

Wijkgezondheidstuin de "Bruistuin"

*De ontwikkeling van een
preventie programma gebaseerd
op een wijkgezondheidstuin*

*Lucy van de Vijver
Marja van Vliet
Maaïke van Apeldoorn
Miek Jong*

Foto titelblad: Plant is Koning

© 2013 Louis Bolk Instituut

Wijkgezondheidstuin de “Bruistuin” –

De ontwikkeling van een preventieprogramma
gebaseerd op een wijkgezondheidstuin

Dr. Ir. Lucy van de Vijver, drs. Marja van Vliet,
drs. Maaïke van Apeldoorn, dr. Miek Jong

Publicatienummer 2013-017 VG

www.louisbolk.nl

Voorwoord

De Bruistuin in Arnhem is een succesrijk project geworden. Het heeft een wijktuin opgeleverd, die in de komende jaren nog verder tot bloei zal komen. Het succes is te danken aan de inzet van veel vrijwilligers en organisaties die zich hebben ingezet voor het tot stand komen en onderhouden van de tuin en de activiteiten daaromheen. In een krachtwijk zoals Malburgen is het belangrijk om de sociale cohesie op verschillende vlakken te verbeteren. De Bruistuin, de wijktuin waarin meerdere aspecten van sociaal samenzijn wordt gekoppeld aan beweging en gezondheid blijkt in een behoefte te voorzien.

Seinpost (Adviesbureau te Arnhem) heeft in 2010 het idee opgepakt om voor de bijdrage aan een gezonde leefomgeving de verbinding te zoeken met het concept “gemeenschapstuinen” (een product van Radar Advies/Green&So) en het onderzoeksinstituut Louis Bolk Instituut. Dit project was mogelijk dankzij de financiële steun van ZonMW en Volkshuisvesting Arnhem en het beschikbaar stellen van de benodigde grond door Volkshuisvesting.

Wij willen de projectgroep danken, Gerda Koopmans (Volkshuisvesting), Sanne van der Werf (Rijnstad Arnhem), Marloes Merkus (Gezondheidsfabriek, Seinpost), Han Riksen (Radar Advies), Jacqueline van der Lubbe (Green & So) en Naziha Ahaggan (Vrijwilligster Malburgen), een groep enthousiaste mensen, die allemaal vanuit hun eigen discipline dit project op de rails hebben geholpen, de tuinman Bas Roodbergen voor zijn inzet en betrokkenheid, stagiaires Lea Kragt en Marie-Helène Joosten, en natuurlijk alle deelnemers aan het onderzoek, en de contactenpersonen in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap van Malburgen en Presikhaaf/'t Broek voor hun belangrijke hulp.

Inhoud

Voorwoord	3
Inhoud	5
Samenvatting	7
Summary	9
1 Inleiding en achtergrond	11
2 Vraagstelling en onderzoeksdoel	13
3 Onderzoeksopzet	15
3.1 Onderzoeksopzet	15
3.2 Locatie: Malburgen omgeving Bruishuis	15
3.3 Voor & door methodiek	15
3.4 Ontwikkeling plannen en aanleg “Bruistuin”	16
4 Materiaal en methode effectonderzoek	19
4.1 Doelgroep	19
4.2 Interventie	19
4.3 Metingen	20
4.4 Interviews gebruikersgroepen	21
5 Resultaten	23
5.1 Karakteristieken interventie en controlegroep	23
5.2 Veranderingen gedurende de interventieperiode	24
5.2.1 Groente en fruitconsumptie	24
5.2.2 Beweging	25
5.2.3 Lichaamsmaten	27
5.2.4 Kwaliteit van Leven	27
5.3 Deelname aan activiteiten door de interventiegroep	28
5.4 Conclusies ten aanzien van het effectonderzoek	29
6 Neveneffecten	31
6.1 Brede betrokkenheid van lokale organisaties	31
6.2 Activiteiten gekoppeld aan de Bruistuin	31
6.2.1 Activiteiten rond de Bruistuin	32
6.2.2 Gebruikersgroepen	32
6.2.3 Interesse vanuit media en andere partijen	33
6.2.4 Vertrouwen in de wijk	33
6.3 Evaluatie kindertuintjes	34

6.3.1 <i>Interview</i>	34
6.3.2 <i>Praktische opdrachten</i>	36
6.3.3 <i>Conclusie</i>	37
6.4 Gebruik van de tuin in het algemeen	37
7 Succesfactoren en risico's	41
7.1 Succesfactoren	41
7.1.1 <i>Proces</i>	41
7.1.2 <i>Aanleg en onderhoud wijktuin</i>	42
7.2 Zwakheden en risico's	43
8 Conclusies	45
9 Aanbevelingen	47
Literatuur	49

Samenvatting

Inleiding: In Arnhem, in de wijk Malburgen is in de periode 2011-2012 een wijkgezondheidstuin aangelegd. Het creëren van een gezonde leefomgeving wordt gezien als een mogelijkheid om een positieve invloed te hebben op de gezondheid van een wijk en de wijkbewoners.

Doel: In deze haalbaarheidsstudie werd nagegaan:

1. welke factoren van belang zijn voor de succesvolle introductie van een gezondheidsprogramma gebaseerd op een wijkgezondheidstuin,
2. welke onderdelen van het gezondheidsprogramma nuttig, succesvol en acceptabel zijn voor de multi-etnische doelgroep van Turkse en Marokkaanse bewoners,
3. of de wijkgezondheidstuin een effect heeft op voeding en leefstijl bij een groep allochtone gezinnen van Turkse en Marokkaanse afkomst, omdat juist in deze doelgroep de “Westerse ziekten” zoals overgewicht en suikerziekte in de laatste jaren flink toenemen.

Methode: De Voor & Door methodiek is toegepast om samen met wijkbewoners en gebruikersgroepen de tuin rond het “Bruishuis” te ontwerpen en aan te leggen. De “Bruistuin” is zo ingericht en geprogrammeerd, dat de gezondheid op drie manieren kan worden bevorderd: door gezonde voeding te stimuleren (zelf verbouwen van groenten, kruiden en fruit), door beweging te stimuleren en door ontmoeting (sociale contacten, welbevinden) te stimuleren. Daarnaast zijn activiteiten rond het thema gezondheid georganiseerd. Via face to face interviews zijn 30 Turkse en Marokkaanse vrouwen uit de wijk bij aanvang van het project (T=0) en na één jaar (T=1) bevraagd op aspecten rond leefstijl, voeding en sociaal welbevinden en zijn lengte, gewicht en buikomvang gemeten. De controlegroep bestond uit 30 Turkse en Marokkaanse vrouwen uit een vergelijkbare wijk in Arnhem, Presikhaaf/t Broek. Daarnaast zijn andere gebruikersgroepen geïnterviewd om overige factoren voor een succesvol gebruik van de tuin in kaart te brengen.

Resultaten: Factoren die hebben bijgedragen aan een succesvolle introductie van het gezondheidsprogramma op basis van een wijk tuin zijn:

1. Een effectief samenwerkende projectgroep, waarin lokaal verankerde partijen en (externe) partijen met verschillende expertises zitting hebben.
2. Goede locatie voor een wijkgezondheidstuin, een centrale plek in de wijk waar al veel activiteiten zijn.
3. Sterke lokale betrokkenheid, door vroegtijdig betrekken van bewoners en lokale organisaties en het aansluiten op bestaande infrastructuren.
4. Activiteiten in en rond de tuin voor verschillende doelgroepen.
5. Continuïteit door het opzetten van een structuur waarbij lokale organisaties en een vrijwilligersgroep zich blijvend inzetten voor de ontwikkeling en onderhoud van de tuin en het activiteitenprogramma.

Het succes van het gezondheidsprogramma voor de multi-etnische doelgroep van Turkse en Marokkaanse wijkbewoners heeft vooral te maken met aspecten die de deelname aan activiteiten in de Bruistuin bevorderen. Het opzetten van kindertuintjes in de Bruistuin, waar kinderen van de

deelneemsters meehielpen, bleek belangrijk om de ouders te stimuleren. Bij bijeenkomsten bleek het aanbieden van een maaltijd en kinderopvang de participatie te bevorderen, evenals het organiseren van specifieke vrouwenbijeenkomsten voor deze islamitische groep.

De metingen die zijn verricht in de Turkse en Marokkaanse doelgroep m.b.t voeding, beweging en kwaliteit van leven laten geen duidelijke verandering in leefstijl zien tussen de twee groepen na één jaar. Dit kan het gevolg zijn van de beperkte deelname van de interventiegroep aan de activiteiten in de tuin en het aangeboden programma rond gezondheid en beweging. Vooral vrouwen van wie de kinderen ook een kindertuintje hadden, namen actief deel. Deze personen waren (en zijn) enthousiast over de tuin, rapporteerden een verandering in beweging en hebben gedeeld in de oogst. Ondanks het uitblijven van een direct effect op de leefstijl van de deelneemsters, werd er een groot aantal andere positieve effecten van de Bruistuin waargenomen. De tuin werd veel gebruikt door wijkbewoners van verschillende leeftijden en verschillende etnische achtergronden, zoals kinderen, gehandicapten en ouderen. Ook blijkt dat door ontwikkeling van de tuin het vertrouwen in de wijk is vergroot. Het is duidelijk dat de aanleg van de wijkgezondheidstuin een groot aantal initiatieven in gang heeft gezet, die in de komende jaren verder kunnen uitgroeien.

Aanbeveling: Het meten van de effectiviteit van een wijkgezondheidstuin op gezondheid van wijkbewoners moet breed ingezet worden en moet niet beperkt blijven tot één multi-etnische doelgroep. Includeer een brede groep gebruikers van de tuin om de effecten op voeding en gezonde leefstijl te onderzoeken. De looptijd van een effectonderzoek over één jaar is kort om blijvende effecten te kunnen meten. Het eerste jaar is de tuin nog in volle aanleg en het blijkt dat mensen eerst echt vertrouwen moeten krijgen dat een dergelijke tuin in hun wijk bestaansrecht heeft, voordat zij zich er actief mee gaan bezighouden.

Summary

Introduction: In the city of Arnhem, the Netherlands, in the neighborhood of Malburgen, a community garden-based prevention program was developed (2011-2012) in order to improve the health status of the neighborhood.

Objectives: In a feasibility study the following objectives were addressed:

1. Investigate preconditions for successful implementation of a community garden-based health program
2. Gain insight in which factors and qualities of the community garden-based prevention program are useful, acceptable and successful for the multi-ethnic target population, i.e. Turkish and Moroccan families
3. Measure whether the garden-based health program leads to positive changes with respect to dietary and lifestyle factors in the target group.

Method: The “Voor & Door method” was used for the development of the community garden, together with the local community and organizations. The community garden, named the “Bruishuis”, was developed to promote a healthy lifestyle in three ways: Stimulating healthy nutrition (self-cultivation of vegetables, herbs and fruit), promoting exercise and social cohesion (social contacts, well-being). An intervention group of 30 Turkish and Moroccan women were interviewed on aspects of lifestyle, nutrition and social well-being at the start of the project (T=0) and after 1 year (T = 1). Their results were compared with a control group from another neighborhood in the same city. The intervention group was stimulated to actively participate in the community garden and in activities organized around the theme of health.

Results: Factors that have contributed to the successful implementation of the community garden-based prevention program were:

1. A project team, with local partners accompanied by (external) partners with additional expertise in different fields
2. Central location of the community garden
3. Connection to existing local infrastructures through early involvement of local communities and organizations in the planning and organization of the community garden
4. Organization of activities in the community garden for different target groups.
5. Guarantee management and maintenance of the garden, through partnerships with local organizations and volunteer groups.

