijdr. Ehv huis-vesting fusie '08	Bijdr. Ehv ambulance zorg fusie '08	Bijdr. Ehv personele frictie fusie '08	Bijdr. Ehv uitloop schalen fusie '08	Totaal 2008	Totaal 2009	Totaal 2010	Totaal 2011	Totaal 2012	Totaal 2013	Totaal 2014	Totaal 2015	Totaal 2016	Totaal 2017	Totaal 2018	Totaal 2019	Totaal 2020	Totaal 2021	Totaal 2022	Totaal 2023	Totaal 2024	Totaal 2025
							1)																		
Asten								6.471	6.530	7.009	5.745	6.161	5.064	4.558	4.803	4.341	1.100	1.224	0	0	0	0	0	0	0
Bergeijk								4.386	4.278	5.270	3.697	3.618	3.002	1.727	1.446	1.488	1.211	1.343	0	0	0	0	0	0	0
Best								7.036	6.879	8.458	5.919	5.772	4.753	2.719	2.266	2.332	1.922	2.132	0	0	0	0	0	0	0
Bladel								4.621	4.524	5.575	3.921	3.875	3.243	1.863	1.570	1.616	1.324	1.469	0	0	0	0	0	0	0
Cranendonck								4.917	4.795	5.909	4.163	4.085	3.383	1.933	1.614	1.661	1.370	1.520	0	0	0	0	0	0	0
Deurne								16.224	16.195	17.739	15.616	15.193	15.015	13.014	12.509	15.582	2.113	2.339	0	0	0	0	0	0	0
Eersel								4.372	4.280	5.270	3.718	3.635	3.010	1.729	1.441	1.483	1.230	1.357	0	0	0	0	0	0	0
Eindhoven		52.000					105.000	1.013.500	908.020	740.584	584.839	500.484	460.024	421.500	267.959	194.000	156.572	168.073	167.000	162.000	155.000	154.999	152.000	148.000	144.000
Geldrop-Mierlo								19.175	19.824	21.687	19.437	19.335	18.044	12.682	15.578	16.668	2.579	2.858	0	0	0	0	0	0	0
Gemert-Bakel								14.762	16.276	18.895	18.324	15.709	14.836	9.762	11.822	12.890	1.966	2.199	0	0	0	0	0	0	0
Heeze-Leende								3.675	-43	4.424	3.121	3.062	2.543	1.463	1.217	1.252	1.038	1.150	0	0	0	0	0	0	0
Helmond		27.000						114.870	124.189	133.630	70.127	40.242	37.211	31.454	30.072	30.778	29.975	30.633	24.000	25.000	26.000	27.000	27.000	27.000	28.000
Laarbeek								5.272	5.155	6.329	4.420	4.306	3.579	2.067	1.728	1.778	1.456	1.608	0	0	0	0	0	0	0
Nuenen c.a.								5.504	5.347	6.540	4.555	4.454	3.734	2.148	1.790	1.843	1.509	1.673	0	0	0	0	0	0	0
Oirschot								4.329	4.225	5.184	3.634	3.571	2.958	1.702	1.424	1.466	1.207	1.355	0	0	0	0	0	0	0
Reusel-De Mierden								2.999	2.922	3.620	2.567	2.524	2.095	1.203	1.008	1.037	849	946	0	0	0	0	0	0	0
Someren								4.400	4.303	6.741	5.965	5.068	4.597	1.768	1.481	1.524	1.254	1.397	0	0	0	0	0	0	0
Son en Breugel								3.711	3.658	4.521	3.177	3.135	2.621	1.531	1.285	1.322	1.089	1.217	0	0	0	0	0	0	0
Valkenswaard								22.496	23.031	24.369	21.791	20.787	20.674	17.903	17.903	18.473	2.007	2.232	0	0	0	0	0	0	0
Veldhoven								10.497	10.183	12.530	8.839	8.735	7.269	4.186	3.497	3.599	2.939	3.276	0	0	0	0	0	0	0
Waalre								4.008	3.956	4.818	3.388	3.306	2.732	1.587	1.328	1.366	1.129	1.239	0	0	0	0	0	0	0
TOTAAL 2008	**126.000**	**66.000**	**356.500**	**151.000**	**263.000**	**72.000**	**243.000**	**1.277.500**																	
TOTAAL 2009	**123.000**	**68.500**	**265.000**	**153.000**	**263.000**	**77.000**	**229.000**		**1.178.500**																
TOTAAL 2010	**151.500**	**71.500**	**159.000**	**155.000**	**263.000**	**85.500**	**163.500**			**1.049.000**															
TOTAAL 2011	**106.500**	**76.000**	**0**	**150.000**	**136.000**	**169.500**	**159.000**				**797.000**														
TOTAAL 2012	**105.000**	**72.000**	**0**	**64.000**	**140.000**	**141.000**	**155.000**					**677.000**													
TOTAAL 2013	**87.000**	**117.000**	**0**	**0**	**122.000**	**145.000**	**149.000**						**620.000**												
TOTAAL 2014	**44.500**	**119.000**	**0**	**0**	**93.500**	**143.000**	**138.500**							**538.500**											
TOTAAL 2015	**41.500**	**119.500**	**0**	**0**	**72.500**	**27.500**	**122.500**								**383.500**										
TOTAAL 2016	**43.000**	**126.000**	**0**	**0**	**27.500**	**0**	**120.000**									**316.500**									
TOTAAL 2017	**35.000**	**71.000**	**0**	**0**	**0**	**0**	**110.000**										**216.000**								
TOTAAL 2018	**39.000**	**71.000**	**0**	**0**	**0**	**0**	**121.000**											**231.000**							
TOTAAL 2019		**72.000**	**0**	**0**	**0**	**0**	**119.000**												**191.000**						
TOTAAL 2020		**74.000**	**0**	**0**	**0**	**0**	**113.000**													**187.000**					
TOTAAL 2021		**76.000**	**0**	**0**	**0**	**0**	**105.000**														**181.000**				
TOTAAL 2022		**77.000**	**0**	**0**	**0**	**0**	**105.000**															**182.000**			
TOTAAL 2023		**79.000**	**0**	**0**	**0**	**0**	**100.000**																**179.000**		
TOTAAL 2024		**80.000**					**95.000**																	**175.000**	
TOTAAL 2025		**82.000**	**0**	**0**	**0**	**0**	**90.000**																		**172.000**
TOTAAL 2026		**83.000**	**0**	**0**	**0**	**0**	**85.000**																		

