+ procedures
46

GRIFFIE
reg.nr. 9R10 233 0075
ingek. 28 JULI 2010
class. -2. 07 51
te beh. door: 9R
kopie gez. aan:

INITIATIEFVOORSTEL

Van gezond zwanger naar gezond geboren

PvdA GRONINGEN

Groningen, 27 juli 2010,

Aan de voorzitter van de gemeenteraad van Groningen,

Inleiding en Aanleiding

Er is, ondanks de goede gezondheidszorg in Nederland, een relatie tussen sociaal-economische positie en gezondheid. Nu maakt de plek waar je woont nog te vaak uit hoe gezond je bent en hoe oud je wordt. Dat blijkt ook uit onderzoek naar babysterfte. De kans dat een baby komt te overlijden is in Nederland groter dan in ons omringende landen. Binnen Nederland verschilt die kans van wijk tot wijk. In wijken met lage inkomens en veel allochtonen is de kans het grootst dat baby's komen te overlijden voor, tijdens of vlak na de geboorte.

In december 2009 is het advies van de Stuurgroep 'Zwangerschap en Geboorte' aangeboden aan minister Klink. Het advies geeft een analyse van de verloskundige zorg in Nederland en geeft op tal van punten aan waar de verloskundige zorg verbeterd kan worden. Een belangrijk punt dat in het advies wordt aangestipt is de problemen die zich voordoen in achterstandssituaties.

In Nederland bevallen per jaar ongeveer 175.000 vrouwen en overlijden ongeveer 1700 baby's rond de geboorte. In vergelijking met andere Europese landen is dit cijfer te hoog. Risicofactoren voor perinatale sterfte zijn onder te verdelen in medische en biologische risicofactoren bij de moeder, gedragsgerelateerde risicofactoren en omgevingsfactoren. Zo is bekend dat de perinatale sterfte bij niet-westerse allochtonen 30% hoger is dan het landelijk gemiddelde. Daarnaast zijn er tal van zwangeren die lijden aan een chronische ziekte zoals hoge bloeddruk, overgewicht of suikerziekte. Ongeveer 14% van de Nederlandse zwangeren rookt en 50% drinkt regelmatig alcohol. Dat een lagere sociaal economische status een risicofactor is voor perinatale sterfte blijkt uit het feit het perinatale sterftecijfer in achterstandswijken hoger is dan in niet-achterstandswijken.
In het advies worden tal van suggesties gedaan om de verloskundige zorg in achterstandssituaties te verbeteren, zowel op landelijk niveau als op lokaal niveau als voor de zorgverlener. Vrouwen in achterstandssituaties zouden beter moeten worden voorgelicht over de zwangerschap, maar ook waar ze terecht kunnen voor goede zorg. Op lokaal niveau zou de gemeente een rol kunnen spelen in het opzetten van netwerken in buurten en wijken waarin voorlichting kan worden verzorgd. In dit netwerk zou in ieder geval een zorgverlener moeten zitten om als vangnet te dienen.

Breder perspectief

Uit onderzoek blijkt telkens weer dat iemands gezondheid sterk verbonden is met zijn sociale en economische positie. Gezondheidsachterstanden zijn over het algemeen verweven met achterstanden op tal van andere gebieden. Ondanks de goede en relatief toegankelijke zorg in Nederland, maakt het nog steeds uit waar je woont en wat je verdient voor hoe gezond je bent.
De verklaringen voor een relatief slechte gezondheid bij mensen met een minder sterke sociale en economische positie moeten gezocht worden in; ongezonde woon/werk omgeving, stress, ongezondere leefstijl (overgewicht, meer roken, meer alcoholgebruik) en het ontvangen van kwalitatief minder goede zorg. Sommige onderzoeken laten bijvoorbeeld zien dat het ontstaan van hart- en vaatziektes ook te maken heeft met de stress die het gevolg is van gevoelens van ongelijkheid en gebrek aan maatschappelijke waardering.
Het terugdringen van gezondheidsachterstanden vergt een aanpak op verschillende terreinen. Daarbij hoort ook het bevorderen van een gezonde levensstijl. Maar alleen voorlichting over gezond leven is niet genoeg. De huidige zeer algemene voorlichtingscampagnes van de overheid bereiken allochtonen

en laagopgeleiden vaak minder goed. Om hen ook te bereiken moet er op doelgroepen toegesneden voorlichting komen. Essentieel is de integrale aanpak.
Het staat nog niet vast dat meer voorlichting over gezond zwanger worden zal leiden tot minder babysterfte. Het initiatief is echter interessant en vooral het onderwerp is te belangrijk om het niet te proberen.