Factors providing success to the garden-based prevention program for the multi-ethnic target population, are those factors which help increasing participation rates in activities organized in the community garden. Children’s gardens, where children from the community grow vegetables, were a successful factor to stimulate the mother to become active in the garden as well. Furthermore, offering a meal and childcare increased the participation rate in the activities. Organizing meetings for women only was a prerequisite for participation,

Effect evaluation in the Turkish and Moroccan target group did not reveal differences in changes in lifestyle, nutrition, exercise and quality of life between the intervention and the control group after one year. Possibly, this is due to the limited participation of the intervention group in activities within the community garden and the health program. Active participation in the garden was highest among women whose children worked in the children's gardens. These participants were enthusiastic about the garden, reported a change in motion and got their share of the harvest. Despite the absence of a direct effect on lifestyle in the intervention group, many positive effects of the community garden were observed. The garden was widely used by residents of different ages and different ethnic backgrounds, such as children, disabled and elderly. It also appears that the development of a community garden increased the confidence among residents about their neighborhood. Additionally, many new initiatives, like gardening for elderly, were developed since the start of the project, which are likely to grow further in the coming years.

Recommendation: Measuring the effectiveness of a community garden based health program should not be limited to a specific multi-ethnic group, as a large number of people used the garden and may benefit from it. Furthermore, one year is too short to measure the impact of a community garden. Especially because in the first year, the garden was still under construction and it appeared that the residents need time to really trust that a community garden in their neighborhood can function.

1 Inleiding en achtergrond

Migranten uit Turkije en Marokko behoren tot de grootste groep migranten in Europa. In Nederland leven circa 392.000 Turkse en 363.000 mensen van Marokkaanse herkomst (CBS, 2012). Uit een aantal studies is gebleken dat de Nederlanders van Marokkaanse of Turkse komaf, een lagere gezondheidsstatus hebben dan de autochtone Nederlanders (Brussaard, 2001; Rijnveld, 1988). Binnen deze groepen is een hoger percentage aan overgewicht en obesitas (Dijkshoorn et al, 2007) en type 2 Diabetes Mellitus (Uiterwaal, 2004; Ujcic-Voortman, 2009). De prevalentie van DM-2 ligt drie tot zes maal hoger dan bij de autochtone bevolking (Baan 2011).

Omdat de prevalentie van deze Westerse ziekten veel hoger is in Nederland dan in het land van herkomst (Salman, 2002; Tazi:2000), is het waarschijnlijk dat omgevingsfactoren zoals voeding, beweging en sociale cohesie een rol spelen in de ontwikkeling van deze ziekten binnen deze groepen.

Uit eerder onderzoek is het bekend, dat Turkse en Marokkaanse Nederlanders een moeilijk te bereiken doelgroep zijn voor interventieonderzoek richting gedragsverandering (Ince, 2010). Daarom is binnen dit project gezocht naar een nieuwe, innovatieve manier om gedragsverandering te stimuleren; door het creëren van een “groene omgeving”, een wijkgezondheidstuin. Deze groene omgeving wordt vormgegeven met en door de bewoners van de wijk, zodat het ook direct geïntegreerd wordt binnen de wijk. Door binnen de wijkgezondheidstuin ook zelf groente en fruit te verbouwen, wordt de toegang tot verse gezonde producten bevorderd. De ervaring leert dat het organiseren van contact via een dergelijke concrete plek het onderlinge begrip (sociale cohesie) en de fysieke beweging verbetert. Mensen leren elkaar kennen en het zelfoplossende vermogen verbetert daardoor in het algemeen. Het is aangetoond dat sociale cohesie in wijken de gezondheid en het welbevinden van mensen bevordert. Als daar ook nog eetbaar groen bij gerealiseerd wordt, kan het thema gezonde voeding ook makkelijker concreet gemaakt worden.

In Nederland zijn in de laatste kabinetsperiodes een aantal wijken in Nederlandse steden als aandachtswijk bestempeld. Deze wijken staan ook bekend als krachtwijken of Vogelaar-wijken (vernoemd naar minister Vogelaar). In deze wijken komen een groot aantal sociale problemen samen. De wijken zijn vaak multi-etnisch met een groot aandeel Turkse of Marokkaanse bewoners. Uit een onderzoek onder alle bewoners van de aandachtswijken blijkt dat bewoners gemiddeld een slechtere gezondheid hebben dan de rest van Nederland (Rapport RIVM Gezondheid in 40 krachtwijken, 2008)

- 25 % van de bewoners beoordeelt zijn of haar gezondheid als minder dan goed, in de rest van Nederland is dat 17 %;
- 24 % van de bewoners in deze wijken heeft een langdurige aandoening, in de rest van Nederland is dat 21 %;
- 20 % van de bewoners in deze wijken heeft een beperking bij de dagelijkse levensverrichtingen, in de rest van Nederland is dat 13 %
- 52 % van de bewoners in deze wijken sport gemiddeld nul uur per week, in de rest van Nederland is dat 37 %

Daarbij weten we dat 50 % van de ziekten in Nederland vermijdbaar is. Als we ziekten kunnen voorkomen, kunnen meer mensen participeren in de samenleving. Sturen op gezondheid en gedrag, in tegenstelling tot het sturen op ziekte en zorg, is dan ook het nieuwe adagium (RVZ augustus 2010).

Met deze achtergrond is een studie opgezet in een aandachtswijk in Arnhem, de wijk Malburgen, waarbij deelnemers zijn gestimuleerd om actief deel te nemen aan de opbouw en mee te werken in een wijk tuin, om zodoende de gezondheid op een positieve manier te kunnen beïnvloeden.

2 Vraagstelling en onderzoeksdoel

De vraagstelling waaraan binnen dit project is gewerkt, is de vraag of het inrichten van een “groene omgeving” door middel van een wijkgezondheidstuin een bijdrage kan leveren aan het bevorderen van een gezondere leefstijl, op het gebied van voeding, beweging en sociale samenhang bij een groep Turkse en Marokkaanse Nederlanders, waardoor de risicofactoren voor Diabetes Mellitus II en overgewicht afnemen.

Deze pilot studie heeft meerdere doelen:

- Nagaan welke voorwaarden van belang zijn voor het succesvol invoeren van een gezondheidsprogramma gebaseerd op een wijkgezondheidstuin
- Het nagaan welke onderdelen van het gezondheidsprogramma nuttig, succesvol en acceptabel zijn voor de multi-ethnische doelgroep van Turkse en Marokkaanse bewoners.
- Het onderzoeken of de wijkgezondheidstuin een effect heeft op voeding en leefstijl bij een groep allochtone gezinnen van Turkse en Marokkaanse afkomst, omdat juist in deze doelgroep de “Westerse ziekten” zoals overgewicht en suikerziekte in de laatste jaren flink toeneemt.

Door - samen met bewoners en gebruikers - een leefomgeving te creëren waar gezondheid op een prettige manier bevorderd wordt, hebben we deze doelen proberen te realiseren. Mensen worden actief uitgedaagd om naar de tuin te komen (beweging) en met elkaar (ontmoeting) zorg te dragen voor het telen en onderhoud van de moestuin (voeding). Door het zelf verbouwen van groenten, kruiden en fruit, en het bereiden daarvan krijgt ook gezonde voeding aandacht.

3 Onderzoeksopzet

3.1 Onderzoeksopzet

Deze studie is een pilot studie, opgezet om de haalbaarheid van een gezondheidsprogramma op basis van een wijkgezondheidstuin te onderzoeken als instrument voor het verbeteren van de leefstijl van een multi-etnische groep wijkbewoners. Twee pijlers vormen de basis voor dit onderzoek:

1. De aanleg van een wijkgezondheidstuin en het actief betrekken van de interventiegroep bij deze tuin
2. Het effectonderzoek naar de invloed van deze wijkgezondheidstuin op risicofactoren voor DM type 2 (voedings-, bewegingsgewoonten en sociale cohesie) binnen de Turkse en Marokkaanse doelgroep.

3.2 Locatie: Malburgen omgeving Bruishuis

Dit project richt zich op de wijk Malburgen. Binnen deze wijk is Volkshuisvesting Arnhem de belangrijkste woningbouwcoöperatie en verhuurder van de sociale woningen. Volkshuisvesting streeft naar vitale wijken met leefbare buurten. Daarbij is het van belang om inwoners kansen te bieden om de eigen gezondheid te verbeteren. Een mooi voorbeeld is het Bruishuis; daar kunnen mensen hun leven weer op de rit krijgen door begeleid wonen, opleiding, leerwerkplekken, sporten en sociale activiteiten en het Bruishuis biedt onderdak aan (startende) ondernemers. Rondom het Bruishuis ligt veel grond, dat bij aanvang van het project vooral uit grasveld bestond. Deze grond is door Volkshuisvesting ter beschikking gesteld om een wijkgezondheidstuin te creëren. De ligging van de tuin rond het Bruishuis op een centrale plek binnen de wijk Malburgen heeft meerdere voordelen. Het kan een verbinding geven met de bewoners en gebruikers van het Bruishuis en de rest van de buurt; het kan mogelijkheden bieden voor activiteiten die in het Bruishuis worden georganiseerd. Verder kunnen activiteiten in het Bruishuis versterkt worden door de aanwezigheid van de tuin (bijvoorbeeld af en toe beweegoefeningen buiten in de tuin), maar ook activiteiten in de tuin kunnen aansluiten bij mogelijkheden in het Bruishuis (bijvoorbeeld gebruik maken van de keukenfaciliteiten voor het bereiden van de oogst voor een gezamenlijke maaltijd). Op deze manier kan een bestaande infrastructuur van het Bruishuis, met de hieraan verbonden organisaties, een meerwaarde hebben voor de tuin, en geeft de aanwezigheid van de tuin ook deze organisaties een mooie groene omgeving en mogelijkheden tot het ontplooiën van nieuwe activiteiten.

3.3 Voor & door methodiek

Voor het opzetten van de wijkgezondheidstuin wordt de Voor & Door methodiek toegepast. Deze methodiek is door Radar Advies/Green & So veelvuldig toegepast bij het tot stand komen van gemeenschapstuinen. De tuin wordt aangelegd "Voor" de wijk of een doelgroep, en "Door" staat voor de wijkbewoners en gebruikersgroepen die zelf deze tuin meehelpen tot stand komen en in stand houden. Voor mensen betekent het de mogelijkheid om, vanuit de eigen kracht, echt te participeren in de opzet en totstandkoming van de tuin. Onderdeel van de methodiek is, dat er verbinding wordt

gemaakt met lokale partijen zoals opbouwwerk Arnhem (Rijnstad) en andere bestaande infrastructuur, omdat zij een belangrijke rol spelen in de programmering van de tuin na oplevering. De tuin is een wijkgezondheidstuin. Voor het welslagen van een wijkgezondheidstuin is het belangrijk dat alle mensen uit de buurt die betrokken willen worden, ook de gelegenheid krijgen om betrokken te zijn, ongeacht etnische achtergrond en leeftijd. Binnen de Voor & Door methodiek wordt hier ook aandacht aan besteed.

3.4 Ontwikkeling plannen en aanleg “Bruistuin”

De volgende stappen zijn gezet om tot de ontwikkeling van de wijkgezondheidstuin bij het Bruishuis, vanaf nu de “Bruistuin” genoemd, te komen.