1) Deze bijdrage wordt achteraf afgerekend obv de werkelijke kosten

Bijlage 4: Gezondheidsmonitor 2020-2021



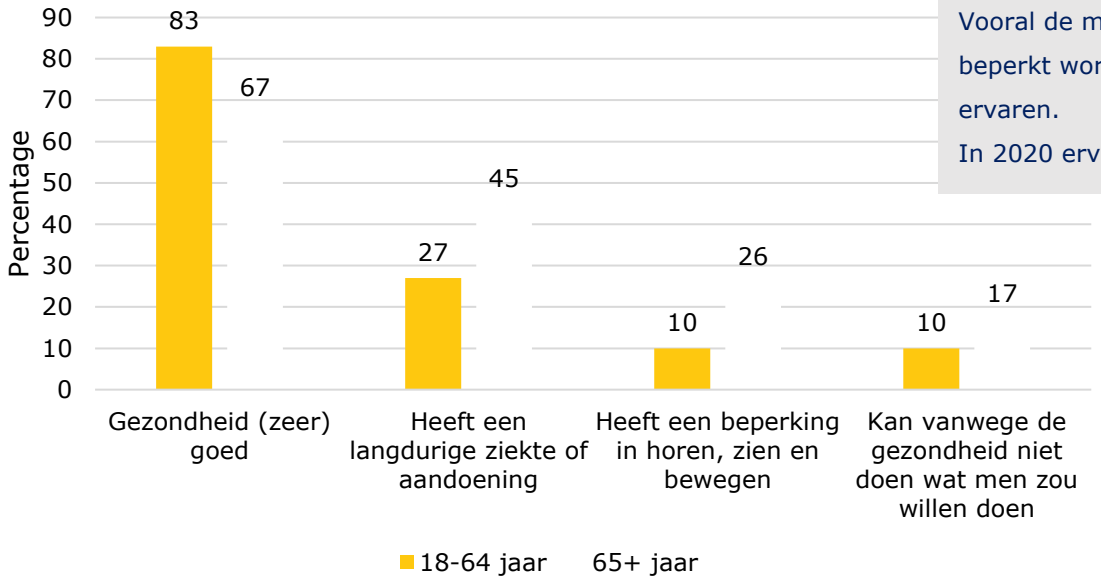
In de periode september tot en met december van 2020 hebben ruim 68.000 volwassenen in de regio Zuidoost-Brabant de enquête 'Gezondheidsmeter 2020' thuis ontvangen. Deze gezondheidsmonitor wordt elke vier jaar afgenomen door de GGD in samenwerking met het CBS en het RIVM. De resultaten van het onderzoek geven inzicht en aangrijpingspunten voor het lokale en landelijke gezondheidsbeleid. In totaal hebben bijna 27.000 mensen de vragenlijst ingevuld, een respons van 40%.
Deze infographic geeft een samenvatting van de belangrijkste resultaten in de regio Zuidoost-Brabant voor de doelgroepen 18 t/m 64 jaar en 65 jaar en ouder. De resultaten zijn ingedeeld naar de zes dimensies van positieve gezondheid.