Wat is er al, bijvoorbeeld in Groningen?

Er gebeurt al veel aan zorg in de wijk en voorlichting aan moeder en kind. Zo heeft Groningen een lokaal gezondheidsbeleid, een signaleringssysteem voor jongeren waar zorg over bestaat (Zorg voor Jeugd), zijn de Centra voor Jeugd en Gezin sterk in ontwikkeling en vinden er diverse voorlichtingsactiviteiten plaats aan verschillende doelgroepen.

De gemeente Groningen voert een lokaal gezondheidsbeleid onder de titel 'Gezonder Zorgen'. Hieronder vallen drie deelprogramma's, namelijk gezonde wijk, een gezonde leefstijl en een gezonde zorg. Het deelprogramma gezonde wijk richt zich vooral op het tegengaan van sociaal isolement, het beperken van het beroep op professionele zorg en het verminderen van overlast. Het deelprogramma een gezonde leefstijl wil ongewenst en ongezond gedrag tegengaan, wil dat jongeren zich seksueel gezond ontwikkelen en wil kindermishandeling en huiselijk geweld tegengaan. Het deelprogramma gezonde zorg streeft ten slotte naar meer samenhang in de zorg en betere voorzieningen naar ouderen.

Met dit lokale gezondheidsbeleid 'Gezonder Zorgen' worden belangrijke stappen in de juiste richting gezet. Bij de uitvoering blijkt dat er (te) grote druk op de uitvoering rust en dat ook het onderwijs overvraagd wordt. Zo bleek het bijvoorbeeld moeilijk om basisscholen te werven voor het project "Lentekriebels" over seksuele en relationele vorming. Deze knelpunten laten zien dat nog meer de nadruk moet komen liggen op het lokaal in de wijk organiseren van zorg en voorlichting. Bovendien heeft bijvoorbeeld de onderzoekscommissie Dijsselbloem laten zien dat onderwijs niet moet worden ingezet om beleid uit te voeren. Wat veel beter werkt is de professionals in het onderwijs ondersteunen in het uitvoeren van hun werk, ook wanneer het gaat om seksuele voorlichting en leerlingen zonodig de weg naar zorg wijzen.

Provinciaal wordt momenteel onderzocht of het Stevig Ouderschap, een methode voor aanvullende huisbezoeken in de eerste 18 maanden van het jonge kind, bestemd voor gezinnen met een verhoogd risico op opvoedingsproblematiek, aangevuld zou kunnen worden met Stevig Ouderschap (SO)-prenataal.

Sinds januari 2010 is het signaleringssysteem Zorg voor Jeugd Groningen ingevoerd. Dit systeem moet samenwerking tussen verschillende organisaties eenvoudiger maken en ervoor zorgen dat problemen vroegtijdiger gesignaleerd wordt en hulp waar nodig sneller ingezet kan worden. Het systeem is gericht op jongeren en aanstaande ouders waarbij een probleem wordt vermoed en neemt daarmee niet de noodzaak weg te proberen te voorkomen dat zich problemen voor doen.

In het kader van de aanpak van de krachtwijken is ook op het terrein van zorg de afgelopen jaren al een aantal belangrijke stappen gezet. Een daarvan is het project "van aandachtgezin naar krachtgezin". Dit project is vooral gericht op zogenaamde multi-problem gezinnen. Doelen van het project zijn de veiligheid en ontwikkelingskansen van kinderen te vergroten, criminaliteit en buurtoverlast verminderen en de zorgbehoefte terug te dringen. Het project richt zich in eerste instantie op een kleine dertig gezinnen in de Krachtwijken. Het project "van aandachtgezin naar krachtgezin" sluit aan op bestaande structuren en op de Centra voor Jeugd en Gezin. Het CJG is de plek waar ouders gemakkelijk al hun vragen rond opvoeden en opgroeien kunnen stellen en waar vanuit de hulp geboden wordt volgens het principe "één gezin, één plan". De ondersteuning en hulp zal 'dichtbij huis' geboden worden, namelijk in de wijk. Vanuit het CJG worden ook tienermoeders geholpen bij de zorg voor hun baby. Ook kunnen tienermoeders van hieruit geholpen worden met bijvoorbeeld het vinden van betaalbare huisvesting en van werk.