1. Creëren draagvlak en geven van bekendheid aan de Bruistuin door middel van gesprekken in de wijk met sleutelfiguren en instanties, het breed verspreiden van een flyer, en het organiseren van een informatiedag.
2. Breed inventariseren van de wensen van de beoogde doelgroepen/gebruikers van de tuin door middel van interactieve sessies met de wijkbewoners. In verband met de verschillende culturele groepen zijn ook speciale workshops voor vrouwen georganiseerd.
3. Vertalen van de wensen en ideeën uit de workshops naar een voorlopig ontwerp van de tuin. Het ontwerp is definitief gemaakt (figuur 3.1), nadat het voorlopige ontwerp aan de gebruikers was gepresenteerd en de reacties verwerkt.
4. Organisatie rond de structurele inbedding en randvoorwaarden voor het gebruik van de tuin – Opzetten van een tuinwerkgroep.
5. AANLEG van de tuin, het opstellen tuinkalender, afspraken rond onderhoudswerkzaamheden
6. Start zaai seizoen – onderhoud – oogsten
7. Maken van een activiteiten kalender voor activiteiten in en rond de tuin. Integreren lessen / workshops gezonde voeding
8. Communicatie opzetten zodat wijkbewoners en onderzoeksgroep actief bij het project betrokken worden en op de hoogte blijven van activiteiten (nieuwsbrieven, website, persberichten)



Figuur 3.1. Ontwerp wijkgezondheidstuin rond het Bruishuis; de Bruistuin

4 Materiaal en methode effectonderzoek

4.1 Doelgroep

Het onderzoek, naar de effectiviteit van een wijkgezondheidstuin bij het verlagen van de risicofactoren voor DM type 2, is gericht op een multi-etnische groep deelnemers uit de krachtwijk Malburgen in Arnhem. De interventiegroep bestaat uit 30 gezinnen van Turkse of Marokkaanse komaf. Omdat in de gezinnen de vrouwen bepalend zijn voor de voedselkeuze van het gezin, heeft het onderzoek zich gericht op de vrouwen. Deelnemers zijn volwassen vrouwen in de leeftijd van 18 tot 80 jaar van Turkse of Marokkaanse herkomst. Deelnemers zijn geworven via het wijkcentrum de Hobbit, de Arabische les, de integratiecursus, koffieochtenden op de basisschool “het Mozaïek”, naailessen en knutselochtenden voor Turkse of Marokkaanse vrouwen, Medisch Centrum Malburgen en via de vrouwen zelf (buren, familie).

Als controlegroep zijn gezinnen geselecteerd in de wijk Presikhaaf/t Broek in Arnhem. Deze wijk is net als Malburgen een aandachtswijk met een multi-etnische populatie. Hier zijn ook 30 vrouwen van Turkse of Marokkaanse komaf geïnterviewd. Het werven van de deelnemers vond plaats via wijkcentrum de Symfonie (t Broek), dagbesteding Evital, activiteiten van de Zichtbare schakel STMG, Multifunctioneel Centrum Presikhaven, de Paulusschool, opbouwwerk Presikhaaf en via de deelnemers.

Deelnemers hebben schriftelijk toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek en het gebruik van de verkregen gegevens binnen het kader van het onderzoek, nadat ze de schriftelijke toelichting hadden ontvangen en deze mondeling was toegelicht.

4.2 Interventie

Deelnemers uit de wijk Malburgen, behorende tot de interventiegroep werden actief betrokken bij het proces rond de ontwikkeling en de aanleg en onderhoud van de wijkgezondheidstuin. Daarnaast werd aandacht besteed aan het thema gezonde leefstijl. Hiervoor werden de vrouwen in de looptijd van een jaar maandelijks uitgenodigd voor een activiteit. Georganiseerd zijn: een kennismakingsbijeenkomst, workshop rond het tuinontwerp (figuur 4.1), een gezondheidscursus, de officiële presentatie van het tuinontwerp, rondleiding door de tuin, presentatie van de kruidenbakken, picknick, een kruidenworkshop en is er een loopgroep gestart. De vrouwen kregen een uitnodiging per post toegestuurd, met een duidelijk herkenbaar “Bruistuin” logo. Voor een aantal activiteiten werd iedereen enkele dagen voorafgaand aan de bijeenkomst door de onderzoeker telefonisch benaderd om uitleg te geven en te vragen of de deelnemer aanwezig zou zijn.

De gezondheidscursus bestond uit 16 bijeenkomsten van twee uur op donderdagochtend onder schooltijd. Elke bijeenkomst bestond uit een uur les rond voeding en gezondheid gegeven door een diëtiste en een verpleegkundige, gevolgd door een uur beweging. Aan bod kwamen o.a. de schijf van 5, gebruik oliën en vetten, e-nummers, wat is een gezond gewicht en risicofactoren voor DM 2.

In de controlegroep werden geen verdere activiteiten aangeboden.

Tijdens de looptijd van het project zijn alle deelnemers van de interventie en de controlegroep twee maal geïnterviewd. De eerste meting, de nul-meting (T0) vond plaats in de periode november 2011 tot januari 2012 in de interventiegroep en februari-maart 2012 in de controlegroep. Na 1 jaar tijd zijn alle deelnemers nogmaals benaderd voor de nameting (T1). Deze interviews vonden plaats in de periode december 2012 tot maart 2013, waarbij rekening werd gehouden met het moment van het eerste interview.

Het beantwoorden van de vragen is door middel van persoonlijke interviews gedaan, omdat een deel van de vrouwen de Nederlandse taal onvoldoende machtig was om de vragenlijst schriftelijk af te nemen. De deelnemers werden door de onderzoekers thuis bezocht. Wanneer dat niet mogelijk was, werd bij het Bruishuis of het wijkcentrum een ruimte geregeld waar het interview plaats kon vinden. De onderzoekers waren allemaal vrouwen, zodat dit geen problemen opleverde bij het interviewen van de voornamelijk islamitische vrouwen.

4.3 Metingen

Door middel van een vragenlijst werd informatie rond leefstijl (voeding en beweging), demografische gegevens en gezondheid nagevraagd. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de gevalideerde "korte vragenlijst voor het meten van Fruit en Groente inname" (Bogers, 2004) en de Short Form-12 (SF12) voor het bepalen van de algemene kwaliteit van leven (Ware 1993, Ware 1998). Met behulp van een 5-punt Likert schaal is de houding ten opzichte van gezonde voeding en beweging (heel belangrijk tot helemaal niet belangrijk) en mogelijkheid tot verandering (heel makkelijk tot heel lastig) in kaart gebracht. Beweging werd nagevraagd door het vragen naar de dagelijkse of wekelijkse tijdbesteding aan wandelen/fietsen, sporten bij sportcentrum of daarbuiten, tv kijken of computeren. Daarnaast zijn vragen gesteld of men zich prettig voelt in de buurt, veilig voelt, goede sociale contacten heeft (5puntschaal: ja, altijd tot nee, zelden).

Aansluitend zijn lengte en gewicht bepaald voor het berekenen van de Body Mass Index ($BMI = \text{gewicht(kg)} / \text{lengte(m)}^2$). Het niet-nuchtere gewicht is gemeten door de onderzoekers met behulp van een personenweegschaal (Soehnle, analoog), waarbij de deelnemer werd gevraagd de zwaarste kleding en schoenen uit te doen, en indien nodig vooraf gebruik te maken van het toilet. Lengte is gemeten in rechtopstaande positie tegen een kale muur of deur. De deelnemer werd gevraagd op sokken, met de hakken tegen de muur te staan. Met behulp van een rolmaat werd de lengte bepaald door de onderzoeker. Buikomtrek is gemeten onder de bovenkleding, met alleen het laatste laagje dunne kleding (hemd/dun t-shirt) nog aan. Bloeddruk is gemeten met behulp van een Braun polsbloeddrukmeter, die bij deze doelgroep goed te gebruiken was, omdat de bovenarm niet ontbloot hoefde te worden.

Gegevens zijn geanalyseerd met behulp van SPSS software (IBM SPSS version 19.0). Vooraf zijn de gegevens van de SF12 gehercodeerd en domeinwaarden bepaald en zijn de delta T0 t.o.v. T1 waarden berekend door het bepalen van het verschil $T1 - T0$. Beschrijvende statistiek is gebruikt voor de demografische gegevens. Categoriele variabelen zijn doormiddel van cross-tabs (chi-square)

geanalyseerd. De veranderingen zijn onderzocht met students t-test (non-sampled) op de delta's en met de GLM tijdreeksanalyse met T0 en T1 als meetpunten.

4.4 Interviews gebruikersgroepen

Naast het onderzoek bij de interventiegroep, zijn de effecten van de Bruistuin voor andere gebruikersgroepen in kaart gebracht. Hiervoor zijn gebruikers persoonlijk of in kleine groepjes geïnterviewd. Ook zijn de kinderen die actief zijn in de kindertuintjes geïnterviewd, om na te gaan of het werk in de tuintjes bij heeft gedragen tot hun kennis rond voeding.



Figuur 4.1 Ontwerpatelier voor vrouwen, inventarisatie van de wensen voor de tuin.

5 Resultaten

5.1 Karakteristieken interventie en controlegroep

In totaal hebben 59 huishoudens meegedaan met het effectonderzoek, 30 in de interventiegroep in Malburgen en 29 in de controlegroep in Presikhaaf/'t Broek. Bij de selectie van de deelnemers in Presikhaaf is rekening gehouden met de verdeling naar etnische achtergrond zoals we deze hadden geïnccludeerd in Malburgen. In tabel 5.1 zijn de algemene karakteristieken van de deelnemers weergegeven.

Tabel 5.1 Karakteristieken van de onderzoeksgroepen op t=0, gemiddelde $\pm$ standaard deviatie (SD)

	Interventiegroep (n=30)	Controlegroep (n=29)
% Marokkaans	46,7%	46,7%
Aantal kinderen	3,2 $\pm$ 1,7	3,2 $\pm$ 1,2
Hoe lang in Nederland	25,6 $\pm$ 9,6	23,1 $\pm$ 8,5
Twee-oudergezin (%)	57 %	79%*
Inkomenscategorie		
- Laag (<1000)	30 %	7 %
- Middel (1000-2000)	60 %	56 %
- Hoger (>2000)	10 %	18,5 %
- onbekend		18,5 %
Leeftijd (jaar)	41,8 $\pm$ 9,7	40,6 $\pm$ 8,3
BMI (kg/m ²)	28,8 $\pm$ 5,1	28,8 $\pm$ 5,7

Er werden geen verschillen tussen de groepen gevonden op het gebied van leeftijd, lengte, gewicht, BMI, aantal kinderen. Wel was er een onderscheid in de gezinssamenstelling. In de controlegroep waren er meer twee-oudergezinnen. en had een hoger percentage gezinnen een hoger inkomen.

Nameting

Na 1 jaar zijn alle deelnemers opnieuw benaderd voor deelname. Drieënzeventig procent (77% interventie en 69% controlegroep) van de deelnemers aan de voormeting heeft ook meegedaan aan de nameting. Als reden voor niet deelname werd tijdgebrek genoemd (N=7). Ook waren mensen na herhaalde pogingen niet bereikbaar (N=9).

Vergelijking van de groep met zowel voor- als nameting met de groep met alleen de voormeting laat zien dat vooral de jongere vrouwen moeilijk te bereiken waren voor de nameting. De groep vrouwen met zowel een voor- als nameting was significant ouder op T0 (gem $\pm$ SD: 43,0 $\pm$ 8,9 vs. 36,6 $\pm$ 7,2 jaar), had een significant hoger gewicht en dus ook een significant hogere BMI dan de groep vrouwen met alleen een voormeting. De BMI op T0 was resp. 29,6 $\pm$ 5,5 en 26,4 $\pm$ 4,4 kg/m² in de groep met voor- en nameting en in de groep met alleen voormeting.

De uiteindelijke analyses zijn uitgevoerd op de groep deelnemers waarvan zowel een voor- als nameting is gedaan. In tabel 5.2 worden de karakteristieken van de uiteindelijke groep weergegeven.