Brabant-Zuidoost

LICHAAMSFUNCTIES

'IK VOEL MIJ GEZOND'

Gezondheid en beperkingen naar leeftijdsgroep



Vooral de mate waarin mensen door hun gezondheid beperkt worden, bepaalt hoe zij hun gezondheid ervaren.

In 2020 ervaren relatief meer mensen hun gezondheid

GEWICHT EN BEWEGING

Heeft overgewicht

46 %
18-64 jaar



58 %
65+ jaar

Voldoet aan de beweegrichtlijn

55 %
18-64 jaar



40 %

Tijdens de coronacrisis is een klein deel van de mensen meer gaan bewegen en sporten, maar een groter deel is minder gaan bewegen.

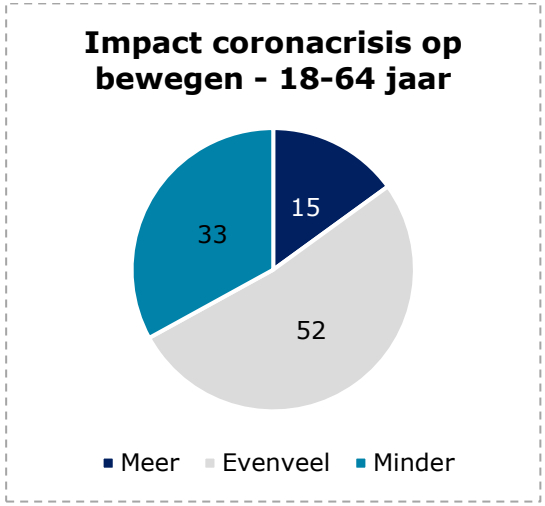
Heeft ernstig overgewicht

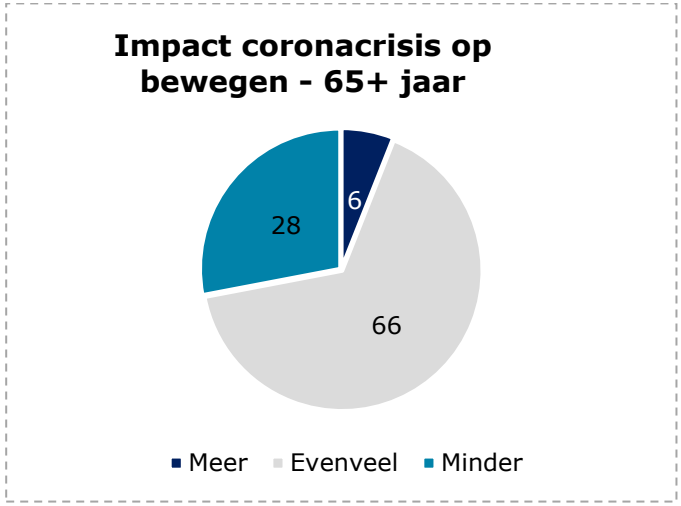
14 %
18-64 jaar



16 %
65+ jaar

Bij de 18-64 jarigen is het aandeel met obesitas toegenomen ten opzichte van 2016 (11%).