Een van de belangrijkste plekken in de krachtwijken waar jonge moeders worden geholpen is het multiculturele vrouwencentrum Jasmijn in de Indische Buurt. Hier ontmoeten vrouwen met verschillende achtergronden en culturen elkaar en proberen samen uit hun isolement te komen en contacten op te bouwen. Jasmijn helpt vrouwen zelf te kiezen hoe zij hun leven in willen richten. Daarbij hoort ook voorlichting over gezondheid en gezond zwanger worden. Dat gebeurt nu al, maar zou nog verder uitgebouwd kunnen worden. Heel belangrijk is dat Jasmijn een eigen netwerk heeft.

Met voorlichting worden schoolgaande jongeren en ouders het beste bereikt. De groep jongeren die niet meer naar school gaan en misschien net op zichzelf gaan wonen, krijgt geen systematische aandacht. Wel is in een aantal re-integratietrajecten gezondheid en sport een onderdeel. De keuze voor het re-integratietraject wordt echter gedaan op basis van de kansen en mogelijkheden van de persoon op de arbeidsmarkt. Gezonde leefstijl is dan niet de eerste insteek, maar blijkt wel belangrijk.

Wat willen we?

Ondanks de vele goede initiatieven die al gaande zijn, verdient de problematiek, ook in Groningen, meer aandacht. De ambitie zou moeten zijn dat het niet uitmaakt waar je woont voor hoe gezond je bent, of je een gezonde baby krijgt en of dat kind gezond en veilig op kan groeien.

Voor gezond leven zijn goed eten en bewegen essentieel. Vooral in de krachtwijken zou het nog gemakkelijker en leuker moeten worden om goed te eten en te bewegen. Heel veel mensen houden van een vette hap op zijn tijd, maar lang niet iedereen heeft de mogelijkheid om het beetje extra vet er daarna lekker af te sporten. En te veel mensen weten niet hoe je gezond én lekker kan koken. Daarbij lijken vaak ook positieve voorbeelden en toegankelijke cursussen en tips te ontbreken.

- *Aanpak organiseren vanuit CJG in Groningen*

Hoe gezond mensen ook zijn, zwangerschap is heel bijzonder en een kwetsbare periode voor moeder en kind. Dat vraagt daarom om bijzondere zorg, zeker voor aanstaande moeders die het toch al niet gemakkelijk hebben. Wij zien uitstekende kansen om vanuit de CJG deze zorg te bieden in bijvoorbeeld de vorm van goede voorlichting. De CJG moet immers ouders ondersteunen en hulp bieden bij de opvoeding vanaf – 9 maanden tot 23 jaar. In de praktijk blijkt ook dat in de verdere ontwikkeling van de CJG nog invulling moet worden gegeven aan het aanbod voor ouders die een kind verwachten en aan ouders met oudere kinderen. Concreet betekent dit dat de aansluiting van de prenatale zorg bij de CJG de komende periode extra aandacht behoeft.
Professionals binnen de CJG moeten in staat worden gesteld om de steun en hulp te kunnen bieden vanuit de wijk door bijvoorbeeld ook vaker op huisbezoek te gaan. Vanuit de CJG moet een aanbod ontwikkeld worden waarbij zoveel mogelijk aangesloten wordt bij bestaande activiteiten. Jonge moeders kunnen bijvoorbeeld andere aanstaande moeders voorlichting geven.

Het CJG is sterk in ontwikkeling. De kern wordt momenteel gevormd door een drietal organisaties in de stad Groningen: de JGZ (jeugdgezondheidszorg 0 – 19 jaar), de MJD (onder meer maatschappelijk werk) en COP (o.a. opvoedingsondersteuning). De CJG ontwikkelt zich in toenemende mate tot een netwerkorganisatie waarin door verschillende partijen wordt samengewerkt. Aansluiting van partijen die zich richten op de zorg rond de zwangerschap en geboorte is wenselijk om werkelijk een doorgaande lijn te realiseren waarmee een aanbod gerealiseerd wordt voor – 9 maanden tot 23 jaar. We denken hierbij aan organisaties als het Universitair Medisch Centrum Groningen, het Martini Ziekenhuis, de eerste lijn verloskundigen, en huisartsen.