Tabel 5.2 Karakteristieken van de interventiegroep en controlegroep waarvan voor- en nameting beschikbaar is (gemiddelde $\pm$ SD)

	Interventiegroep (n=23)	Controlegroep (n=20)
% Marokkaans	43,5 % (n=10)	30,0 % (n=6)
Aantal kinderen	3,2 $\pm$ 1,7	3,5 $\pm$ 1,1
Hoe lang in Nederland	26,8 $\pm$ 9,4	24,8 $\pm$ 8,8
Hoe lang in de wijk	16,6 $\pm$ 9,6	19,0 $\pm$ 10,0
Leeftijd (jaar)	43,7 $\pm$ 9,4	42,1 $\pm$ 8,6
BMI (kg/m ²)	29,6 $\pm$ 5,8	29,7 $\pm$ 5,8
Buikomtrek (cm)	95,9 $\pm$ 11,8	95,4 $\pm$ 15,6

5.2 Veranderingen gedurende de interventieperiode

5.2.1 Groente en fruitconsumptie

In beide groepen, de interventiegroep en de controlegroep wordt het eten van voldoende groente en fruit als belangrijk gezien. Al bij aanvang op T0 wordt door 77% van de interventiegroep en 95% van de controlegroep aangegeven dat voldoende groente en fruit heel belangrijk is. De overige deelnemers noemen het redelijk belangrijk. In de interventiegroep en de controlegroep vonden respectievelijk 74% en 70% dat ze voldoende groente en fruit aten, de overige 26% en 30% beoordeelde de eigen groente en fruitinname als te laag. Het eten van voldoende groente en fruit wordt belangrijk gevonden, omdat het goed is voor de gezondheid/helpt ziekte te voorkomen (88%), het helpt bij een goed gewicht (21%) en het is lekker (12%). Na 1 jaar, bij de nameting zijn er geen veranderingen opgetreden in deze percentages.

Op T1 is gevraagd of er sinds T0 wijzigingen zijn opgetreden in de consumptie van de vrouw en van het gezin. In beide groepen zegt 35% dat voeding is veranderd. Het soort veranderingen dat had plaatsgevonden was vergelijkbaar in de twee groepen. Een aantal mensen rapporteerden de consumptie van meer groente en fruit (interv:contr = 2:3) minder zoet (1:1), minder vet (1:1), kleinere porties (3:2). Daarnaast was 1 gezin in de interventiegroep juist meer gaan snacken, ivm andere werktijden van echtgenoot.

Op T0 is door middel van een korte vragenlijst de consumptie van groente en fruit gemeten. In tabel 5.3 staan de resultaten. In de interventiegroep werd gemiddeld door de vrouwen 1,7 stuks fruit per dag gegeten. Bij de controlegroep lag dit 0,4 stuks fruit lager (significant op $p < 0,05$). In beide

groepen is een lichte afname te zien tussen de nulmeting en de meting na 1 jaar. Het verschil tussen de voor- en nameting was niet significant verschillend tussen de beide groepen.

Tabel 5.3 Groente en fruitinneming (gem $\pm$ SD) op t=0, t=1 en de veranderingen tussen T0 en T1

	Interventie	Controle
	N=21	N=18
Fruit (stuks/dag T0	1,7 $\pm$ 1,2	1,3 $\pm$ 0,9*
Fruit (stuks/dag T1	1,5 $\pm$ 1,1	1,1 $\pm$ 0,9
Verandering Fruitconsumptie (T1-T0)	- 0,1 $\pm$ 1,3	-0,2 $\pm$ 0,7
Aantal servings groente + fruit per dag T=0 (N=21)	2,6 $\pm$ 0,6	5,8 $\pm$ 2,5
Aantal servings groente + fruit per dag T=1 (N=14)	3,3 $\pm$ 0,8	3,1 $\pm$ 1,4

*p<0,05

Bij de onderzoeksgroep bleek het navragen van de groenteconsumptie problemen op te leveren, omdat er een verschil is tussen wat volgens de Nederlandse, Turkse en Marokkaanse cultuur onder groente wordt verstaan. Aardappels werden door de deelnemers vaak wel meegerekend, maar tomaten niet. Hierdoor zijn in de dataset veel onzekere waarden en missende data om een goede uitspraak te kunnen doen over een toe of afname van het groentegebruik.

5.2.2 Beweging

Op T0 is aan beide groepen gevraagd in hoeverre voldoende beweging in hun ogen belangrijk was en waarom. Vijfenzestig procent van de interventiegroep en 70% van de controlegroep noemt voldoende beweging heel erg belangrijk. De overige deelnemers geven aan dat het redelijk belangrijk is. Voldoende beweging wordt belangrijk gevonden, omdat het goed is voor de gezondheid (72%), je er fit van wordt (28%), het helpt bij een goed gewicht (23%) en het helpt ziekte te voorkomen (12%).

Andere bevindingen:

- 56 % van de interventiegroep vindt het lastig om zelf voldoende te bewegen, dit geldt ook voor 30% van de controlegroep
- Belangrijkste reden is dat het veel tijd kost (20%) of dat veel bewegen lastig is in verband met lichamelijke klachten (23%).
- Toch geeft 40% van de interventiegroep aan dat ze zelf vinden dat ze voldoende bewegen, 47% vindt dat ze te weinig beweegt. In de controlegroep is dit respectievelijk 55% en 20%. De overige weten het niet.

- Volgens 17% van de interventiegroep en 40% van de controlegroep is er te weinig mogelijkheid in de directe omgeving om goed te kunnen bewegen of voor de kinderen om veilig te spelen.
- Bij aanvang verwacht 39% van de interventiegroep dat de komst van een wijkgezondheidstuin een invloed zou kunnen hebben op de beweging van haarzelf en haar kinderen.

Op T1 is gevraagd in hoeverre er wijzigingen zijn opgetreden in het activiteitenpatroon sinds de meting op T0. Negenendertig procent van de interventiegroep en 55% van de controlegroep geeft aan dat de activiteiten zijn gewijzigd. In de interventiegroep was 1/3 van deze groep meer gaan sporten, 2/3 minder. In de controlegroep was het andersom; 2/3 is meer gaan sporten, 1/3 minder. Oorzaken voor het minder bewegen waren de weersomstandigheden (veel sneeuw) en minder vaak naar de vrouwenfitness gaan. De vrouwenfitness Eva ligt voor de mensen van Malburgen relatief ongunstig (andere kant van de Rijn).

Aan alle deelnemers is gevraagd een inschatting te maken van de hoeveelheid tijd dat ze wekelijks besteden aan activiteiten zoals wandelen en fietsen (richting winkel, school e.d.), sport in groepsverband of individueel, en hoeveel tijd tv wordt gekeken of op de computer wordt gewerkt. In tabel 5.4 zijn de resultaten hiervan weergegeven op T0 en T1. De interventiegroep bleek significant meer tijd te spenderen op de computer. De berekening van de verschillen in de gerapporteerde tijden tussen de voor- en nameting (T1-T0) laten geen verschillen zien tussen de beide groepen. De zelfgerapporteerde veranderingen in bewegingspatroon, zoals hierboven beschreven, zijn dus niet terug te vinden in de rapportage van het tijdsbesteding. Volgens deze rapportage zijn de veranderingen in beide groepen vergelijkbaar.

Tabel 5.4 Activiteiten in uren per week (gem ± SD) op t=0, t=1 en de veranderingen tussen T0 en T1

	Interventie	Controle
	N=21	N=20
Wandelen/fietsen (uur/week) T0	5,7 ± 5,7	7,4 ± 4,7
Sport(uur/week) T0	0,5 ± 0,8	1,5 ± 2,9
TV kijken (uur/week) T0	21,3 ± 10,3	17,2 ± 8,9
Computeren (uur/week) T0	1,3 ± 2,6	5,1 ± 3,2 *
Wandelen/fietsen (uur/week) T1	4,7 ± 3,8	5,7 ± 3,2
Sport(uur/week) T1	0,2 ± 0,4	0,14 ± 0,3
TV kijken (uur/week) T1	19,5 ± 7,8	13,6 ± 10,4
Computeren (uur/week) T1	1,0 ± 2,0	4,0 ± 1,3*

*p<0,05

5.2.3 Lichaamsmaten

Op tijdstip t=0 en t=1 zijn bij alle deelnemers gegevens verzameld over gewicht, lengte, bloeddruk en buikomtrek. In tabel 5.5 staan de gemiddelde verschillen tussen de voor- en nameting vermeld. Hierbij zijn de gegevens gebruikt van de deelnemers die zowel een voor- als nameting hadden. Uitgesloten voor deze analyse zijn twee vrouwen die zwanger of zogend zijn.

Tabel 5.5 Veranderingen tussen voormeting en nameting in gewicht, BMI en bloeddruk (gem ± SD)

	Interventie	Controle
Veranderingen t0 en t1	N=21*	
Gewicht (kg)	1,34 ± 4,2	0,00 ± 3,36
BMI	0,47 ± 1,63	0,09 ± 1,37
Buikomtrek	0,68 ± 6,03	0,25 ± 6,80
Systool	-2,26 ± 12,0	-1,75 ± 14,59
Diastool	-2,26 ± 7,6	-1,55 ± 9,44

*twee personen geëxcludeerd i.v.m. zwangerschap (n=1) en bevalling 2 weken ervoor (n=1)

Uit de tabel blijkt dat er een toename van het gewicht was. Geen van de gevonden verschillen zijn significant. Een extra correctie op de verschillen voor het land van herkomst verandert deze resultaten niet.

5.2.4 Kwaliteit van Leven

Op de verschillende domeinen van de SF12 is gekeken of er een verandering is opgetreden tussen T1 en T0 en of deze verschillen tussen de twee groepen. Domeinen algemene gezondheid, pijn, vitaliteit, mentaal, rolemotioneel, rolfysiek, sociaal en fysiek. Scores zijn weergegeven in tabel 5.6.

Tabel 5.6 Scores algemeen welbevinden op verschillende domeinen (schaal 0-100)

	Interventie (N=23)		Controle (N=20)	
Domeinen	T0	T1	T0	T1
Algemene	43,0 ± 5,5	45,2 ± 4,4	32,5 ± 4,1	33,8 ± 5,5
Pijn	55,8 ± 3,2	59,8 ± 4,0	46,6 ± 5,8	52,0 ± 6,6
Vitaliteit	45,5 ± 3,9	47,4 ± 5,1	52,0 ± 4,4	55,0 ± 3,8
Mentaal	62,0 ± 3,1	64,6 ± 3,7	66,5 ± 4,0	83,8 ± 18,7
Rolemotioneel	71,0 ± 7,4	83,3 ± 5,9	62,5 ± 10,0	67,5 ± 10,4
Rolfysiek	72,3 ± 8,0	72,8 ± 8,7	66,0 ± 9,6	75,0 ± 9,2
Sociaal	73,3 ± 3,1	78,6 ± 4,1	71,6 ± 5,7	69,0 ± 6,1
Fysiek	75,0 ± 7,0	72,8 ± 7,4	60,6 ± 8,0	77,5 ± 7,0

Op geen van de bovengenoemde domeinen werd een significant verschil gevonden tussen de twee groepen in de verandering tussen T0 en T1, met uitzondering van het domein fysiek. Hier was een kleine teruggang te zien in de interventiegroep, terwijl de controlegroep op T1 duidelijk beter scoorde ($p < 0,05$).

5.3 Deelname aan activiteiten door de interventiegroep

Deze pilot studie is opgezet om te kijken of een wijkgezondheidstuin en uitleg over goede voeding en beweging (interventie) een meerwaarde heeft. In het project is daarom geprobeerd de Turkse en Marokkaanse deelnemers uit de wijk Malburgen actief te laten participeren in het werken in de tuin en aan de workshops en gezondheidscursus die werden aangeboden.

Op T=1 is nagevraagd in hoeverre deelnemers en hun gezinsleden gebruik hebben gemaakt van de Bruistuin. Van de 23 deelnemers die mee hebben gedaan aan de nameting, heeft bijna 73% de tuin bezocht. Deelnemers maakten vooral gebruik van de wandelpaden en de moestuin. Zes deelnemers (26%) geven aan zelf regelmatig in de tuin te werken. Redenen om niet deel te nemen aan het werken in de tuin zijn vooral: geen tijd of gezondheidsklachten. De sporttoestellen worden weinig gebruikt door de onderzoeksgroep. Drie deelnemers werken wekelijks in de tuin. Van deze deelnemers zijn ook de kinderen actief in de moestuin.

Tabel 5.7 Gebruik van verschillende onderdelen van de tuin door de interventiegroep (N=23) en hun gezin.