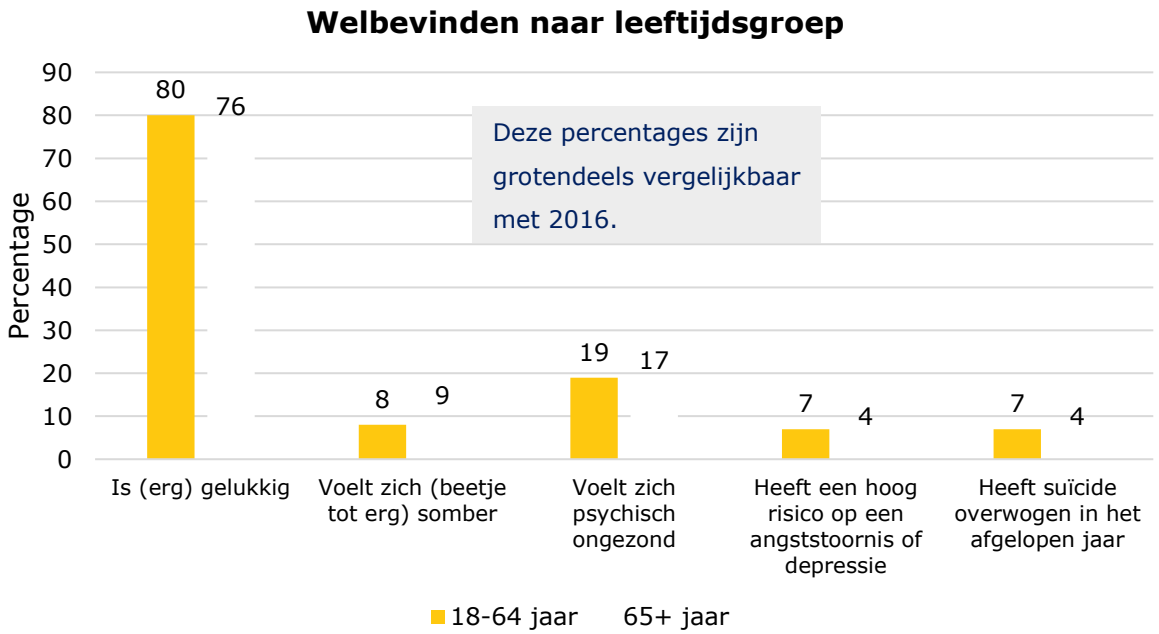

Impact coronacrisis op bewegen - 18-64 jaar
15
33
52
Meer
Evenveel
Minder

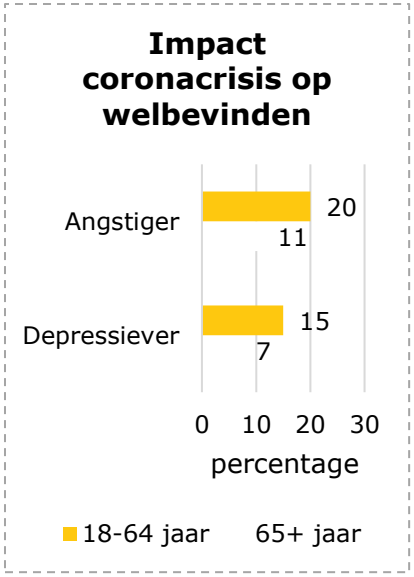

Impact coronacrisis op bewegen - 65+ jaar
6
28
66
Meer
Evenveel
Minder

Brabant-Zuidoost

MENTAAL WELBEVINDEN

'IK VOEL MIJ VROLIJK'





EIGEN REGIE EN KWETSBAARHEID

Weinig regie over eigen leven

8 %

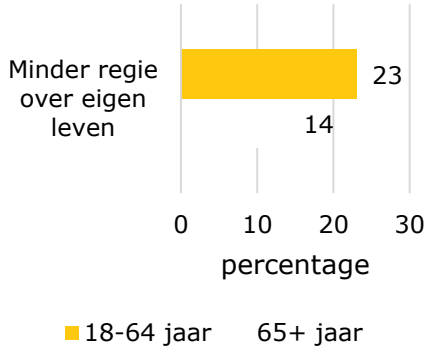
18-64 jaar



15 %

65+ jaar

Impact coronacrisis op eigen regie



Tijdens de coronacrisis hebben veel mensen (m.n. 18-64 jarigen) het gevoel gehad minder regie te hebben over het eigen leven. Toch is het aandeel mensen dat *onvoldoende* eigen regie heeft niet groter dan in 2016.

Is een kwetsbare oudere



27%

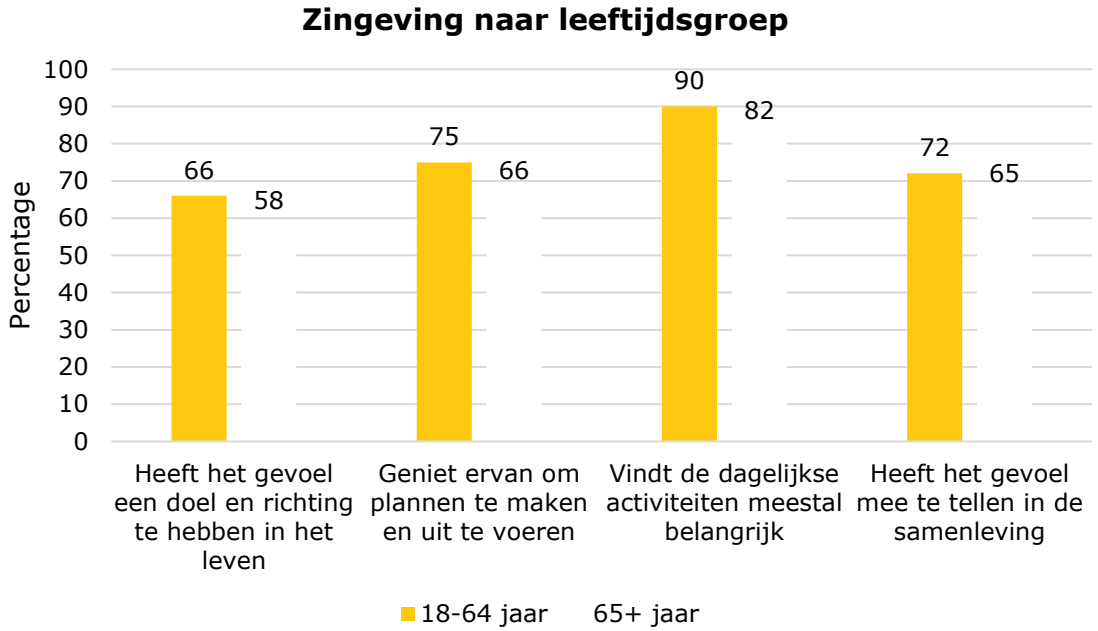
65+ jaar

Kwetsbare ouderen zijn mensen met een verminderde regie over het eigen leven, een complexe situatie en een zorgbehoefte.
Niet alle ouderen zijn kwetsbaar, maar het risico op kwetsbaarheid stijgt wel met de leeftijd. Het aandeel kwetsbare ouderen is vergelijkbaar met 2016.