- *Gezamenlijke aanpak met UMCG, Martini, verloskundigen en huisartsen*

Om die reden zou er bijvoorbeeld onder regie van de gemeente met deze partijen de samenwerking moeten worden gezocht. Dit zou kunnen door bijvoorbeeld een Stuurgroep te formeren waarin deze partijen samen met de gemeente zitting hebben, of door bijvoorbeeld aansluiting te zoeken bij de bestaande stuurgroep voor de CJG. Een aantal van deze genoemde partijen heeft al enthousiast op het plan gereageerd en staat positief tegenover eventuele medewerking. Het doel van deze samenwerking is om gezamenlijk een helder plan van aanpak op te stellen en toe te zien op de uitvoering van het plan. Hierbij worden de volgende doelstellingen in ogenschouw genomen

:

- Vermindering perinatale sterfte in achterstandswijken gemeente Groningen
- Gezonde leefstijl toekomstig zwangeren in achterstandswijken
- Toekomstig risico zwangeren identificeren
- Mogelijkheden verkennen om toegang tot verloskundige zorg te verbeteren
- Oorzaken perinatale sterfte vaststellen voor de stad en regio Groningen
- Ontwikkeling zorgtraject voor toekomstig risico zwangeren

Centrale vraag daarbij is steeds hoe de zorg vanaf – 9 maanden tot aan geboorte vorm te geven vanuit de CJG.

Het voorstel aan de raad luidt daarom ook om het college te verzoeken om met genoemde samenwerkingspartners een plan van aanpak "gezond zwanger en gezond geboren" op te stellen, waarbij in dit voorstel genoemde maatregelen een plaats krijgen in relatie tot de ontwikkeling van de CJG in Groningen.

Besluit:

De raad verzoekt het college om:

- Een plan van aanpak "gezond zwanger en gezond geboren" te ontwikkelen binnen het kader van de actualisatie ven het lokale gezondheidsbeleid.
- Hierin de in dit voorstel genoemde doelstellingen en maatregelen een plaats te geven, in relatie tot de ontwikkeling van de CJG in Groningen.
- Gezamenlijk met genoemde samenwerkingspartners dit plan van aanpak op te stellen en ook gezamenlijk de uitvoering ter hand te nemen.

Namens de fractie van de PvdA,

Roeland van der Schaaf

Bea Enting

De PvdA fractie stelt een preadvies van het college op prijs.

Dankwoord

De PvdA fractie bedankt in de eerste plaats Jasper Eijsink voor het agenderen van het thema, aandragen van het idee en meedenken en schrijven aan de uitwerking ervan. Eveneens meegewerkt hebben Karin Droog, Eveline van Raaij, en Hein Braaksma.

Bestuursdienst

gemeente Groningen

Afdeling HVD/GGD Lokaalgerichte zorg & jeugd

GRIFFIE
reg.nr. 9R10.23 79103
ingek. - 9 SEP 2010
class. -2.07 57
te beh. door: 9R
kopie gez. aan: dagmailg/g

De leden van de raad van de
gemeente Groningen
te
GRONINGEN

Telefoon	(050) 367 40 50	Bijlage(n)		Ons kenmerk	HV 10.2366030
Datum	- 9 SEP 2010	Uw brief van	27 juli 2010	Uw kenmerk	
Behandeld door	T. Sytsma			E-mailadres	info@hvd.groningen.nl
Onderwerp	preadvies bij initiatiefvoorstel 'van gezond zwanger naar gezond geboren				

Geachte heer/mevrouw,

De fractie van de PvdA zet met dit voorstel een belangrijk gezondheidsprobleem op de agenda. Omdat in Nederland en dus ook in Groningen het risico groter is dan in de ons omringende landen. Wij waarderen het initiatiefvoorstel "Van gezond zwanger naar gezond geboren" en zijn dan ook graag bereid om te onderzoeken wat onze bijdrage daaraan kan zijn. Het voorstel is een zorgvuldige analyse van het huidige lokale gezondheids- en jeugdbeleid aangaande perinatale zorg in de gemeente Groningen. Hieronder volgt een korte samenvatting van het initiatiefvoorstel, beknopte achtergrondinformatie, de relatie met het lokale gezondheidsbeleid en de Centrum voor Jeugd & Gezin (CJG)-ontwikkeling. Tot slot volgt onze conclusie.