	N	Kind
Bezoek tuin in afgelopen jaar	16 (72,7%)	
Bezoek tuin 1 of meer /week	9	
Maken zelf gebruik van tuin	14	7
Maken gebruik van:		
Wandelpaden	12	2
Moestuin	6	5
Sporttoestellen	2	1
Speeltoestellen	0	6
Bloemstroken	0	1
Kruidenbakken	4	1
Helpen wel eens mee in de moestuin	6	5
Helpen wekelijks in moestuin	3	5
Hebben geleerd van werken in tuin	5	5
Hebben gedeeld in de oogst uit tuin	5	5
Tuin heeft invloed gehad op beweging	5	4
Tuin heeft invloed gehad op de voeding	3	4
Tuin heeft sociale contacten beter*	2	

*voor veel mensen waren de contacten al goed

De aangeboden cursus en workshops zijn niet door alle deelnemers van de interventiegroep bezocht. Een gezondheidscursus met wekelijks een uur uitleg over gezonde voeding en een uur beweging onder leiding van een fysiotherapeut trok tussen de 3 en 12 deelnemers per keer, waarbij de grootste aantallen in de eerste weken kwamen. Vooraf hadden ruim 20 vrouwen zich ingeschreven, de overigen hadden aangegeven dat ze niet konden deelnemen op dat tijdstip in verband met werk of opleiding. Na enkele weken zijn alle vrouwen die hadden ingeschreven nagebeld, met de vraag in hoeverre de cursus aansloot op de verwachting of de vraag waarom tot dat moment niet was deelgenomen. Hier bleek dat men had vernomen dat het onderdeel Beweging saai was, en dat men daarom niet kwam. Navraag bij de mensen die wel hadden deelgenomen gaf een wisselend beeld van mensen die actiever wilden bewegen en mensen die het goed vonden zoals het was. Dit is besproken met de begeleidster en lessen zijn daarop aangepast. Ook de andere workshops, zoals de georganiseerde kruidenworkshop gerelateerd aan de Koran trok relatief weinig deelnemers (N=9, 33%), terwijl de deelnemers heel enthousiast waren.

Een positief verschijnsel was, dat deelnemers van de interventiegroep familieleden of kennissen meenamen naar de workshops en de cursus. Het bereik van de activiteiten reikt daarmee verder dan de deelnemers van de interventiegroep.

5.4 Conclusies ten aanzien van het effectonderzoek

Deze studie is een haalbaarheidstudie waarin wordt nagegaan of het inrichten van een wijkgezondheidstuin een positief effect heeft op de gezondheid van de wijkbewoners. De metingen in de Turkse en Marokkaanse doelgroep, die zijn verricht bij de start (T0) en na een jaar (T1) laten geen duidelijke verschillen zien tussen de interventiegroep en de controlegroep. Gerapporteerde veranderingen in voeding, beweging en kwaliteit van leven zijn vergelijkbaar tussen de groepen. Het feit dat de verschillen tussen de interventiegroep en de controlegroep beperkt zijn, heeft mogelijk te maken met de beperkte deelname van de interventiegroep aan de activiteiten in de tuin en het aangeboden programma rond gezondheid en beweging. De doelgroep blijkt een moeilijk te bereiken groep, erg divers in het soort wensen dat ze hebben, en soms vast te zitten in dagelijkse bezigheden zoals huishouden en gezin.

Toch heeft de tuin op een kleine groep van de deelnemers een positief effect gehad. Zes deelnemers hebben regelmatig in de tuin gewerkt, waarvan 3 deelnemers wekelijks. Deze laatste groep waren de vrouwen waarvan ook de kinderen in de kindertuintjes werkten. Deze deelnemers zijn enthousiast over de tuin, zijn meer gaan bewegen en hebben verse groente uit de tuin mee kunnen nemen naar huis. Op het sociale gebied wordt aangegeven dat er niet veel extra contacten zijn gekomen, alleen de mensen die in de tuin werken hebben nieuwe enthousiaste tuinvrijwilligers ontmoet. Dit heeft ook geleid tot het starten van een multi-etnisch loopgroepje. Daarnaast is op het sociale vlak een andere meerwaarde van de tuin te noemen. Deelnemers hebben een hoger vertrouwen in de wijk gekregen. Bij de aanleg van de tuin was men sceptisch over het kunnen bestaan van een dergelijke tuin, omdat men angst had dat de tuin door vandalisme vernietigd zou worden. Dit blijkt niet het geval, hetgeen het vertrouwen in de wijk positief heeft beïnvloed.

6 Neveneffecten

6.1 Brede betrokkenheid van lokale organisaties

Bij aanvang van dit project is een projectgroep opgericht voor de opzet en implementatie van de Bruistuin. In de projectgroep zaten een aantal organisaties, die elk met eigen expertise een bijdrage aan de tuin, het activiteitenprogramma rond de tuin en het gezondheidsonderzoek hebben geleverd.

Naast de organisatie voor het onderzoek (het Louis Bolk Instituut), de tuinarchitect (Green & So) en Radar Advies (Voor & Door methode), Gezondheidsprogramma (Seinpost) waren de lokaal betrokkenen: Stichting Volkshuisvesting Arnhem, Rijnstad en Plant is Koning.

Door de aanleg van de tuin zijn een groot aantal organisaties binnen de wijk betrokken bij het project.

- Plant is koning – tuinman voor de begeleiding van het moestuinieren
- Buitenschoolse opvang – kindertuintjes
- Stichting Welzijn Ouderen (SWOA) – verhoogde plantenbakken
- Jo's werkplaats – beplanting, bewegwijzering
- Teeners uit de wijk met graffiti artiesten - graffiti
- Ondernemers en maatschappelijke organisaties van het Bruishuis, o.a. voor het maken van de mozaïek bank
- (tijdelijke) Bewoners van het bruishuis, die sinds kort ook meehelpen met het onderhoud van de tuin in ruil voor een lagere huur (op dit moment een groep Poolse seizoenswerkers)
- Catering Bruishuis
- Hogeschool Larenstein en de HAN, voor educatieve doeleinden

Het initiatief werd verder ondersteunt door de gemeente Arnhem en het Wijkbureau Malburgen.

In het komende jaar zal de Bruishuis en de Bruistuin een nieuwe structuur krijgen, waarbij het Bewonersbedrijf een belangrijke rol krijgt in het onderhoud en de programmering rond de tuin. Deze inbedding binnen het Bewonersbedrijf, waarin actieve buurtbewoners participeren, zal naar verwachting zorgen voor de continuïteit van de tuin en de verdere programmering van activiteiten rond de tuin. Het inzetten van bewoners van het Bruishuis voor het onderhoud van de Bruistuin is een goed voorbeeld.

6.2 Activiteiten gekoppeld aan de Bruistuin

Door de komst van de Bruistuin zijn meerdere nieuwe initiatieven in gang gezet, die anders niet zouden zijn georganiseerd op deze plek. Deze neveneffecten kunnen een blijvende rol spelen bij het bevorderen van aspecten op sociaal-, maatschappelijk- of gezondheidsgebied. Deze activiteiten zijn ingezet vanuit professionals, maar ook door bewoners zelf, waarbij een aantal activiteiten jaarlijks herhaald zal worden.

In het kader van het project “Bruistuin” is een Tuinwerkgroep opgericht met vrijwilligers en geïnteresseerden uit de buurt, die samen met de tuinman en de eigenaar van de grond zorg dragen voor een programma en activiteiten rond de tuin. De ‘Tuinwerkgroep Bruistuin’ heeft in het afgelopen seizoen een groot aantal activiteiten (mede)georganiseerd.

6.2.1 Activiteiten rond de Bruistuin

- Deelname aan NL doet; met buurtbewoners is gewerkt in de tuin, heggen snoeien
- Feestelijke activiteiten rond de eerste schep, de opening van de tuin en de opening van het tuinseizoen
- Open dag Bruishuis met buurt BBQ (26 april).
- Gezamenlijke Buurtpicknick, waarbij alle deelnemers zelf iets bereiden en meenemen (juni).
- Sportdag
- Oogstfeest waarin de oogst van de tuin centraal staat
- Burendag: bloemenperkje aangeplant in samenwerking met SWOA (Stichting Welzijn Ouderen Arnhem).
- Zomerborrel: voor gemeente en professionals uit de buurt (medisch centrum, huisartsen en andere gezondheidsprofessionals) met de Bruistuin als locatie
- Wandelgroep: Een aantal vrijwilligers die elkaar door het werken in de Bruistuin beter hebben leren kennen, hebben gezamenlijk een wandelgroep opgericht. Wekelijks vertrekt vanaf de Bruistuin een groepje wijkbewoners voor een gezamenlijke wandeling. De Bruistuin dient hierbij als vertrek- en eindpunt.

Gezonder Bruishuis

Door de komst van de Bruistuin en het onderzoeksproject daaromheen, is ook besloten het aanbod van het aantal gezonde voedingsmiddelen in de kantine van het Bruishuis te verbeteren.

6.2.2 Gebruikersgroepen

Veel verschillende groepen hebben de tuin weten te vinden. Naast de enorme aantrekkingskracht van het speelgedeelte van de tuin voor de kinderen, blijken ook andere groepen regelmatig gebruik te maken van de voorzieningen.

In de moestuin is een plek ingeruimd voor de kindertuintjes. Ook buiten het seizoen is door de tuinman en een aantal vrijwilligers verder gegaan met het organiseren van activiteiten voor deze groep basissscholieren. In de herfst is bijvoorbeeld gezamenlijk kastanjes gezocht en zijn vogelverschrikkers geknutseld. Daarnaast werd van de eigen oogst uit de moestuin tomatensoep en salades gemaakt. Bij een steekgroep van de kinderen is een evaluatie uitgevoerd ten aanzien van de kindertuintjes (zie volgende paragraaf).

Door de komst van de Bruistuin is in overleg met de tuinarchitecte van Green & So afgesproken om ook activiteiten te ontwikkelen voor tienermeisjes. Met dit doel is een speciaal skeelerpad aangelegd in de tuin. Voor de meisjes worden nu skeelers beschikbaar gesteld via de balie van het Bruishuis.

Om deze doelgroep nog extra aan te spreken en het skeeleren meer onder de aandacht te brengen, is een demonstratie geregeld van de 'Arnhem Fallen Angels' een groep meiden die proberen om de kinderen enthousiast te maken voor Roller Derby (een full contactsport op 'ouderwetse' quad rolschaatsen).

Voor de pubers lijkt het iets moeilijker om geschikte activiteiten te organiseren. De Bruistuin wordt wel door enkele groepjes als 'hangplek' gebruikt. De 'hangplek' aan de achterkant van het gebouw is onder begeleiding door de tieners zelf versierd met graffiti. De verwachte overlast van deze groep is uiteindelijk meegevallen.

Een groep (verstandelijk) gehandicapten van een instelling uit de buurt heeft de Bruistuin opgenomen in het dagelijkse wandelingetje. Tijdens het lente/zomer seizoen maken ze graag gebruik van de trampoline.

Voor ouderen zijn twee verhoogde plantenbakken gemaakt. Veel ouderen kunnen niet goed bukken en daardoor niet meer in de tuin werken, door de aangepaste bakken is het voor de ouderen nog mogelijk om te tuinieren. Stichting Welzijn Ouderen Arnhem (SWOA) heeft deze bakken 'geadopteerd' en nu wordt wekelijks met een groepje ouderen in de tuin gewerkt. In dit kader is ook een nieuw project van start gegaan (ondersteund vanuit het VITOK-programma), waarbij juist kwetsbare ouderen betrokken worden bij het tuinieren en het thema "Kruiden".

6.2.3 *Interesse vanuit media en andere partijen*

In de media is veel aandacht geweest voor de Bruistuin. persberichten en artikels in lokale kranten en nieuwsbulletins en interviews via RTV Arnhem en de Tuin & Landschapsvereniging in Velp. Ook blijkt de interesse vanuit andere woningbouwcoöperaties, waar projectmedewerkers over de Bruistuin hebben verteld.