Brabant-Zuidoost

ZINGEVING

'IK HEB VERTROUWEN IN MIJN TOEKOMST'



Op aspecten van zingeving scoort de jongste groep wat beter dan de oudste groep. Toch mist een derde van de 18-64 jarigen een doel in het leven. Ten opzichte van 2016 is hier weinig in veranderd.

Brabant-Zuidoost

KWALITEIT VAN LEVEN

'IK GENIET VAN MIJN LEVEN'

STRESS

Had (heel) veel stress in afgelopen maand

19 %

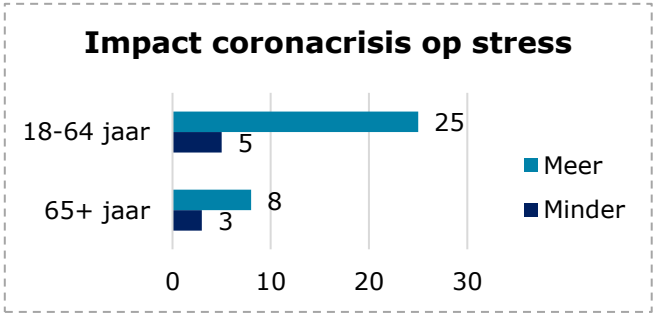
18-64 jaar

7 %

65+ jaar

Gebieden waarop men vooral stress ervaart:

	18-64 jaar	65+ jaar
Werk	12%	
Gezondheid	6%	4%
Familie	6%	2%



BELEVING WOONOMGEVING

Geeft een voldoende voor de eigen woonomgeving

91 %

18-64 jaar

93 %

65+ jaar

Aspecten die onvoldoende aanwezig zijn in de buurt:

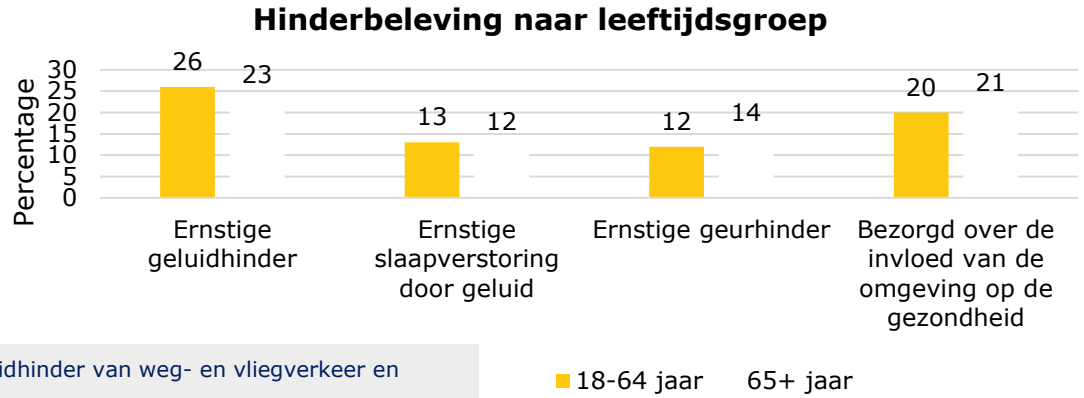
Water

Verkoeling

Ontmoetingsplekken

18+ jaar

HINDERBELEVING EN BEZORGDHEID



Men maakt zich vooral zorgen over drukke wegen in de buurt, het vliegveld, veehouderijen, andere bedrijven of industrie, routes voor gevaarlijke stoffen en zendmasten.

Geluidhinder van weg- en vliegverkeer en buren is in 2020 toegenomen ten opzichte van 2016. Ook de totale geurhinder en bezorgdheid is toegenomen.