Samenvatting initiatiefvoorstel
In het voorstel van de PvdA-fractie wordt verzocht om onder regie van de gemeente een intensieve samenwerking met de eerste lijn tot stand te brengen om de perinatale sterfte in Groningen terug te dringen. Dit voorstel wordt gedaan op basis van het feit dat in Nederland en dus ook in Groningen het risico van perinatale sterfte groter is dan bij de in de ons omringende landen.
Deze samenwerking moet resulteren in een gezamenlijk plan van aanpak 'gezond zwanger en gezond geboren' dat de volgende doelstellingen als uitgangpunt heeft;

1. vermindering van perinatale sterfte in achterstandswijken in de gemeente Groningen
2. het stimuleren van een gezonde leefstijl bij toekomstige zwangeren in de achterstandswijken;
3. het identificeren van toekomstig risico zwangeren;
4. het verkennen van mogelijkheden om de toegang tot verloskundige zorg te verbeteren;
5. vaststellen van oorzaken van perinatale sterfte voor de stad en regio Groningen;
6. ontwikkeling zorgtraject voor toekomstig risico zwangeren.

De nadruk wordt daarbij gelegd op de vormgeving van de zorg vanaf - 9 maanden tot aan de geboorte vanuit het Centrum voor Jeugd & Gezin.

Achtergrondinformatie
Het perinatale sterftecijfer (doodgeboorte en sterfte tijdens de 1e week vanaf 24 weken) is in Nederland decennialang gedaald. Deze daling stagneerde in het begin van de jaren tachtig. Dit leidde in de jaren negentig tot meer aandacht voor een goede registratie. Rond 2001 toonde het Euronatal-onderzoek aan dat de perinatale sterfte in Nederland hoger is dan elders in Europa. De verschillen tussen de landen zijn inmiddels zo klein geworden dat ze aanzienlijk minder significant zijn dan voorheen en relatief sterk door andere, niet noodzakelijkerwijs ongunstige factoren worden beïnvloed.

Determinanten hoge perinatale sterfte 2008
Risicofactoren van perinatale sterfte die in Nederland beduidend meer voorkomen;
- meerlingzwangerschappen (vermoedelijk tgv IVF);
- roken tijdens zwangerschap;
- niet westerse herkomst van zwangeren;
- minder prenatale screening op conginentale afwijkingen (gevolgd door abortus);
  (het feit dat in Nederland minder gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden die prenatale diagnostiek biedt, waardoor minder foetussen met een ernstige afwijking worden geaborteerd dan in andere Europese landen. Hierdoor overlijden meer kinderen kort voor of na de geboorte)
- missen van groeivertraging tijdens zwangerschap;
- leeftijd moeder, jonger dan 20 jaar;
  (m.n. door zwakke sociaal-economische positie, de afwezigheid van een partner een (daarmee samenhangend) gebrek aan sociale steun en een relatief hoge prevalentie van seksueel overdraagbare aandoeningen)
- leeftijd moeder, ouder dan 39 jaar;
  (fysiologische oorzaak)
- Nederlandse artsen lijken terughoudender dan hun buitenlandse collega's bij het inzetten van een intensieve behandeling als de prognose voor het kind slecht is.

Het risico van perinatale sterfte wordt bepaald door een combinatie van de hierboven genoemde factoren.

Actuele landelijke ontwikkelingen
Sinds begin 2008 staat de perinatale sterfte in Nederland (opnieuw) hoog op de politieke en maatschappelijke agenda. Daarom heeft de huidige demissionaire minister Klink een stuurgroep 'zwangerschap en geboorte' ingesteld. Deze stuurgroep heeft een advies in januari 2010 aan de minister aangeboden. Dit advies 'een goed begin; veilige zorg rond zwangerschap en geboorte' geeft aan hoe we in Nederland met elkaar de komende jaren verder gaan bouwen aan een eigentijdse en betrouwbare zorg rond zwangerschap en geboorte.
Verder biedt het initiatief 'Aanvalsplan Perinatale Sterfte' van de gemeente Rotterdam (eventuele) aanknopingpunten. Het is een ambitieus plan, dat een integrale aanpak met

implementatie van meerdere interventies beschrijft. Het plan is onderdeel van het Rotterdamse lokale gezondheidsbeleid. De perinatale sterfte ligt in Rotterdam (veel) hoger dan in de rest van Nederland, waardoor vele partijen de noodzaak zien voor uitvoering van dit plan.