Landelijke aandacht was er voor de Bruistuin, met de nominatie voor de prijs 'beste bijdrage aan wijkgericht werken in de eerstelijnszorg'. Hier is het project uiteindelijk als tweede geëindigd. .

6.2.4 *Vertrouwen in de wijk*

Bij aanvang van het project is met veel buurtbewoners, waaronder de deelnemers aan de interventie, gesproken over de nieuwe tuin die er zou komen. Het merendeel van de mensen gaf aan, dat een dergelijke tuin in een wijk als Malburgen toch niet zou werken, omdat men verwachtte dat de tuin binnen de kortste keren door vandalisme en vernielingen kapot zou worden gemaakt. Op enkele incidenten na is dit goed gegaan. Uit gesprekken met buurtbewoners en deelnemers aan de interventie is gebleken dat wijkbewoners aangenaam verrast waren, dat dit in hun wijk wel mogelijk was, hetgeen een positief effect heeft op het vertrouwen en eigenwaarde van de wijk.



Figuur 6.1. Foto vogelverschrikker Bruistuin

6.3 Evaluatie kindertuintjes

In de moestuin is een plek ingeruimd voor 12 kindertuintjes. Elk tuintje is ongeveer een vierkante meter groot. Op 2 dagen na schooltijd is vanuit Kinderwerk Arnhem (buitenschoolse opvang) een groep kinderen in de tuin werkzaam, onder begeleiding van de tuinman en een aantal vrijwilligers. De kinderen hebben elk een eigen moestuintje waarin ze mogen werken en waarvan ze de oogst mee naar huis mogen nemen. Door de grote vraag naar tuintjes is dit jaar besloten een aantal tuintjes uit te breiden, zodat meer kinderen mee kunnen doen.

Om de effecten van de Bruistuin op de kinderen in kaart te brengen is met behulp van een semigestructureerd interview met de kinderen besproken wat ze van de Bruistuin vinden en is hun kennis rond het tuinieren getest.

6.3.1 Interview

Bij de aanvang van het nieuwe groeiseizoen, in maart 2013, zijn de kinderen die wekelijks naar de tuin kwamen geïnterviewd en is door middel van twee praktische opdrachten de kennis over groente getest. De kinderen zijn gemiddeld 9 jaar oud en hebben verschillende culturele achtergronden (2 Nederlands, 1 Kosovo, 3 Turks, 3 Marokkaans). Twee derde van de kinderen die op maandag in de moestuin werkten waren meisjes. De kinderen werkten meestal 1 dag per week, ongeveer 1.5 – 2 uur in hun moestuintje. Daarnaast maken ze dagelijks tot een paar keer per week gebruik van de speeltuin. Bijna alle kinderen gaven aan sinds de start van de tuin een moestuintje te hebben. Sommige kinderen hebben door de Bruistuin ook een paar nieuwe vriendjes leren kennen, maar veel kinderen kenden elkaar al via school.

Uit de groepsbespreking komt naar voren dat de kinderen veel hebben geleerd van het werken in de moestuin.

Ze hebben kennis opgedaan over:

- de groeiwijze van de plant
- wat belangrijk is om het plantje goed te laten groeien. Zelf hebben de kinderen koeienmest verzameld om dit te gebruiken als bemesting voor het tuintje. Verder hebben ze geholpen met het uitspreiden van compost over de tuintjes om een optimale groei van de plantjes mogelijk te maken.
- aantal soorten groente. Veel kinderen geven aan nieuwe soorten groente te kennen, die ze voor de werkzaamheden in de moestuin nog niet kenden.
- Ze hebben ook geleerd waarom het zo belangrijk is om groente te eten, bijvoorbeeld "wortels bevatten stofjes die goed zijn voor de ogen".

Verder is opgevallen dat:

- Voor een aantal kinderen de eigen geteelde groente lekkerder was dan die uit de winkel.
- De opbrengst viel soms ook tegen, omdat de oogst niet altijd voldoende en rijp genoeg was.
- Vrijwel alle kinderen plezier hebben bij het werken in de moestuin. Ze vinden het leuk om wekelijks aan de slag te gaan met het kweken van hun eigen groente en fruit.
- Een meisje gaf wel aan dat het ook best vermoeiend was om in de moestuin te werken.

In de tuin hebben de kinderen de volgende groentesoorten geteeld: aardappel, radijs, verschillende soorten sla, bloemkool, erwten, broccoli, bonen, mais, prei. Daarnaast hebben ze fruit geteeld, namelijk aardbei en framboos en staat er een vijgen- en appelboom in de tuin. Hier kon echter nog niets van geoogst worden, omdat de bomen nog geen vruchten droegen. Van de gekweekte fruitsoorten blijkt aardbei de favoriet. Wortel en komkommer worden als lekkerste groentesoorten genoemd.



Figuur 6,2. Kinderen aan het werk in de Bruistuin

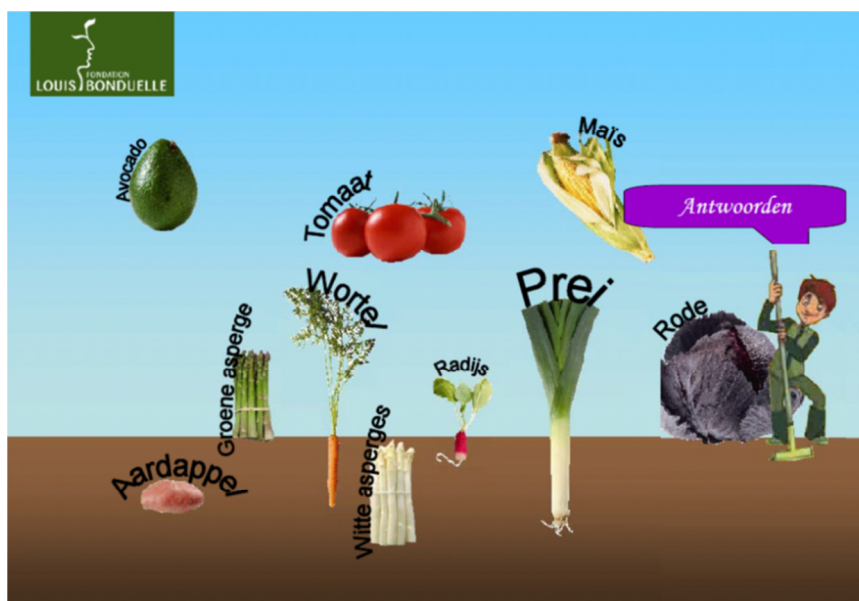
6.3.2 Praktische opdrachten

Een aantal bekende of onbekende groentesoorten zijn ter visualisatie meegenomen (wortel, tomaat, komkommer, courgette, aubergine en witlof) om na te gaan of kinderen deze groenten herkenden en iets konden vertellen over de groeiwijzen. Vrijwel alle kinderen herkenden de komkommer, tomaat en wortel. Courgette en aubergine waren wel bekend, maar de naam was moeilijk, witlof was niet zo bekend.

Daarna volgden twee praktische (knutsel)opdrachten, om de (product)kennis van de kinderen te testen.



Figuur 6.3 Groenten herkennen en verbinden (www.foundation-louisbouduelle.org)



Figuur 6.4 Groeiwijzen (www.foundation-louisbouduelle.org)

De scores van de praktische opdrachten waren hoog. Gemiddeld genomen haalden de kinderen een score van 75% bij de opdracht: 'Groenten herkennen en verbinden'. Voor de knutselopdracht 'Groeiwijzen', waarbij de kinderen de juiste plaatjes op de juiste wijze (onder de grond, in de grond, plant of boom) op de kleurplaat moesten plakken werd zelfs nog hoger gescoord, namelijk: 85.5 %.

6.3.3 Conclusie

Over het algemeen en uit de opdrachten lijkt dat de kinderen veel kennis hebben over nieuwe soorten, hoe de plant groeit en waar de groenten vandaan komen. Groenten als asperges, artisjok of avocado zijn iets minder bekend bij sommige kinderen. Omdat er geen nulmeting is gedaan, kunnen we niet met zekerheid zeggen dat dit ook echt nieuwe kennis is, maar de kinderen geven zelf aan dat ze veel hebben geleerd.

6.4 Gebruik van de tuin in het algemeen

Een belangrijk doel van de tuin was, om als wijkontmoetingstuin te dienen. In mei-juni 2012 is onderzocht of, en door wie, en op welke manier, de tuin werd gebruikt. Voor het onderzoek is de methode "behavioural mapping" gebruikt, waarbij het gedrag van mensen op bepaalde plekken in de tuin op een objectieve manier in kaart is gebracht.

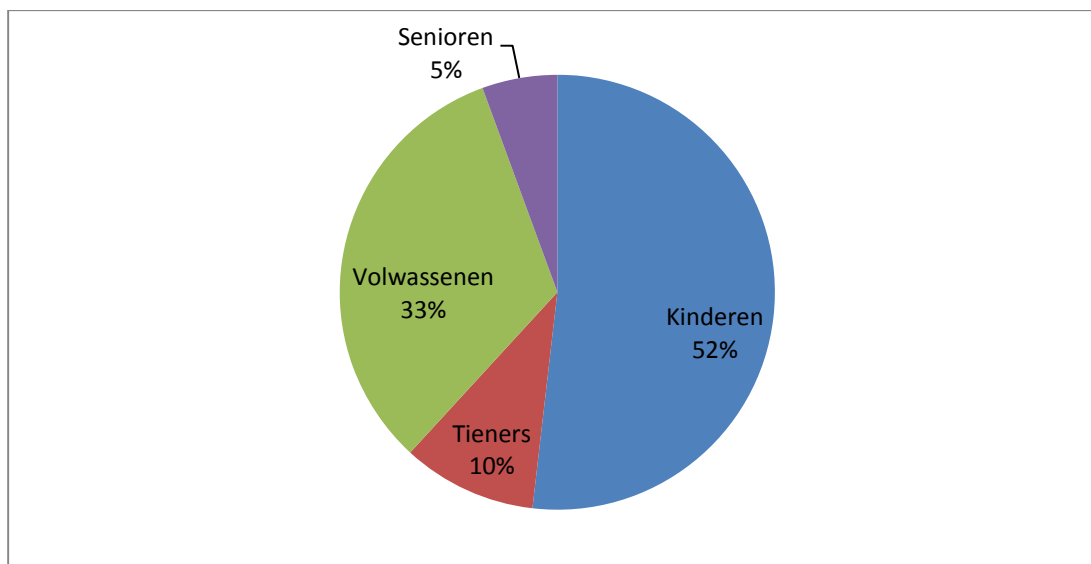
Voor het onderzoek is de tuin opgesplitst in 4 verschillende onderdelen

1. De groentetuin (dit is de omheinde moestuin en de kruidenbakken)
2. De speeltuin (de glijbaan, water speeltoestel, klimbomen, zandbak)
3. Sporttoestellen (fitness parcours, jeu de boule, tafeltennistafel, basketbalveld, trampoline)
4. Overige (de paden, bloemstroken, banken, grasveld)

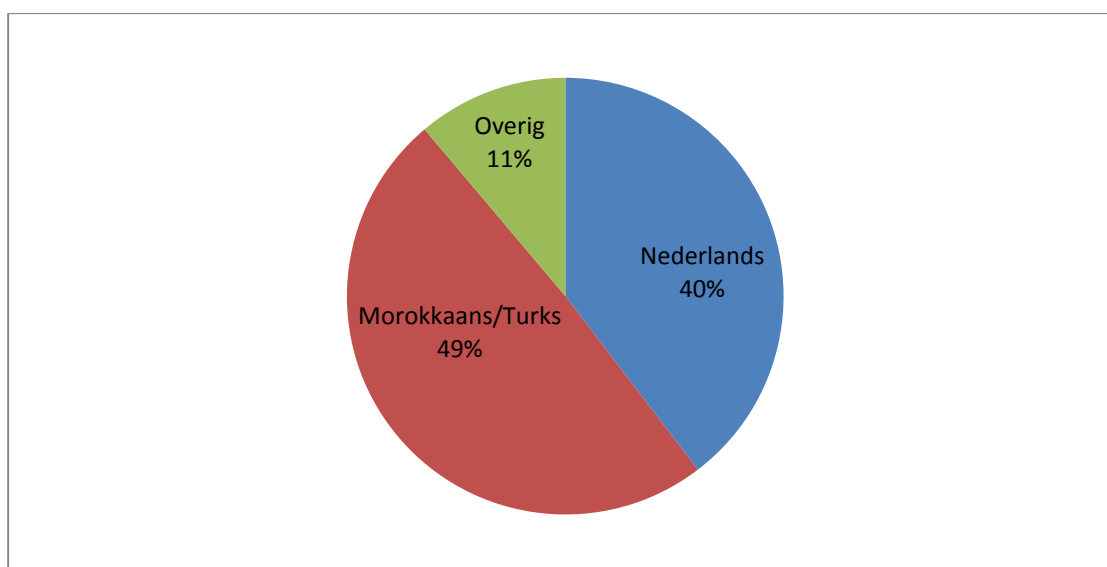
Een onderzoeker is 8 dagen, verspreid over meerdere weken, van 's ochtends 9 uur tot begin van de avond (tot circa 6 uur) in de tuin geweest. Er is op alle dagen van de week gemeten, behalve op zondag. Dagen waren zowel tijdens schoolweken als in de vakantie. Elk half uur is geteld hoeveel mensen op de verschillende plekken aanwezig waren, welke mensen (jong/oud, etniciteit) aanwezig waren en wat ze deden.