SOCIALE COHESIE EN VEILIGHEID

Ervaart onvoldoende sociale samenhang in de buurt

48 % 18-64 jaar



38 % 65+ jaar

Voelt zich wel eens onveilig in de buurt

18 % 18-64 jaar



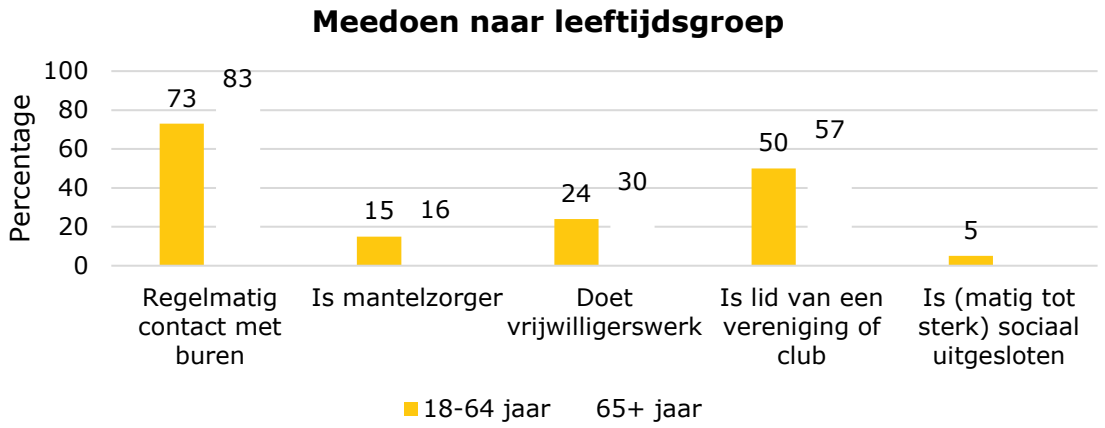
16 % 65+ jaar

Minder mensen voelen zich onveilig in 2020 vergeleken met 2016.

Brabant-Zuidoost

MEEDOEN

'IK HEB GOED CONTACT MET ANDERE MENSEN'



Het 'meedoen' is gedaald ten opzichte van 2016: minder mensen hadden contact met buren, gaven mantelzorg, deden vrijwilligerswerk en waren lid van een vereniging. Dit kan komen door de corona-maatregelen.

Impact coronacrisis op mantelzorg:

4% doet meer

2% doet minder

18+ jaar

Impact coronacrisis op vrijwilligerswerk:

2% doet meer

10% doet minder

18+ jaar

EENZAAMHEID

Is (zeer) ernstig eenzaam

11 %

18-64 jaar

11 %

65+ jaar

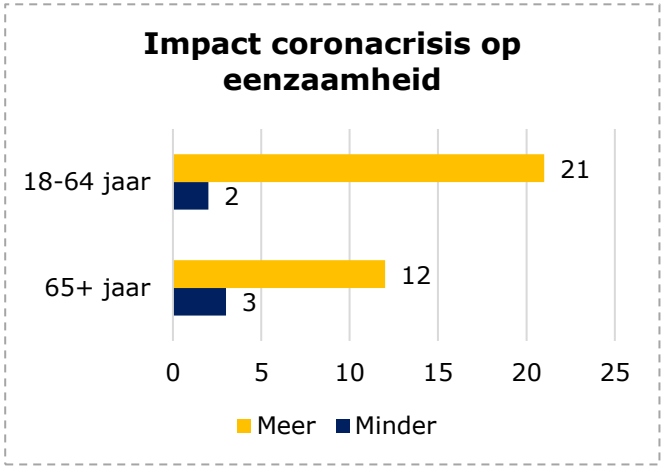
Kan niet zelfstandig sociale contacten leggen en onderhouden