Het lokale gezondheidsbeleid Gemeente Groningen
Op dit moment wordt het gezondheidsprogramma 2006-2010 'Gezonder Zorgen II' geëvalueerd. We verwachten de resultaten hiervan u binnen enkele weken aan te kunnen bieden. Medio oktober 2010 wordt de eerste hand gelegd aan het nieuwe beleidsprogramma Gezonder Zorgen III. Voorkomen van perinatale sterfte zou één van de thema's kunnen zijn in het nieuwe lokale gezondheidsbeleid van 2011 – 2014. Naast bovengenoemde korte, inhoudelijke analyse en in aansluiting op het intitiatiefvoorstel moet hier een gedegen onderzoek aan vooraf gaan. Wat zijn de precieze achtergronden van perinatale sterfte? Op welke aspecten kunnen wij als gemeente invloed uitoefenen en actie ondernemen? Wat zijn mogelijke oplossingsrichtingen? En hoe en met wie werken we die dan uit? Uiteindelijk is het aan u om te beoordelen of perinatale sterfte een prioritair thema is en of in het kader van het lokale gezondheidsbeleid hierin geinvesteerd moet worden.
Daarbij merken wij nadrukkelijk op dat er onderscheid gemaakt moet worden tussen de verantwoordelijkheid die bij de beroepsgroep - verloskundigen, gyneacologen en kinderartsen - ligt en wat vanuit de gemeente ondernomen kan worden. De gemeente Groningen kan zich niet op het professionele terrein van deze beroepsgroepen begeven.

Samenwerking binnen het CJG in Groningen
Zoals in het initiatiefvoorstel wordt aangegeven is het CJG er ten behoeve van (ouders) van kinderen van - 9 maanden tot 23 jaar. Het CJG Groningen heeft dan ook een website met gedetailleerde informatie en links voor (toekomstige) zwangeren. In de afgelopen drie jaren is de CJG-ontwikkeling met de belangrijkste kernpartners in gang gezet. De eerstelijnsgezondheidszorg (rechtstreeks toegankelijke hulp) waaronder huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten maakten hier nog geen deel van uit.

Het laatste jaar is het contact met ELANN (regionale ondersteuningsorganisatie voor zorgaanbieders in de eerstelijnsgezondheidszorg in de provincie Groningen) geïntensiveerd en hebben er oriënterende gesprekken plaats gevonden met kraamzorginstellingen en verloskundige praktijken (o.a. de verloskundigenpraktijk van het UMCG). Verbetering van de overdracht naar betrokken professionals, het organiseren van gezamenlijke voorlichtingsbijeenkomsten en gezamenlijke huisvesting zijn agendapunten die op korte termijn nader uitgewerkt worden. In het najaar van 2010 wordt - zoals het intiatiefvoorstel ook adviseert - onder regie van de gemeente de samenwerking met deze partijen binnen de bestaande structuur van het CJG vormgegeven.

Conclusie
Perinatale sterfte wordt bepaald door een combinatie van risicofactoren en is een belangrijk onderwerp. Voorafgaand aan een actiegerichte aanpak is gedegen onderzoek nodig. Elders in het land lopen interessante projecten waar de gemeente Groningen op mee kan liften. We maken daarbij onderscheid tussen de verantwoordelijkheid die bij de beroepsgroep ligt en wat

we als gemeente kunnen ondernemen. Het thema zal meegenomen worden in de integrale afwegingen binnen 'Gezonder Zorgen III', waarvan de totstandkoming in oktober 2010 van start gaat. Hierin is uw Raad kaderstellend. De vaststelling van deze nota vindt in het voorjaar van 2011 plaats.
De samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg - waaronder de verloskundigen – wordt in het najaar van 2010 geprioriteerd binnen het Centrum voor Jeugd & Gezin en krijgt vorm door het maken van samenwerkingsafspraken. Bij de verdere concretisering van deze afspraken zal gebruikt worden gemaakt van de inhoud van het initiatiefvoorstel 'van gezond zwanger naar gezond geboren'.

Met vriendelijke groet,
burgemeester en wethouders
van Groningen,

De burgemeester,

De secretaris,