Resultaten

In totaal is 1040 keer (in 8 dagen) een persoon geteld. Het grootste deel van de gebruikers waren kinderen (52%), 10% waren tieners, 33% waren volwassenen en 5% senioren (figuur 1). Bijna de helft (49%) was van Turkse of Marokkaanse afkomst, 40% was van Nederlandse afkomst en 11% had een andere etnische achtergrond (figuur 2). Er komen iets meer vrouwen dan mannen (55% en 45%) in de tuin.



Figuur 1. Percentage van bezoekers opgedeeld naar leeftijdscategorieën



Figuur 2. Percentage van bezoekers opgedeeld naar etniciteit

Over alle dagen gemeten, werd het meest gebruik gemaakt van de paden, banken en grasveld (47%, het onderdeel “overig”), gevolgd door de speeltuin (26%), dan de sport toestellen (16%) en daarna de moestuin (11%). Op dagen dat er ook een tuinman aanwezig was, was het aantal mensen in de moestuin groter (20%).

De aanwezigheid van mensen verschilde gedurende de dag. In de ochtend waren het vooral volwassenen die gebruik maken van de tuin. Als de school uit was kwamen de kinderen spelen. Op het eind van de middag/begin avond werden ook de tieners gezien. Het aantal bezoekers was niet afhankelijk van welke dag in de week het was, maar was wel duidelijk afhankelijk van het weer. Op een druilerige dag kwamen veel minder bezoekers dan op een droge dag.

Mensen waren allemaal erg positief over de tuin, alhoewel nog niet alle onderdelen van de tuin op een optimale manier werden benut. Mensen gaven aan meer informatie nodig te hebben over hoe bepaalde onderdelen van de tuin gebruikt kunnen worden.

Punten van aandacht

De metingen geven een beeld van het gebruik van de tuin op de meetdagen tot het eind van de middag. Er zijn geen gegevens verzameld over de avond, en ook op zondag zijn geen gegevens verzameld. Van wijkbewoners en mensen in het Bruishuis is vernomen dat op de avonden en zeker op een zonnige zondag veel kinderen gebruik maken van de tuin, en ook volwassenen er regelmatig komen.

Uit de verzamelde gegevens is het duidelijk dat de tuin goed wordt gebruikt, maar dat bij de uitvoer van deze meting nog niet alle onderdelen van de tuin optimaal werden benut. Gebruikers zijn vooral kinderen, maar het is positief dat wijkbewoners van verschillende etnische achtergronden gebruik maken van de tuin. Aan de hand van de resultaten van dit deelonderzoek en de informatiebehoefte van de tuingebruikers, is onder andere een extra bord geplaatst bij de moestuin, met hierop uitleg. Toch is het belangrijkste doel van de Bruistuin al bereikt, de tuin functioneert als een ontmoetingsplek voor de wijk, en nodigt uit tot beweging en ontmoeting.

7 Succesfactoren en risico's

Binnen deze pilot is, in een achterstandswijk in Arnhem met een groot percentage allochtone Nederlanders en een relatief lage gezondheidsstatus, een wijkgezondheidstuin aangelegd. Het doel was om mensen via deze wijkgezondheidstuin met onder meer een moestuin, een speeltuin en een sportgedeelte, aan te zetten tot meer beweging, sociale ontmoeting en een gezonder eetpatroon.

De Bruistuin is aangelegd. Het is een mooi geheel geworden, waar door de buurt veel gebruik van wordt gemaakt (zie paragraaf 6.4). In dit hoofdstuk willen we de succesfactoren benoemen voor de uitvoering van dit project, en de risico's of zorgpunten die we zijn tegengekomen.

7.1 Succesfactoren

7.1.1 Proces

1. Een enthousiaste projectgroep van mensen en instituten die elkaar qua competenties en expertise goed aanvullen. Iedereen was enthousiast en gedreven en nam verantwoordelijkheid om het gezamenlijk doel te bereiken.
2. Duidelijke taakverdeling binnen de projectgroep, waarbij Seinpost verantwoordelijk was voor het gezondheidsprogramma, het Louis Bolk Instituut voor het effectonderzoek, Radar advies samen met de opbouwwerker van stichting Rijnstad voor de Voor & Door methodiek en Green & So samen met Volkshuisvesting voor de tuin. Daarnaast bestond de projectgroep uit een vrijwilligster uit de Marokkaanse gemeenschap, die actief mee heeft geholpen met het zoeken van deelnemers aan het effectonderzoek en een communicatiemedewerker vanuit het Bruishuis. In een later stadium is ook de tuinman actief bij de projectgroep betrokken.
3. Lokaal verankerde partijen, zoals Volkshuisvesting en opbouwwerk Arnhem, in de projectgroep: heel belangrijk om te weten wat er speelt in de wijk en wie de sleutelfiguren zijn, zodat er breed verbinding kon worden gemaakt met bestaande infrastructuur in de wijk. Ook konden de lokale partijen gedurende het project een vinger aan de pols te houden.
4. Een geschikte plaats voor de aanleg van de tuin, midden in de wijk, rond een gebouw van Volkshuisvesting Arnhem. In dit gebouw, het "Bruishuis", zijn kleine ondernemingen, sociale organisaties en wooneenheden gevestigd. Er worden allerlei activiteiten georganiseerd, zoals activiteiten voor ouderen, integratiecursussen en sportactiviteiten. Met de komst van de tuin kunnen bewoners en organisaties in het Bruishuis gebruik maken van de tuin voor activiteiten. De tuin heeft baat bij deze activiteiten en kan gebruik maken van de ervaringen en netwerken van deze groepen.
5. Communicatiestrategie voor het bedienen van de verschillende doelgroepen, buurtbewoners, deelnemers effectonderzoek en betrokken instanties. Vanaf het begin is een intensieve communicatie rond het project, de voortgang van de tuin, de effectevaluatie en de activiteiten opgezet, o.a. via nieuwsbrieven, de website van het Bruishuis en flyers in de buurt. Hierbij is gekozen voor een herkenbaar logo.

7.1.2 Aanleg en onderhoud wijktuin

Deze wijktuin is aangelegd op initiatief van een projectgroep, maar is niet vanuit de wijk zelf ontstaan. Daarom is heel specifiek aandacht gegeven aan de inbedding in de wijk, door het creëren van draagvlak en participatie van de wijkbewoners.

1. Betrekken van de wijkbewoners en organisaties in de wijk:

- Door gebruik van de Voor- en Door methodiek is al in een vroeg stadium contact gezocht met de buurt, zowel met bewoners als met partijen die een rol zouden kunnen spelen bij het tot stand komen en verder onderhouden van de tuin, ook na afloop van het project.
- Via workshops zijn wijkbewoners en gebruikersgroepen in staat gesteld hun wensen kenbaar te maken, zodat het ook echt een wijktuin zou worden die aan de wensen voldeed.
- Lokale partijen hebben meegewerkt met de aanleg en inrichting van de tuin.
- De tuin is aangelegd rond een flat, waarin maatschappelijke organisaties, kleine ondernemingen en (tijdelijke) woonvoorzieningen zitten. Deze gebruikers van de flat zijn zoveel als mogelijk betrokken bij de plannen rond de aanleg en de uitvoer.

2. De inbedding van de tuin in de buurt, ook nadat het project is gestopt.

- Er is een tuinwerkgroep opgericht met vrijwilligers uit de buurt, die de tuinactiviteiten door het jaar heen organiseren.
- Een tuinman is voor 2 groeiseizoenen aangesteld om het werk in de moestuin te begeleiden
- Afspraken zijn gemaakt met de eigenaar van de grond over het onderhoud. Het beheer van de flat en de tuin wordt overgenomen door "het Bewonersbedrijf", een organisatie van buurtbewoners die de flat verder exploiteren. Een bewonersgroep van mensen die in de flat een kamer huren, helpt mee met het basisonderhoud van de tuin, in ruil voor een korting op de huurprijs. Dit geeft een structurele oplossing, waar alle partijen baat bij hebben.
- Lokale partijen worden aangemoedigd gebruik te maken van de tuin voor het organiseren van activiteiten in de tuin

3. Aantrekkelijk activiteitenprogramma

- Door de tuinwerkgroep wordt maandelijks een activiteitenkalender gemaakt.
- De komst van de tuin heeft voor veel nevenactiviteiten gezorgd. Andere organisaties worden steeds actiever in de tuin. Er ontstaat een goede synergie tussen de organisaties in het Bruishuis en de activiteiten in de Bruistuin.
- Er ontstaat zo een divers activiteitenprogramma voor verschillende doelgroepen. Gedeeltelijk zijn dit jaarlijks terugkerende evenementen, zoals de jaarlijkse buurt barbecue, een zomerborrel voor Bruishuis-gebruikers en een oogstfeest. Het blijft belangrijk om nieuwe initiatieven te ontplooiën zodat de tuin bruisend en aantrekkelijk blijft voor de verschillende doelgroepen in de wijk.

7.2 Zwakheden en risico's

Toekomst van de tuin

- De begeleiding van de moestuin is voor 2 jaar veilig gesteld door de aanstelling van een tuinman via het Wijkplatform. Het is belangrijk dat het Wijkplatform in overleg met de gemeente en het Bruishuis deze begeleiding ook in de volgende jaren continueert
- Het onderhoud blijft ook in de toekomst aandacht vragen. Dit jaar is gestart met het inzetten van bewonersgroepen voor het onderhoud in ruil voor huurvermindering. Dit lijkt vooralsnog naar tevredenheid van alle partijen.
- Het blijvend succes van de tuin hangt af van het enthousiasme van vrijwilligers voor het werk in de moestuin en voor het organiseren van leuke activiteiten in de tuin. Met een paar goede vrijwilligers kun je heel veel bereiken, maar die zijn soms moeilijk te vinden. Daarom is het erg belangrijk dat de organisatie van bepaalde activiteiten ook bij een grotere groep actieve buurtbewoners komt te liggen. Dit is een lopend proces.
- De combinatie van een wijkgezondheidstuin voor alle omwonenden en een effectonderzoek bij alleen de Turkse en Marokkaanse bewoners gaf onduidelijkheid, waardoor wijkbewoners zich gepasseerd voelden ondanks de ,naar ons idee, zorgvuldige communicatie. In de toekomst zal hier nog beter over moeten worden nagedacht, om te zorgen dat alle wijkbewoners vanaf het begin betrokken willen zijn.