2 %

18-64 jaar

3 %

65+ jaar

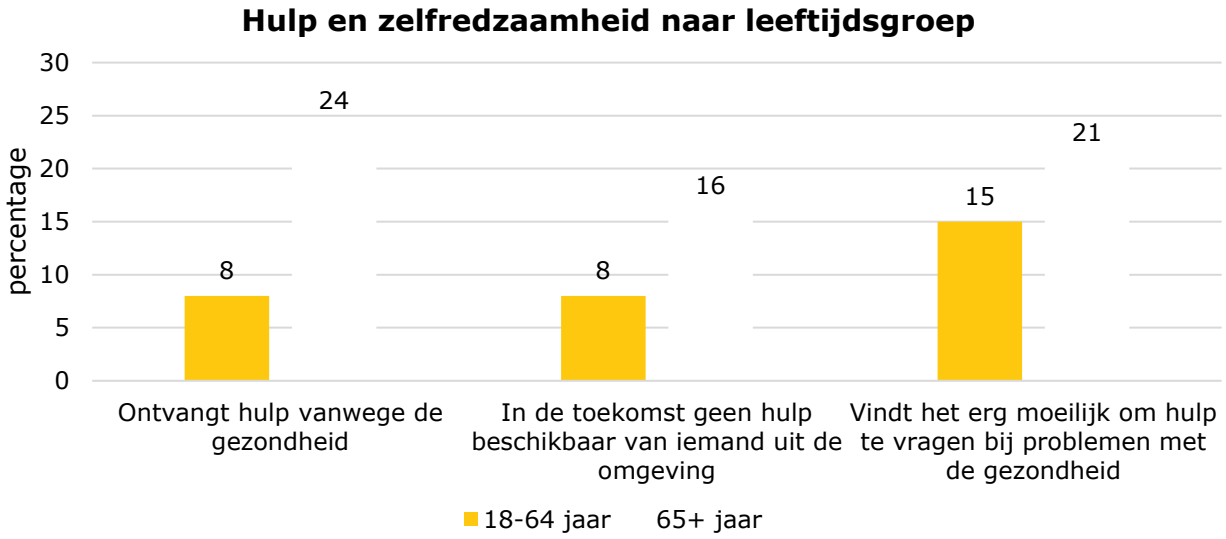


Het aandeel (matig tot zeer ernstig) eenzamen bij de 18-64 jarigen is toegenomen ten opzichte van 2016. Dit is in lijn met de gemeten impact van de coronacrisis op de eenzaamheid.
Bij beide leeftijdsgroepen is vooral de emotionele eenzaamheid sterk gestegen. Hierbij is er een gemis aan een hechte relatie.

DAGELIJKS FUNCTIONEREN

'IK KAN GOED VOOR MIJZELF ZORGEN'

HULP EN ZELFREDZAAMHEID



Meer mensen ontvangen hulp en mantelzorg dan in 2016 en meer mensen verwachten dat zij in de toekomst informele hulp kunnen krijgen. Minder mensen vinden het erg moeilijk om hulp te vragen bij problemen met de gezondheid.

Maakt nooit gebruik van internet

17%

65+ jaar

In 2016 gold dit nog voor 24% van de ouderen.

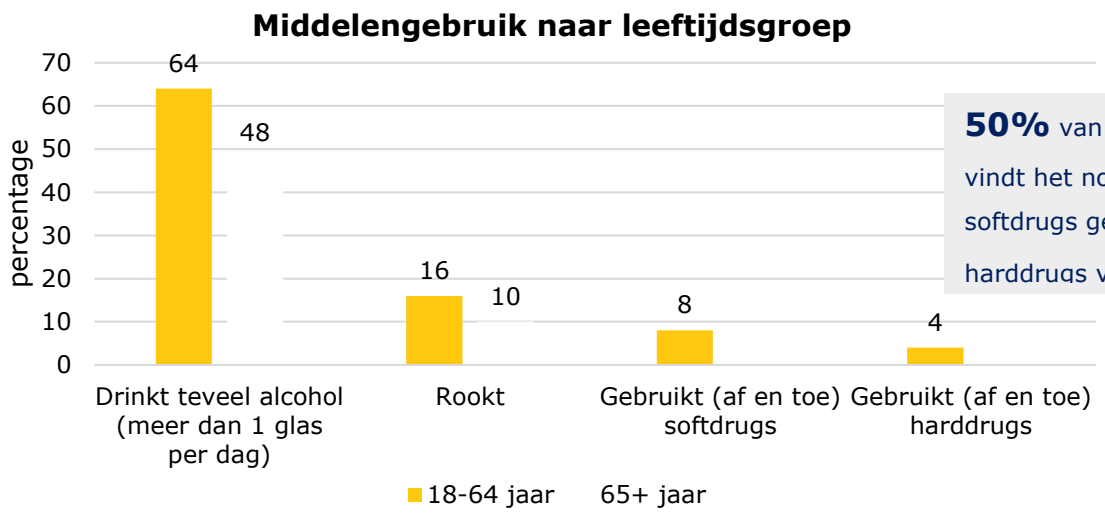
Kan één of meer huishoudelijke activiteiten niet uitvoeren