Effectonderzoek

- De doelgroep allochtone gezinnen is een moeilijk te bereiken groep. Deelnemers zijn actief geworven via bijeenkomsten van Turkse of Marokkaanse groepen in buurthuizen, scholen etc. Taalproblemen en culturele verschillen bemoeilijken het bereiken en interviewen van de groep. Een contactpersoon die mensen in de eigen taal uitleg kan geven is een belangrijke succesfactor.
- Contact onderhouden met de groep, gedurende de looptijd van het project, is moeilijk. Briefwisseling wordt beperkt gelezen en telefoonnummers worden regelmatig vervangen of tijdelijk op non-actief gezet.
- Activiteiten die zijn aangeboden zijn slechts ten dele bezocht. Bij de keuze van de activiteiten is goed rekening gehouden met de wensen qua inhoud en uitvoering. Reden voor niet-deelname waren o.a. gezondheid, niet te combineren met werk en niet te combineren met activiteiten in het gezin. Daarnaast laten mensen hun komst erg afhangen van het moment, het weer (te koud of te nat), zin om te gaan. De kans op participatie was hoger bij het aanbieden van een maaltijd of kinderopvang. Ook was de opkomst een beetje hoger, door enkele dagen voor een bijeenkomst alle deelnemers na te bellen en de eventuele vragen te beantwoorden. Positief hierbij is, dat deelnemers ook familieleden en kennissen meenemen, zodat het effect uiteindelijk verder reikt dan de doelgroep.
- Afhankelijkheid van andere partijen is een risico. Bij de start zijn een aantal activiteiten bedacht, zoals het organiseren van kookworkshops met de opbrengst van de tuin. Hiervoor was een goede accommodatie nodig, die tegen de verwachting in, uiteindelijk niet binnen het Bruishuis is gerealiseerd. Ook vormen reorganisaties bij samenwerkingspartners een risico op geplande activiteiten.

Succesfactoren en kansen

- Deelname van kinderen aan de kindertuintjes is een goede manier om deelname van de ouders, met name de moeder, aan de moestuin te stimuleren. Deelnemers aan het project, waarbij de kinderen ook een kindertuintje hadden, werkten vaak mee. Het enthousiasme van de kinderen werkt ook positief op de ouders.
- Aanbieden van een maaltijd en kinderopvang zijn belangrijke elementen om deelname aan activiteiten te bevorderen.
- Een kruidenworkshop ingestoken vanuit de Koran (wat wordt in de Koran rond dit thema genoemd) bleek een succesvolle insteek, zowel door het thema, als door het feit dat de workshopleider zelf een islamitische achtergrond had.
- Intensief onderhouden van contact met de deelnemers en nabellen voor elke activiteit vergroot de kans op deelname. Toch zijn ook telefonische toezeggingen van dat iemand aanwezig zal zijn slechts een beperkte garantie dat men er ook echt is.
- Goede contactpersonen binnen de doelgroep zijn belangrijk om andere deelnemers enthousiast te maken en deel te blijven nemen.
- Maak gebruik van de positieve dynamiek van de groep. Bij ons project is gebleken dat mensen, zelfs als ze niet bij een activiteit waren geweest, snel een mening hadden over de activiteit. Voorbeeld was, dat de beweegles saai zou zijn. Navraag bij de deelnemers bevestigde dit niet, maar het was wel een belangrijke reden dat anderen niet mee gingen doen. Mogelijk kan hier ook juist op een positieve manier gebruik van worden gemaakt.
- In deze doelgroep zijn vrouwen de beste ingang om rond het thema voeding en gezondheid iets te bereiken. Randvoorwaarde voor het bereiken van deze groep is dat er aandacht wordt gegeven aan de grotendeels gescheiden werelden van mannen en vrouwen. Logistiek betekent dit, dat er specifieke vrouwenbijeenkomsten worden georganiseerd en dat de betrokkenen bij onderzoek en activiteiten ook vrouwen zijn. In de wijkgezondheidstuin is de tuinman wel een man. Na overleg met de vrouwen bleek dit wel acceptabel, omdat hij een Nederlander is.

8 Conclusies

De vraagstelling waaraan binnen deze pilot interventiestudie is gewerkt, is de vraag of het inrichten van een “groene omgeving” door middel van een wijkgezondheidstuin een bijdrage kan leveren aan het bevorderen van een gezondere leefstijl, op het gebied van voeding, beweging en sociale samenhang bij een groep Turkse en Marokkaanse Nederlanders, waardoor de risicofactoren voor diabetes Mellitus II en overgewicht afnemen.

Het eerste doel van het project was, na te gaan welke voorwaarden van belang zijn voor het succesvol invoeren van een gezondheidsprogramma gebaseerd op een wijkgezondheidstuin. Op basis van de succes en risicofactoren beschreven in hoofdstuk 7, kan worden geconcludeerd dat de belangrijkste voorwaarden zijn:

1. Een goede samenwerkende projectgroep, die vanuit verschillende disciplines werkt, en waarbij ook lokale partijen zijn betrokken.
2. Goede locatie voor de wijkgezondheidstuin.
3. Goede lokale verankering, door vroegtijdig betrekken van bewoners en lokale organisaties, aansluiten op bestaande infrastructuur.
4. Opzetten van een structuur waarbij lokale organisaties en een vrijwilligersgroep zich blijvend wil inzetten voor de ontwikkeling en onderhoud van de tuin.
5. Activiteiten in en rond de tuin organiseren, die aansprekend zijn, en waar mensen graag naar toe komen. Zorg dragen dat dit ook na afronding van het project voort blijft gaan door de inbedding in de hierboven genoemde structuur van lokale organisaties en de vrijwilligersgroep.
6. Goede communicatie rond deze activiteiten

Het tweede doel was na te gaan welke onderdelen van het gezondheidsprogramma nuttig, succesvol en acceptabel zijn voor de multi-ethnische doelgroep van Turkse en Marokkaanse bewoners.

Het blijkt moeilijk te zijn om een gezondheidsprogramma aan te bieden dat voor de diverse groep deelnemers interessant genoeg is om langdurig mee te blijven doen. Dit ondanks de inventarisatie van de wensen en de eisen rond de uitvoering van de activiteiten.

Een aantal elementen het succes vergroten zijn:

1. Deelname van kinderen aan de kindertuintjes. Dit is een goede manier om deelname van de ouders, met name de moeder, aan de moestuin te stimuleren.
2. Aanbieden van een maaltijd en kinderopvang bij activiteiten. Hiermee vergroot je de kans op deelname en maak je het voor moeders met jonge kinderen makkelijker om deel te nemen.
3. Een kruidenworkshop ingestoken vanuit de Koran (wat wordt in de Koran rond dit thema genoemd) bleek een succesvolle insteek, zowel door het thema, als door het feit dat de workshopleider zelf een islamitische achtergrond had.
4. Activiteiten niet alleen openstellen voor de interventiegroep, maar ook voor familieleden en kennissen die geïnteresseerd zijn. Hierdoor heb je een hoger bereik, en vergroot je de kans op blijvende deelname van de interventiegroep.

5. Goede contactpersonen binnen de doelgroep zijn belangrijk om andere deelnemers enthousiast te maken en deel te blijven nemen.
6. In deze doelgroep zijn vrouwen de beste ingang om rond het thema voeding en gezondheid iets te bereiken. Randvoorwaarde voor het bereiken van deze groep is dat er aandacht wordt gegeven aan de grotendeels gescheiden werelden van mannen en vrouwen. Logistiek betekent dit, dat er specifieke vrouwenbijeenkomsten worden georganiseerd en dat de betrokkenen bij onderzoek en activiteiten ook vrouwen zijn. In de wijkgezondheidstuin is de tuinman wel een man, maar dit was acceptabel, omdat hij een Nederlander is. Dit is wel met de vrouwen overlegd.

Door - samen met bewoners en gebruikers- een leefomgeving te creëren waar gezondheid op een prettige manier bevorderd wordt, hebben we deze doelen proberen te bereiken. Mensen worden actief uitgedaagd om naar de tuin te komen (beweging) en met elkaar (ontmoeting) zorg te dragen voor het telen en onderhoud van de moestuin (voeding). Door het zelf verbouwen van groenten, kruiden en fruit, en het bereiden daarvan kan ook gezonde voeding aandacht krijgen.

9 Aanbevelingen

- Om na te gaan of een wijkgezondheidstuin effecten heeft op de gezondheid, wordt aanbevolen om breder te kijken dan de geselecteerde doelgroep. Een wijktuin heeft veel, soms onverwachte, neveneffecten en bereikt veel verschillende groepen, waardoor een effect ook veel breder in de wijk te bemerken kan zijn.
- Als aspect van sociale cohesie ook het vertrouwen in de wijk als factor meenemen.
- De looptijd van een effectonderzoek over 1 jaar is te kort, om de effecten goed te kunnen meten. Zeker, omdat het eerste jaar de tuin nog in volle aanleg is en het blijkt dat mensen ook echt vertrouwen moeten krijgen dat een dergelijke tuin in hun wijk bestaansrecht heeft.
- Om voor de doelgroep van Turkse en Marokkaanse gezinnen een doeltreffende interventie op te zetten vraagt veel tijd en inzet. Gebruik maken van mensen die binnen de Turkse en Marokkaanse cultuur bekend zijn, zoals bijvoorbeeld een Turkse diëtiste of sportinstructrice zou bij kunnen dragen aan een hogere participatie.
- Om de kans van slagen van een wijktuin te vergroten wordt aanbevolen om al in de voorbereidende fase lokale organisaties en wijkbewoners te betrekken bij de ontwikkeling van de plannen. Een goede inbedding in de wijk is essentieel voor de implementatie van een interventie op basis van een wijktuin.

Literatuur

Baan CA, Poos MJJC (2011). **Hoe vaak komt diabetes mellitus voor en hoeveel mensen sterven eraan?** In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>.

Brussaard JH, MA van Erp-Baart, HAM Brants, KFAM Hulshof and MRH Löwik (2001). **Nutrition and health among migrants in the Netherlands.** Public Health Nutrition 4:659-664.

CBS (2012), www.cbs.nl

Dijkshoorn H, Nierkens V, Nicolaou M (2008). **Risk groups for overweight and obesity among Turkish and Moroccan migrants in The Netherlands.** Public Health. 122 (6):625-630.

Ince D, G van de Berg (2010). **Overzichtsstudie interventies voor migranten jeugd: ontwikkelingsstimulering, preventie en vroeg hulp.** Rapport Nederlandse Jeugddienst.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2010). **Zorg voor je Gezondheid.**

Reijneveld, RA (1998). **Reported health, lifestyles , and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?** J Epidemiol Community Health 52:298-304.

Satman I, Yilmaz T, Sengül A, et al (2002). **Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP).** Diabetes Care 25(9):1551-6.

Tazi MA, Abir-Khalil S, Chaouki N, Cherqaoui S, Lahmouz F, Sraïri JE, Mahjour J. **Prevalence of the main cardiovascular risk factors in Morocco: results of a National Survey, 2000** J Hypertens. 2003 May;21(5):897-903.

Uiterwaal, PJM, DR Manna MA Bruijnzeels, AW Hoes, S Thomas (2004). **Prevalence of type 2 diabetes mellitus, other risk factors, and cardiovascular disease in Turkish and Moroccan immigrants in North West Europe: a systematic reveiw.** Preventive Medicine 39:6:1068-76.

Ujcic-Voortman JK, MT Schram, MA Jacobs-van der Bruggen, AP Verhoeff, CA Baan (2009). **Diabetes prevalence and risk factors among ethnic minorities.** Eur J Public Health 19(5):511-515.

Verweij A, F. van der Lucht, M. Droomers (2008). **Gezondheid in veertig krachtwijken.** RIVM rapport 270951001/2008