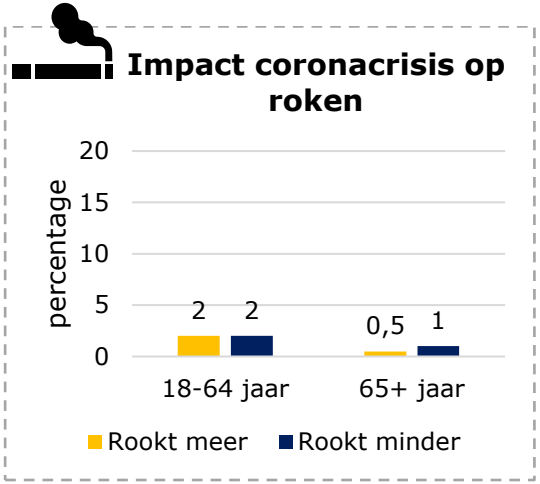
22%

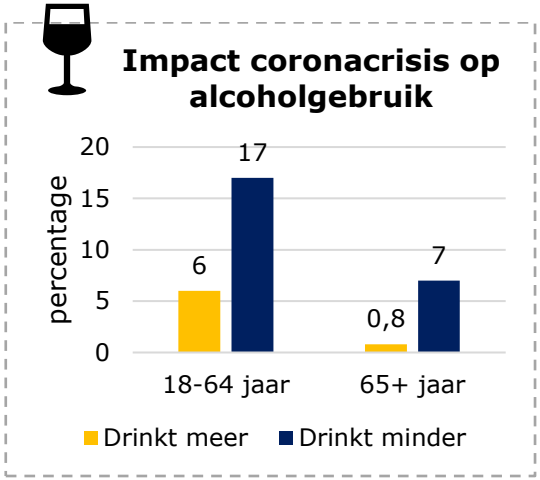
65+ jaar

MIDDELENGEBRUIK



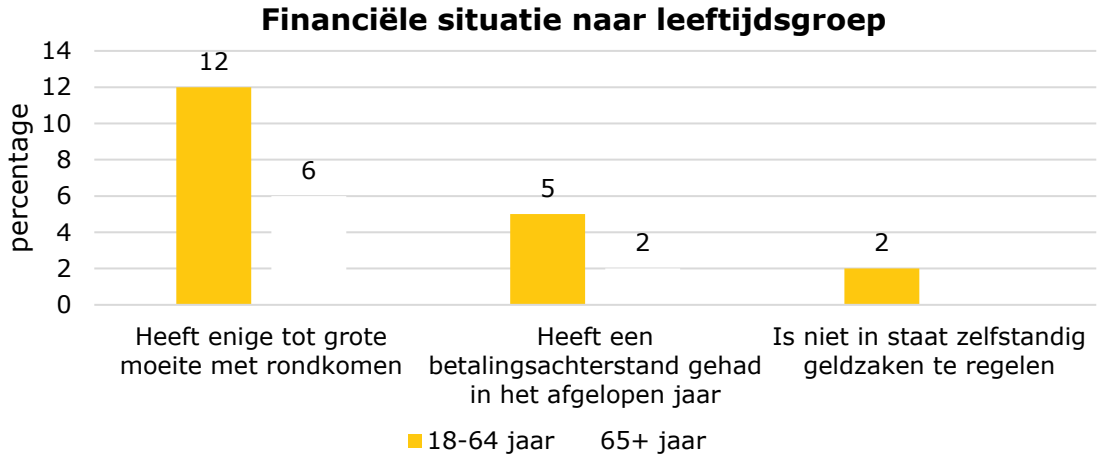
50% van de 18-64 jarigen vindt het normaal als iemand softdrugs gebruikt; gebruik van harddrugs vindt **15%**

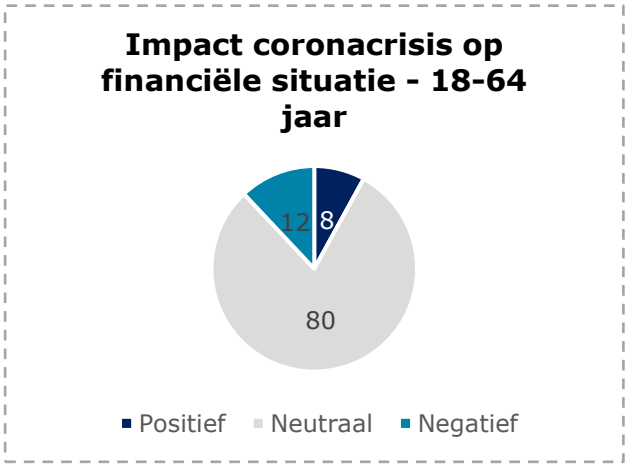


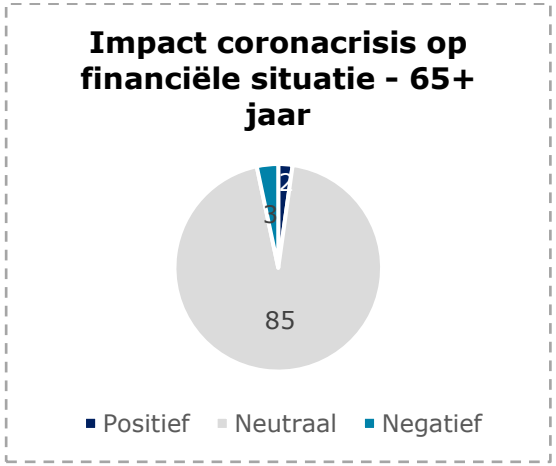


Vergeleken met 2016 zijn er in 2020 minder rokers en (overmatig) drinkers in Zuidoost-Brabant.

FINANCIËLE SITUATIE







De totale impact van de coronacrisis was in het najaar van 2020 nog niet zichtbaar. Naar verwachting zal de groep die een negatieve impact ervaart op de financiële situatie nog zijn toegenomen tijdens de tweede coronagolf eind 2020 en de uitloop daarvan in 2021.
Zie voor meer gevolgen van de coronacrisis de thematische factsheets 'Corona in Brabant' die te vinden zijn op de Brabantscan.

Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020, GGD'en, CBS en RIVM. GGD Brabant-Zuidoost, juli 2021